

Case Management
in verschiedenen nationalen Altenhilfesystemen

Case Management in verschiedenen nationalen Altenhilfesystemen

Integrierter Bericht der ISG Sozialforschung und Gesellschaftspolitik GmbH

im Rahmen des internationalen Kooperationsprojektes
„Koordination komplexer Hilfeleistungen für ältere Menschen:
Case Management in verschiedenen nationalen Altenhilfesystemen“

des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Bearbeiter:

Dr. Heike Engel und Dr. Dietrich Engels

mit fachlicher Beratung durch

Prof. Dr. Wolf Rainer Wendt (Stuttgart) und Dr. Hannes Ziller (Wiesbaden)

Köln, im Dezember 1999

Band 189/1

Schriftenreihe des Bundesministeriums
für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Verlag W. Kohlhammer

In der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend werden Forschungsergebnisse, Untersuchungen, Umfragen usw. als Diskussionsgrundlage veröffentlicht. Die Verantwortung für den Inhalt obliegt der jeweiligen Autorin bzw. dem jeweiligen Autor.

Alle Rechte vorbehalten. Auch fotomechanische Vervielfältigung des Werkes (Fotokopie/Mikrokopie) oder von Teilen daraus bedarf der vorherigen Zustimmung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

Die Deutsche Bibliothek - CIP-Einheitsaufnahme

Case Management in verschiedenen nationalen Altenhilfesystemen /

Bearb.: Heike Engel ; Dietrich Engels. – Stuttgart ; Berlin ; Köln :

Kohlhammer 2000

(Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend; Bd. 189.1)
Engl. Ausg. u.d.T.: Case management in various national elderly assistance systems
ISBN 3-17-016543-/

Herausgeber: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
10118 Berlin

Titelgestaltung: 4 D Design Agentur, 51427 Bergisch-Gladbach

Gesamtherstellung: DCM • Druckcenter Meckenheim, 53340 Meckenheim

Verlag: W. Kohlhammer GmbH
1999

Verlagsort: Stuttgart
Printed in Germany

Gedruckt auf chlorfrei holzfrei weiß Offset

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	7
2	Integrierte Auswertung der nationalen Berichte	10
2.1	Nationale Kontexte	13
2.2	Strukturelle Voraussetzungen: Qualifikation der Mitarbeiter, technische Ressourcen und Trägerstrukturen	18
2.3	Methoden des Case Management.....	26
2.4	Leistungsprofile und Ergebnisse des Case Management	32
3	Die Berichte der Evaluatoren in kurzer Zusammenfassung	36
3.1	Case Management in Baden-Württemberg (Deutschland).....	36
3.2	Case Management in Belgien.....	41
3.3	Case Management in Spanien	50
3.4	Case Management in Hamburg (Deutschland)	60
3.5	Case Management in Hessen (Deutschland)	64
3.6	Case Management in Israel.....	69
3.7	Case Management in Italien	78
3.8	Case Management in Luxemburg.....	87
3.9	Case Management in den Niederlanden	90
3.10	Case Management in Österreich	96
3.11	Care Management im Vereinigten Königreich	103
4	Schlussfolgerungen für die konzeptionelle Weiterentwicklung und praktische Umsetzung des Case Management.....	109
4.1	Internationale Gemeinsamkeiten und Differenzen.....	109
4.2	Formen des Case Management für Ältere.....	111
4.3	Zusammenfassung und Perspektiven	122

1 Einleitung

Mit zunehmendem Alter kommen viele Menschen in die Lage, dass sie ihr alltägliches Leben nicht mehr aus eigener Kraft allein bewältigen können, sondern auf die Hilfe und Pflege anderer angewiesen sind. Familienangehörige und soziale Netzwerke leisten dann vielfältige Unterstützung. Oft reichen diese Hilfen aber nicht aus, wenn die Familienangehörigen selbst nur noch eingeschränkt leistungsfähig sind, wenn der Hilfe- oder Pflegebedarf des älteren Menschen die Angehörigen überfordert oder wenn der ältere Mensch wegen Umzug oder Tod der Familienangehörigen weitgehend auf sich selbst gestellt ist. Insbesondere bei hohem Bedarf an Hilfe oder Pflege, aber auch in akuten Krisen (wenn sich z.B. nach einer Krankenhausbehandlung die Frage stellt, unter welchen Bedingungen eine Rückkehr in den Privathaushalt möglich ist) ist eine zusätzliche Unterstützung durch professionelle Pflegedienste und ehrenamtliche Helfer erforderlich. Ältere Menschen sind aber häufig damit überfordert, das Angebot an verfügbaren Hilfeleistungen zu überschauen und die für sie notwendigen Hilfeleistungen auszuwählen. Ein qualifiziertes Case Management kann in dieser Situation dazu beitragen, dass der konkrete Hilfe- und Pflegebedarf des älteren Menschen sondiert wird und das Angebot an professionellen und ehrenamtlichen Hilfeleistungen auf seinen Hilfebedarf, seine soziale Lebenssituation und seine Wohnsituation in optimaler Weise abgestimmt wird.

Diese Probleme stellen sich älteren Menschen in verschiedenen Staaten in ähnlicher Weise; unterschiedlich sind aber die Formen der professionellen und ehrenamtlichen Unterstützung ebenso wie die nationalen und lokalen Erfahrungen, wie die verfügbaren Hilferessourcen bedarfsgerecht auf den Einzelfall abgestimmt werden können. Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) der Bundesrepublik Deutschland hat angeregt, im Rahmen des „Internationalen Jahres der Senioren 1999“ modellhafte Erfahrungen bei der Beratung und Vermittlung von Dienstleistungen für hilfebedürftige ältere Menschen in mehreren Staaten miteinander zu vergleichen. Die ISG Sozialforschung und Gesellschaftspolitik GmbH wurde mit der Durchführung und wissenschaftlichen Auswertung dieses Kooperationsprojektes beauftragt.

Das mit diesem Kooperationsprojekt verbundene Erkenntnisinteresse des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend brachte dessen Vertreterin Frau Dr. Gorges bei Eröffnung des Projektes folgendermaßen zum Ausdruck:

- „1. Der Bedarf an Versorgungsleistungen im Altenhilfebereich wie allgemein folgt immer stärker dem Trend: ‚ambulant vor stationär‘ - dies entspricht einerseits den Bedürfnissen der Betroffenen, andererseits ist dies auch kostengünstiger.
2. Wir in der Bundesrepublik Deutschland sind der Auffassung, dass dem Betroffenen in Krisensituationen ein gesetzlich verankerter Rechtsanspruch auf gezielte Einzelfall-Beratung zusteht; es muss also aus der Praxis geklärt werden, was gesetzlich fixiert werden sollte.
3. Der Bürger muss in einer Krisensituation wissen, welche zentrale Beratungsstelle für ihn anzusprechen ist; es sollte in der Praxis geprüft werden, ob dies seine Gemeinde sein muss oder ein sonstiger Träger sein kann.
4. Wenn Europa zusammenwachsen soll, wird dies begünstigt durch gemeinsame oder ähnliche Infrastrukturen - lassen Sie uns also vergleichen, wie es in anderen Ländern aussieht.“

Das Kooperationsprojekt führte Verantwortliche aus den staatlichen Ministerien („nationale Ansprechpartner“) und Fachwissenschaftler („Evaluatoren“) zusammen, um nationale Varianten des Case Management in der Altenhilfe und Pflege in einen internationalen Vergleich zu stellen. Die folgenden Staaten konnten als Teilnehmer an dem Kooperationsprojekt gewonnen werden:

Land	<i>nationaler Ansprechpartner</i>	<i>Evaluator</i>
• Belgien	Rita Baeten	Dr. Christiane Gosset Dr. Cécile de Froidmont
• Spanien	Teresa Sancho Castiello	Dr. Lluisa Marrugat
• Israel	Miriam Bar-Giora	Dr. Ariela Lowenstein
• Italien	Dr. Natalia Nico Fazio	Dr. Luisa Bartorelli
	Dr. Raffaele Fabrizio	Dr. Aurelia Florea
• Luxemburg	Fernando Ribeiro	Dr. Jacqueline Orlewski
• Niederlande	Dr. Jaap Poleij	Dr. Clarie Ramakers
• Österreich	Dr. Alexandra Werba	Dr. Waltraud Saischek
• Vereintes Königreich	Raimond Warburton	Prof. Dr. David Challis
• Deutschland, <i>hier die Länder:</i>		
– Baden-Württemberg	Dr. Konrad Hummel	Prof. Dr. Wolf Rainer Wendt
– Hamburg	Eckhardt Cappell	Lothar Voß
– Hessen	Dr. Hannes Ziller	Hermann Scheib

Die Rahmenbedingungen in diesen Ländern sind insofern vergleichbar, als die zunehmende Zahl der älteren, insbesondere hochaltrigen Menschen die Dienste, die Pflege und Hilfe im Alltag leisten, vor neue Herausforderungen stellt. Viele Länder kennen auch die systemische Trennung zwischen gesundheitlichem und sozialem Bereich und deren Auswirkungen bis in die

Kommunikationsschwierigkeiten zwischen medizinischen und sozialpflegerischen Professionen. Die konkreten Strukturen, unter denen Altenhilfe und Pflege in den einzelnen Ländern organisiert sind, unterscheiden sich jedoch voneinander und prägen die Art und Weise, in der das Case Management-Konzept jeweils rezipiert wird.

Um diese nationalen Kontexte und konzeptionellen Prägungen kennen- und verstehen zu lernen, begann das Projekt im Februar 1999 mit einem Workshop, der dem Austausch über nationale Bedingungen und spezifische Verständnisse diente. Im Rahmen des Kooperationsprojektes sollte jedes beteiligte Land ein oder zwei Projektbeispiele auswählen und an diesen Beispielen das nationale Verständnis, die nationalen Rahmenbedingungen und die konkrete Arbeitsweise des Case Management für Ältere verdeutlichen. Um diese Untersuchungen vorzustrukturieren, wurde im Vorfeld ein Evaluationsschema erstellt, das mit den Teilnehmern des Workshops diskutiert wurde. Ziel der Evaluation war es, eine instruktive Analyse nationaler Umsetzungsformen und Erfahrungen im Bereich des Case Management für ältere Menschen zu erarbeiten, die Anregungen weitervermittelt und zur internationalen Verbreitung erfolgreicher Problemlösungen und Strukturmuster beiträgt.

In den darauf folgenden Monaten besuchten die Evaluatoren die ausgewählten Projekte, führten dort Gespräche mit den Case Managern und ließen sich anhand konkreter Fallbeispiele den Ablauf des Case Management-Prozesses erläutern. Die Berichte der nationalen Evaluatoren gingen zwischen August und Oktober 1999 beim ISG ein. Dort wurde eine integrierte Auswertung der einzelnen nationalen Berichte vorgenommen (Teil 2 des vorliegenden Berichtes).

Im November 1999 trafen sich die Evaluatoren und nationalen Ansprechpartner zu einem abschließenden Workshop, auf dem die einzelnen Evaluationsberichte sowie die integrierte Auswertung des ISG vorgestellt und erörtert wurden. Die Berichte der Evaluatoren sowie die Ergebnisse der Diskussion werden in einem Materialband gesondert veröffentlicht werden. Im hier vorliegenden Abschlussbericht werden kurze Zusammenfassungen der einzelnen Berichte in Teil 3 dokumentiert, die mit den Evaluatoren abgestimmt wurden. Der 4. Teil dieses Berichts zieht auf dieser Erfahrungsgrundlage Schlussfolgerungen für die konzeptionelle Weiterentwicklung und praktische Umsetzung des Case Management.

Herzlich gedankt sei an dieser Stelle allen, die durch ihr engagiertes Mitwirken, ihre Evaluation und ihre Beteiligung an der Ergebnis-Diskussion zum Gelingen des internationalen Kooperationsprojektes beigetragen haben.

2 Integrierte Auswertung der nationalen Berichte

Evaluationskonzept

Die internationale Verknüpfung von Erfahrungen im Case Management sollte sich nicht auf die *Fachdiskussion* beschränken, sondern *konkrete Praxiserfahrungen* einzelner Case Management-Projekte einbeziehen. Dazu wurden auf nationaler Ebene ein Projekt oder mehrere Projekte ausgewählt, die (möglichst) bereits seit längerer Zeit Erfahrungen mit dem Case Management gewonnen haben. Die nationalen Evaluatoren hatten die Aufgabe, eine konkrete Case Management-Stelle aufzusuchen und persönlich kennen zu lernen. Diese Case Management-Stelle sollte dann im Hinblick auf die Untersuchungsfragen beschrieben werden (Fallbeispiel auf Strukturebene). Im Anschluss daran soll der Prozess der Beratung anhand einiger Beispiele des für ältere Menschen praktizierten Case Management erläutert werden (Fallbeispiele auf Klientenebene).

Der Vergleich von unterschiedlichen Case Management-Stellen orientiert sich an vier zentralen Fragestellungen:

- (a) In welchen Kontexten steht das Case Management? (Rahmenbedingungen)
- (b) Wer arbeitet in einer konkreten Case Management-Stelle mit, und unter welchen Bedingungen? (Personal- und Sachstruktur)
- (c) Auf welche Weise und mit welchen Instrumenten arbeitet die Case Management-Stelle? (Methode)
- (d) Was leistet das Case Management? (Leistungsprofil, konkrete Bedingungen und Ergebnisse)

Diese Fragestellungen wurden gemeinsam mit den Evaluatoren zu einem Evaluationsschema ausgearbeitet, das die folgenden Fragestellungen umfasste:

(a) *Nationaler Kontext*

- Wie lässt sich die Situation älterer Menschen mit Pflegebedarf in Ihrem Land beschreiben? (*kurze Skizze der demographischen Situation und der pflegerischen Infrastruktur*)
- Wie wird Case Management für hilfebedürftige Ältere in der nationalen Fachdiskussion verstanden, und in welchen Formen wird es praktisch umgesetzt?
- Welchen Stellenwert hat das Case Management für Ältere in der politischen Planung von Strukturen der Altenhilfe und Pflege?

(b) *Strukturelle Voraussetzungen: Qualifikation der Mitarbeiter, technische Ressourcen und Trägerstrukturen*

- Wie viele Mitarbeiter sind am Case Management beteiligt?
- Über welche Qualifikationen verfügen diese Mitarbeiter?
- In welcher Form werden Arbeitsteilung und Teambesprechungen der Mitarbeiter untereinander praktiziert?
- In welchem Maße werden ehrenamtliche Mitarbeiter in das Case Management einbezogen, und in welchen Tätigkeitsbereichen werden diese eingesetzt?
- Welche technischen Mittel (Büroausstattung, EDV, Telefon mit Anrufbeantworter etc.) kommen zum Einsatz, und auf welche sachlichen und räumlichen Ressourcen kann das Case Management zurückgreifen?
- Welche finanziellen Ressourcen stehen zur Durchführung eines qualifizierten Case Management zur Verfügung?
- Zu welchen Zeiten ist die Case Management-Stelle telefonisch erreichbar, zu welchen Zeiten können persönliche Gespräche geführt werden?
- In welcher Trägerstruktur ist das Case Management organisiert, an welche Institutionen ist es angebunden?
- Ergeben sich aus der institutionellen Anbindung Konsequenzen für bestimmte Arbeitsschwerpunkte?

(c) *Methoden*

- In welcher Form wird ein gesundheitliches, pflegerisches und soziokulturelles Assessment durchgeführt, um den konkreten Hilfe- und Pflegebedarf sowie den Lebenskontext des Klienten in Erfahrung zu bringen?
- Welche Instrumente werden zur Durchführung des Assessments eingesetzt?

- Welche Methoden des Beratungsgesprächs werden angewandt, und welche Gesichtspunkte werden dabei berücksichtigt?
- Auf welche Weise wird eine Erfassung des lokalen Versorgungssystems (Pflegedienste, hauswirtschaftliche Hilfsdienste, Möglichkeiten der geriatrischen Rehabilitation, Tagespflege und Kurzzeitpflege, hausärztliche und klinische Versorgung, Möglichkeiten des betreuten Wohnens, ggf. verfügbare Heimplätze etc.) geleistet, wie werden die Daten verwaltet, und in welchen zeitlichen Abständen wird diese Erfassung aktualisiert?
- Werden die Erfahrungen der Case Management-Stelle (z.B. bezüglich zu geringer oder zu großer Kapazitäten in einzelnen Bereichen des Versorgungssystems) bei der politischen Planung von Pflegestrukturen berücksichtigt?
- Wie wird ein individueller Hilfeplan unter Berücksichtigung der Situation des Klienten und verfügbarer Hilferessourcen erstellt?
- Wird diese Hilfeplanung nach einem gewissen zeitlichen Abstand daraufhin überprüft, welche Ziele erreicht wurden, welche Ziele nicht erreicht wurden und an welchen Stellen der Hilfeplan verändert werden muss?
- Welche Schritte werden zur Vermittlung erforderlicher Hilfeleistungen unternommen?
- Welche Möglichkeiten der Mitsprache bei der Planung und Organisation der Hilfeleistungen haben der Klient bzw. seine Angehörigen?

(d) *Leistungsprofile und Ergebnisse des Case Management (evtl. anhand einzelner Fallbeispiele von Klienten zu beantworten)*

- Wie kann eine möglichst selbstständige Lebensführung im Privathaus auch nach einem Krankenhausaufenthalt bzw. einer akuten Verschlechterung des Gesundheitszustands fortgesetzt werden?
- Welche Veränderungsmaßnahmen (wie Organisation hauswirtschaftlicher Hilfe, Vermittlung eines Pflegedienstes, technische Veränderungen der Wohnung, Hilfe beim Umzug in eine Service-Wohnung oder ein Pflegeheim etc.) sind zu leisten?
- Welchen konkreten Bedarf an Hilfe oder Pflege hat der Klient?
- Welche familiären und nachbarschaftlichen Unterstützungssysteme können ihm dabei helfen?
- Welche professionellen und ehrenamtlichen Ressourcen können zur Unterstützung beitragen?
- In welcher Weise lassen sich familiäre und nachbarschaftliche, professionelle und ehrenamtliche Ressourcen miteinander kombinieren, um eine bedarfsgerechte Hilfe unter Berücksichtigung der sozialen Lebenslage und Wohnsituation des Klienten zu organisieren?

- Welche konkreten Schritte sind erforderlich, um ein individuell abgestimmtes Paket an Hilfeleistungen zu realisieren?
- Sind die vom Case Management erarbeiteten Lösungsvorschläge mit der subjektiven Einschätzung des Hilfebedarfs durch den Klienten kompatibel, oder sind in einem Beratungsgespräch Akzeptanzprobleme zu klären?
- Welche lokalen Unterstützungsstrukturen wie Betreutes Wohnen, Krankenhausüberleitung, wohnortnahe pflegerische Versorgung etc. stehen zur Verfügung?
- Welche sozialen Akteure (z.B. Wohlfahrtsorganisationen, private Anbieter, ehrenamtliche Organisationen, kommunale oder staatliche Hilfsstrukturen) sind in diesem Versorgungsbereich tätig?
- Welchen Einfluss haben die Wohnsituation, die familiäre Situation und die finanzielle Situation älterer Menschen auf die Möglichkeiten einer bedarfsgerechten Lösung?

Die Projektberichte aus den einzelnen Ländern hielten sich mehr oder weniger eng an dieses Evaluationsschema – nicht alle Aspekte waren auf jedes der ausgewählten Projektbeispiele übertragbar. Die im Folgenden vorgenommene integrierte Auswertung der nationalen Evaluationsberichte orientiert sich weitgehend an dieser Gliederung.

2.1 Nationale Kontexte

Skizze der demografischen Situation und der pflegerischen Infrastruktur

Altersstrukturen

Die demografische Struktur der Modellregionen ist sehr unterschiedlich: Während in einigen Regionen die Anteile der älteren Bevölkerung sehr hoch sind (Emilia-Romagna 26 % ab 60 Jahren, Nordhessen 22 % ab 60 bzw. 15 % ab 65 Jahren, Belgien 22 % und Österreich 20 % ab 60 Jahren), sind in anderen beteiligten Ländern bzw. Regionen derzeit noch geringere Anteile zu verzeichnen (z.B. Israel 9 % ab 65 Jahren). Gemeinsam wird aus allen Ländern aber eine starke Tendenz der Zunahme der Älteren berichtet (Sabadell/ Spanien: Anteil ab 65 Jahren von 13 % in 3 Jahren auf 16 % gestiegen; Österreich: Zunahme der Bevölkerung ab 85 Jahre bis 2030 um 100 %). In allen beteiligten Ländern wird die Versorgung der Älteren als ein dringendes Problem betrachtet, nur die zeitliche Entwicklung zu dieser Situation verläuft unterschiedlich.

Migration

Ebenfalls in unterschiedlicher Weise sind Migrationsprobleme relevant. Während etwa in Deutschland die älteren Migranten noch eine kleine Bevölkerungsgruppe bilden, sind in Israel bedeutende Migrantenströme gerade von Älteren zu beobachten, sodass ein Teil der älteren Klienten Sprachprobleme und Probleme der kulturellen Integration aufweisen. Die älteren Migranten haben einen anderen kulturellen Hintergrund, häufig in Verbindung mit niedriger Bildung und Misstrauen gegenüber Neuem.

Systeme der gesundheitlichen und sozialen Versorgung

Aus fast allen beteiligten Ländern wird ein Grundproblem berichtet, das mit zur Entwicklung des Case Management-Konzeptes beigetragen hat: Die grundlegende Trennung zwischen Gesundheitssystem und Sozialsystem, die vor allem in den Ländern Süd- und Westeuropas sowie in Israel anzutreffen ist.¹ In den konkreten Projektbeschreibungen wird deutlich, dass die Ausgangssituation durch voneinander unabhängige Aktivitäten der Mitarbeiter aus diesen beiden Systemen geprägt war und dass das Case Management-Projekt an dieser Stelle ansetzt, um ein koordiniertes Vorgehen zu erreichen. Die Erfolge der Arbeit der Case Management-Stellen hängt in wesentlichem Maße auch davon ab, inwieweit eine solche integrierte Bearbeitungsweise gelungen ist.

Ein grundlegend anderes System der gesundheitlichen und sozialen Versorgung ist typisch für die skandinavischen Länder, in denen die überwiegend steuerfinanzierten Versorgungssysteme eine einheitliche Struktur auf kommunaler Ebene hervor gebracht hat.² Wiederum anders ist, insbesondere was die Aufgabe und die Entstehungsgeschichte des „Care Management“ betrifft, der sozialpolitische Hintergrund im Vereinigten Königreich: Dort war diese Form der Dienstleistungs-Organisation nicht eine Reaktion auf unkoordinierte und intransparente Versorgungssysteme, sondern der Versuch, *im Rahmen vorgegebener Budgets* möglichst passende Dienstleistungspakete zusammenzustellen.³

¹ Einen Vergleich unterschiedlicher Systeme der gesundheitlichen und sozialen Versorgung sowie der damit zusammenhängenden Finanzierungsstrukturen bietet B. Schulte, *Altenhilfe in Europa*, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend Bd. 132.1, Stuttgart 1996, insbesondere S. 141 ff.

² Deren Einbeziehung in das hier dokumentierte Projekt ist allerdings daran gescheitert, dass die Kontaktaufnahme auf nationaler Ebene nicht bis zu den für die Altenhilfe zuständigen Kommunen weiter vermittelt wurde.

³ Vgl. Schulte, *Altenhilfe in Europa*, a.a.O. S. 108 ff

Verständnisse und Formen des Case Management

Verständnisse des Case Management

Zum sprachlichen Verständnis ist zunächst festzuhalten, dass nicht der Klient als „Case“ bezeichnet wird, sondern eine Situation, und zwar eine kritische Situation, in der weitere Hilfsressourcen mobilisiert werden müssen. „Gemanaged“ wird als nicht eine Person, sondern eine Krise.

Die Definitionen des Case Management sind in den verschiedenen Berichten sehr ähnlich. So wird etwa in Spanien „Case Management“ verstanden als die Koordination von Diensten für hilfebedürftige ältere Menschen und ihre Familien, indem erforderliche Dienstleistungen bedarfsgerecht zugeschnitten und zugleich deren Kosten kontrolliert werden. In Israel wird „Case Management“ als multidimensionale Methode mit Management-, Koordinations- und medizinischen Funktionen verstanden. „In Deutschland ist das Case Management im Kontext von Reformabsichten zu sehen, die auf mehr Koordination und Vernetzung, auf Effizienz in der Bedienung der Bürger und auf mehr aktive Beteiligung der Bürger an der Bewältigung sozialer Probleme und Aufgaben setzen“ (Baden-Württemberg). Die von den anderen Evaluatoren vorgenommenen Definitionen gehen in eine vergleichbare Richtung.

Eine Definition des Case Management sollte nicht einengend sein, sondern die vielfältigen Formen des Case Management umfassen. Sie sollte

- eine selbstständige Lebensführung älterer Menschen als Ziel des Case Management benennen,
- die Funktionen (medizinischen und sozio-kulturellen) Assessment, Hilfeplanung, Vermittlung von Hilfen, Evaluation und bedarfsgerechte Anpassung des Hilfeplans umfassen,
- auf typische Situationen der Klienten Bezug nehmen (wie z.B. Krankenhausentlassung, zunehmender Hilfebedarf in Privathaushalten, auch bis hin zum Erfordernis einer Einweisung in stationäre Pflege auf Grund von Verwahrlosung),
- den Unterschied zwischen Case Management als Verfahren und Case Management als organisatorische Struktur klären sowie
- die organisatorische Anbindung des Case Management (bei der Kommune, beim Krankenhaus, als eigenständiges Beratungsbüro, im Service-Wohnen etc.) deutlich machen.

Umsetzung des Case Management

Unterschiedlich sind dagegen die Umsetzungsformen – hier gibt es ein breites Spektrum von Modellen und Varianten. Dabei ist zum einen der Ausbau der Struktur unterschiedlich entwickelt: Die Beispiele des Case Management reichen von nebenamtlichem Case Management (im römischen Modell) über Teilzeit-Engagement (in mehreren Stellen) bis zu umfassender Kapazität im Rahmen eines interdisziplinären Teams (Spanien). Zum anderen ist aber auch die Einbindung des Case Management in die Versorgungssysteme unterschiedlich, je nachdem, ob sie noch modellhaft erprobt werden oder bereits ein Bestandteil der Regelversorgung darstellen (Vereinigtes Königreich, Emilia Romagna). In den Ländern, in denen Gesundheits- und Sozialsystem strukturell voneinander getrennt sind, impliziert die Lokalisierung des Case Management in einem der beiden Systeme sowohl inhaltliche Schwerpunktsetzungen als auch Vermittlungsprobleme zum jeweils anderen System.

Stellenwert des Case Management in der politischen Planung von Strukturen der Altenhilfe und Pflege

Der Vorreiter in der Entwicklung von Konzepten des Case Management ist das Vereinigte Königreich. Dies kommt auch darin zum Ausdruck, dass das Case Management bereits im Jahr 1993 mit dem „National Health Service and Community Care Act“ eine gesetzliche Grundlage erhielt. Nur wenig später, am Jahresende 1993, wurde auch in der Emilia Romagna mit dem Gesetz „Tutela e valorizzazione delle persone anziane. Interventi a favore di anziani non autosufficienti“ eine Aufnahme des Case Management in das reguläre Versorgungssystem beschlossen. Die seit Beginn des Jahres 1999 in Luxemburg bestehende Pflegeversicherung ist ebenfalls zur Durchführung eines Case Management verpflichtet; hier muss die praktische Erfahrung aber erst erweisen, ob die Verantwortung für eine bedarfsgerechte Umsetzung der Pflege auch tatsächlich im Sinne eines umfassenden Case Management-Prozesses wahrgenommen wird, oder ob es bei einem lediglich theoretischen Anspruch bleibt (wie es aus Israel berichtet wird und auch auf Grund der Erfahrungen mit der deutschen Pflegeversicherung bestätigt werden kann).

In den übrigen beteiligten Staaten ist die gesetzliche Fundierung eines Rechtes auf Case Management noch nicht weit fortgeschritten; der sozialpolitische Stellenwert dieses Konzeptes wird aber an den staatlichen Programmen zur Förderung dieses Konzeptes deutlich.

- Sehr ausgeprägt ist die Tradition der modellhaften Förderung des Case Management in Belgien: Das hier referierte Projekt eines „Krankenhaus-Referenten zur Garantie von Pflegekontinuität“ (1998 – 1999) ist das dritte einer Reihe von Modellprojekten, die mit einem Projekt „Case Management und Krankenpflege für psychogeriatrische Patienten und ihre Familien“ (1994 – 1996) begann, mit dem Projekt „Case Management in belgischen Krankenhäusern“ (1996 – 1998) fortgeführt wurde. Auch ein Anschlussprojekt mit Schwerpunktsetzung auf den ambulanten Bereich ist bereits geplant (1999 – 2000).
- In Baden-Württemberg ist die Förderung des Case Management von zwei Traditionssträngen her zu verstehen: Zum einen wurden flächendeckend „Informations-, Anlauf- und Vermittlungsstellen“ zur Beratung und Unterstützung Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen eingerichtet. Zum anderen ist die Förderung von Bürger-Engagement in mehreren Modellprogrammen unterstützt worden. Das hier betrachtete Case Management-Projekt verbindet Elemente beider Richtungen.
- In Hessen wird seit 1998 mit Förderung des Landes und der Kommunen ein flächendeckendes Netz von Beratungs- und Koordinierungsstellen aufgebaut. Vorauf gegangen war ein Pilotprojekt „Soziales und ergotherapeutisches Team“ in der Region Nord-Hessen (1993 bis 1996), das ebenfalls typische Elemente des Case Management erprobte.
- In Spanien wurden verschiedene Programme für Menschen mit Behinderungen und chronischen Krankheiten aufgelegt, insbesondere in Katalonien „Vida a los Años“ (lebenserfüllte Jahre, 1986). Dieses Programm ist erstmals spezifisch auf Ältere ausgerichtet, bis dahin gab es lediglich punktuelle Hilfen in Krankenhäusern, Pflegeheimen etc., aber keine integrierte medizinische, soziale und familiäre Hilfe für Ältere in Privathaushalten. Neben dem Ziel einer umfassenden und bedarfsgerechten Hilfe werden auch die Vermeidung bzw. Verzögerung von stationärer Pflege und der Aufbau von gesundheitlich-sozialen Zentren für Hilfe- und Pflegebedürftige angestrebt.

Grundlegend ist zu unterscheiden, ob das Case Management bereits Element der Regelversorgung ist (z.B. England und Emilia-Romagna; Belgien steht kurz davor), oder ob es im Rahmen eines Modellprojektes erprobt wird (wie z.B. in Innsbruck, Rom, Hamburg). Je besser das Case Management innerhalb der Versorgungsstruktur etabliert ist, desto eher wird es seitens der Kooperationspartner akzeptiert und in die eigene Arbeitsweise integriert (der spanische Bericht vergleicht in dieser Hinsicht zwei unterschiedliche Modelle, an denen dies deutlich wird).

2.2 Strukturelle Voraussetzungen: Qualifikation der Mitarbeiter, technische Ressourcen und Trägerstrukturen

Anzahl der Mitarbeiter des Case Management

Strukturell unterscheiden sich die evaluierten Case Management-Projekte vor allem dadurch, ob es sich um eine eigenständige Arbeitsstelle handelt oder um eine Teilfunktion innerhalb eines größeren Teams. Die Frage nach Zahl und Qualifikation der Case Manager bezieht sich im ersteren Falle einer eigenständigen Case Management-Stelle auf das gesamte Personal, im zweiten Falle auf die Arbeitsanteile, die einzelne Teammitglieder für das Case Management aufwenden.

Bei näherer Betrachtung zeigt sich, dass die für das Case Management vorgesehenen Personalkapazitäten nicht sehr umfangreich sind. Folgende Formen wurden berichtet:

- Eine Mitarbeiterin mit einer halben Personalstelle (20 Stunden/ Woche) ist in einer eigenständigen Case Management-Stelle (Hessen) oder in Anbindung an eine Klinik (Belgien) für Case Management zuständig.
- Eine Case Managerin (mit voller Stelle) kann zusätzlich auf einen Arbeitsanteil von 20 % der Sozialarbeiter zurückgreifen, die ansonsten zugehende Stadtteilarbeit leisten (Österreich).
- In einem Wohnprojekt stehen zwei Case Manager (eine allgemeine und eine psychiatrische Fachkraft) zusammen 24 Stunden pro Woche für 40 BewohnerInnen zur Verfügung (Niederlande). In vergleichbarer Relation leisten zwei Mitarbeiterinnen mit jeweils einer Viertel Stelle (10 Stunden pro Woche) Case Management mit einem Verantwortungsbereich von jeweils 15 Klienten (Israel; die dortige Pflegeversicherung sieht eine Relation von einem Case Manager zu 350 Fällen vor, was offensichtlich ein qualifiziertes Case Management unmöglich machen würde).
- Ein Team mit sechs Fachkräften (zuzüglich Verwaltungskräfte) ist insgesamt für die verschiedenen medizinischen und sozialen Aspekte des Case Management (mit anteiliger Arbeitskapazität, etwa 10 % der Arbeitszeit) und darüber hinaus für die Erbringung von Dienstleistungen zuständig (Spanien).
- In einem Pilotprojekt sind mehrere Instanzen am gesamten Prozess beteiligt, hier stehen zwei Case Manager (eine Sozialarbeiterin und eine häusliche Pflegekraft) für 200 ausgesuchte Fälle zur Verfügung (Rom, Italien).

Die im Case Management eingesetzte Personalkapazität ist in starkem Maß von der institutionellen Eingebundenheit der Case Management-Stelle in die

gesamte Versorgungsstruktur sowie vom Umfang des zugeordneten Zuständigkeitsbereichs abhängig. In der Emilia Romagna existieren zahlreiche Case Management-Stellen (in der Regel mit Sozialarbeitern besetzt), die aber zur Beurteilung des Hilfesuchenden auf eine speziell hierfür eingerichtete Institution (geriatrische Beurteilungsstelle UVG) zurückgreifen können. Hier sind also – wie in dem Projekt in Rom - am gesamten Case Management-Prozess mehrere Instanzen beteiligt.

Nicht unmittelbar hiermit vergleichbar sind die Erfahrungen aus Luxemburg: Dort wurde im Rahmen der Einführung der Pflegeversicherung eine Evaluierungs- und Orientierungsstelle eingerichtet, in der das Case Management verankert ist. Diese Stelle beschäftigt 16 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit unterschiedlichen Qualifikationen. Diese Mitarbeiter nehmen zunächst weniger die Aufgaben des Case Management wahr, sondern sind in der Startphase der Pflegeversicherung ausschließlich für die Beurteilung des Pflegebedarfs sämtlicher Einwohner Luxemburgs zuständig, die einen Antrag auf Leistungen gestellt haben.

Erforderliche Qualifikationen

In Spanien und in Luxemburg sind alle im Team vertretenen Qualifikationen arbeitsteilig in das Case Management eingebunden. In den meisten anderen Case Management-Projekten liegt dagegen der qualifikatorische Schwerpunkt eindeutig auf sozialarbeiterischen Kompetenzen. Aber auch wenn der Schwerpunkt auf sozialarbeiterischen Qualifikationen liegt, wird betont, dass weitere formell-berufliche und informell-persönliche Qualifikationen erforderlich sind.

- In manchen Projekten wird von den Case Managern eine Mehrfachqualifikation erwartet: In Hessen sind die Case Managerinnen als Sozialpädagogin und examinierte Krankenschwester qualifiziert, die Case Managerinnen in Österreich sind diplomierte Pflegekräfte mit sozialpädagogischer Zusatzausbildung. Zudem verfügen sie über Erfahrungen in der ambulanten und stationären Altenhilfe (Berufserfahrungen oder Praktika), zum Teil über Erfahrungen in Beratungsstellen und über „Sozialkompetenz“.

Ausführlich benennt beispielsweise der Bericht aus Israel die beruflichen und persönlichen Qualifikationsanforderungen: Die Case Manager sind Sozialarbeiter, von denen weiterhin erwartet werden

- Kenntnis der Bedarfe der Zielgruppe
- Kenntnis der diesen Bedarfen entsprechenden Dienstleistungsanbieter
- Kenntnis der kommunalen Unterstützungsressourcen

- enge Kooperation mit Dienstleistern, Freiwilligenagenturen und kommunalen Diensten
- Informiertheit über und Erfahrung mit Handlungsmöglichkeiten in komplexen Bedarfssituationen
- Erfahrung mit Interviews und Datensammlung und –auswertung
- allgemeine Erfahrungen in der Altenhilfe und Kenntnis deren rechtlicher Grundlagen.

In manchen Projekten wird also die Verknüpfung der verschiedenen formalberuflichen Kompetenzen in einer Person angestrebt, in anderen sind sie auf ein multiprofessionelles Team aufgeteilt, das alle Schritte des Case Management gemeinsam durchführt. Unabhängig davon wird in mehreren Berichten betont, dass außerdem die persönliche Erfahrung und „Sozialkompetenz“ des Case Managers einen hohen Stellenwert hat (z.B. Österreich, Israel, Hessen).

Arbeitsteilung und Teambesprechungen

In den Projekten, die Case Management im Team leisten, gehören klare arbeitsteilige Regelungen der Aufgaben sowie regelmäßige Teambesprechungen zur alltäglichen Arbeit. Unterschiedlich sind dabei die Funktionen der Teamsitzungen, die in manchen Fällen einem übergreifenden Erfahrungsaustausch dienen, während in anderen Beispielen in der Teamsitzung festgelegte Elemente des Case Management (wie z.B. die Erstellung des Hilfeplans) erfolgen.

- In Spanien wird auf der Grundlage eines arbeitsteilig durchgeführten Assessments die Setzung von Hilfezielen und Erstellung des Hilfeplans im Rahmen einer Teambesprechung durchgeführt (spätestens einen Monat nach dem Erstbesuch). Auch in Italien und Belgien erfolgt die Erstellung des Hilfeplans durch ein regelmäßig tagendes, interdisziplinäres Team.
- In Luxemburg und Österreich werden regelmäßig Arbeitstreffen organisiert, bei denen Themenkomplexe beispielhaft sowie besonders problematische Fälle diskutiert werden. Durch diese Teamsitzungen wird auch sichergestellt, dass die multiplen Bedarfslagen der Antragstellenden entsprechend interdisziplinär behandelt werden.
- Einem übergreifenden Erfahrungsaustausch dienen dagegen die wöchentlichen Treffen der Case Manager mit Case Managern aus anderen Stadtteilen (in Österreich) und die zweiwöchentlichen Treffen der Case Manager mit allen Altenhilfe-Mitarbeitern des Sozialdienst-Büros zur fachlichen Diskussion einzelner Klienten und organisatorischer Fragen (in Israel).

Von diesen internen Teambesprechungen zu unterscheiden sind regelmäßige Treffen und Kontaktaufnahmen mit anderen Versorgungseinrichtungen (z.B. Besuch von Krankenhäusern und Tagespflegeeinrichtungen, Mitwirkung in regionalen Pflegekonferenzen).

Einbeziehung ehrenamtlicher Mitarbeiter

In der Frage der Einbindung ehrenamtlicher oder freiwilliger Mitarbeiter treten starke Unterschiede zwischen den einzelnen Case Management-Beispielen auf. An mehreren Projektstandorten gibt es Freiwilligen-Organisationen, mit denen kooperiert wird; in einem Beispiel in Deutschland sind Ehrenamtliche in die Struktur des Case Management selbst einbezogen.

- In Haifa wird eng mit einem Volunteer Assistance Center kooperiert: Die Case Manager leisten Schulung von Freiwilligen und geben Hinweise auf hilfebedürftige Personen (Israel).
- Auch in Sabadell (Spanien) werden freiwillige Helfer einbezogen, etwa für Besuchsdienste bei drohender Vereinsamung und für Begleitung zu Seniorenclubs, Ärzten oder Behörden.
- Die stärkste Betonung einer systematischen Einbeziehung von Freiwilligen findet sich innerhalb der hier betrachteten Modellbeispiele in dem Case Management-Projekt in Baden-Württemberg. Dort erfüllen die Ehrenamtlichen bestimmte Funktionen wie: Durchführung von Begegnungsstunden für Ältere, Wohnungsberatung, Beratung für Angehörige von Demenzkranken, Beratung zu Patientenverfügungen sowie Leistungen zur Entlastung von pflegenden Angehörigen.

In allen diesen Fällen erfüllen die freiwilligen Helfer solche Aufgaben, die professionelle Pflegeleistungen ergänzen und flankieren. Diese Leistungen wären als professionelle in der Regel nicht finanzierbar und würden daher ohne dieses Engagement wegfallen. Darüber hinaus wird im Bericht aus Baden-Württemberg darauf hingewiesen, dass Ehrenamtliche ein „niedrigschwelliges“ Gesprächsangebot darstellen, indem sie vertrauliche Gespräche über die Belastung der Pflegesituation, aber auch über unbefriedigend durchgeführte professionelle Pflege ermöglichen. Diese kritische Funktion stellt eine eigenständige, von professionellen Strukturen gerade unabhängige Leistung dar.

Freiwillige werden aber nicht in allen Case Management-Projekten einbezogen. In Österreich werden ehrenamtliche Mitarbeiter des Sprengels derzeit nicht eingesetzt, da keine organisatorische Struktur dafür vorhanden ist. Auch im Beispiel aus Hessen wird die Gewinnung und Vorbereitung von

Freiwilligen als eigenständige Aufgabe betrachtet, für die derzeit noch keine Zeitkapazitäten zur Verfügung stehen. In beiden Fällen werden informelle Hilfen nur einbezogen, soweit sie im familiären oder nachbarschaftlichen Umfeld des Klienten vorhanden sind; erst in Zukunft ist eine stärkere systematische Einbeziehung Ehrenamtlicher geplant. In Italien, Belgien, Luxemburg, den Niederlanden und auch in Hamburg werden Freiwillige nicht systematisch einbezogen.

Sachliche und räumliche Ressourcen

Die zur Verfügung stehenden Büroräume und technischen Mittel sind nur beschränkt miteinander vergleichbar. Ähnlich ist meist die Grundausstattung von einem Büroraum (teilweise von zwei Mitarbeitern genutzt) mit Telefon und Anrufbeantworter. Gut ausgestattet sind etwa die Case Management-Projekte in Österreich und Hessen:

- In Hessen steht der Case Managerin ein Büroraum (18 m²) zur Verfügung, eingerichtet mit Schreibtisch und Sitzgruppe, Telefon, Anrufbeantworter und PC. Darüber hinaus hat sie Zugang zu Fax und Kopierer. Für Besuche benutzt sie einen Dienstwagen.
- In Innsbruck stehen Telefon, Anrufbeantworter, Fax, E-Mail und Handys zur Verfügung, weiterhin ein PC mit Zugang zu einem „Gesundheits-Informationen-Netz“, das über Ressourcen, Kapazitäten und Auslastung im ambulanten und stationären Bereich Auskunft gibt (Zugriff während der Beratung möglich). Auch hier sind die Case Managerinnen mit Dienstwagen ausgestattet.
- Den Case Managern in Luxemburg und in Rom stehen Laptops zur Dateneingabe und Evaluierung vor Ort zur Verfügung.

Kritischer fällt hinsichtlich der räumlichen und technischen Ausstattung der Bericht aus Israel aus: Dort steht für zwei Case Manager nur ein Raum zur Verfügung mit einem Telefon und Anrufbeantworter; weil nicht genügend Telefon-Anschlüsse vorhanden sind, muss auf die Struktur des kommunalen „Volunteer Assistance Centers“ zurückgegriffen werden. Es gibt zwar Computer für Verwaltungsabläufe und für Basisdaten der Klienten, aber keine PCs für die Case Manager (daher werden die Basisdaten getrennt von den weiteren Informationen des Case Management-Prozesses verwaltet).

Zeiten der persönlichen und telefonischen Erreichbarkeit

Das Case Management ist häufig in kritischen Situationen gefragt, wenn Entscheidungen über Versorgungsmöglichkeiten schnell zu treffen sind; eine gute Erreichbarkeit des Case Managers ist daher wichtig für die Effizienz des Case Management. Allerdings ist zu unterscheiden zwischen Aufnahme des Anrufs, die durch einen Anrufbeantworter oder eine Telefonzentrale geleistet werden kann, und der Bearbeitung des Anrufs, z.B. in telefonischer Information und Beratung.

- In einigen Projekten ist das Case Management eine Teilstruktur einer umfassenderen Beratungsorganisation, die über eine Telefonzentrale verfügt. In Spanien ist das sozio-sanitäre Zentrum von 8:00 Uhr bis 20:00 Uhr telefonisch erreichbar, danach über einen Notruf-Dienst. Auch im Wohnzentrum Nieuw Doddendaal (Niederlande) werden Telefonanrufe zunächst von einer Telefonzentrale entgegen genommen, die täglich von 8:00 Uhr bis 23:00 Uhr besetzt ist. In beiden Fällen werden dort allgemeine Informationen weitergegeben und Besuchstermine der Case Manager vereinbart.
- Bessere Erreichbarkeit weisen Case Management-Stellen mit festen Öffnungszeiten auf, in denen die Case Manager direkt aufgesucht bzw. unmittelbar telefonisch angesprochen werden können. Dies setzt allerdings eine hinreichende personelle Kapazität voraus. In Israel ist das Case Management-Büro von 8:00 Uhr bis 15:00 Uhr, einmal wöchentlich bis 18:00 Uhr geöffnet; darüber hinaus ist immer ein Case Manager in Notfällen telefonisch erreichbar.
- Anders sieht es aus, wenn – wie in Hessen – die Case Managerin ihre Aufgabe allein (in Teilzeit-Beschäftigung) und ohne Einbettung in ein Büro mit regelmäßiger Besetzung leistet. Auch hier ist zwar eine telefonische Erreichbarkeit (über Anrufbeantworter) gewährleistet, aber keine unmittelbare telefonische Erreichbarkeit der Case Managerin; diese setzt ihren Schwerpunkt auf Hausbesuche, während ihre eingeschränkte Arbeitszeit für feste Sprechzeiten im Büro keinen Spielraum lassen.

Nicht relevant ist die Frage der Erreichbarkeit in den Fällen, in denen der Zugang zum Case Management-Verfahren institutionell vorgegeben ist, d.h. wenn Klienten, die bestimmte Kriterien erfüllen, bei der Krankenhausaufnahme (Belgien), bei der Beantragung eines Heimplatzes (verschiedene Beispiele in den Niederlanden) oder von Pflegeleistungen (Luxemburg) automatisch an den Case Manager weitergeleitet werden.

Trägerschaft und Finanzierung des Case Management

Die Trägerschaft des Case Management und seine Finanzierung sind in der Regel eng miteinander verknüpft. Dabei gibt es unterschiedliche Varianten, die von vollständiger staatlicher Finanzierung (bzw. Finanzierung aus Mitteln der Pflegeversicherung) über Modelle der Mischfinanzierung bis hin zu Klientenbeiträgen reichen. Dazu einige idealtypische Beispiele:

- Rein staatliche Finanzierungsmodelle finden sich beispielsweise in Österreich (Finanzierung durch Land und Stadt) und ähnlich in Spanien (Finanzierung durch Comunidad und Stadt).
- In den Fällen, in denen die Pflegeversicherung einen Auftrag zu Beratung und Vermittlung von Hilfen hat, ist sie auch Träger von Begutachtungs- und/ oder Beratungsstellen (z.B. Luxemburg, Israel, Deutschland). In diesen Fällen ist allerdings näher zu fragen, ob lediglich eine Pflegeeinstufung vorgenommen wird, oder ob die weitergehenden, für das Case Management typischen Schritte der Hilfeplanung, Leistungsvermittlung und Kontrolle der Leistungserbringung ebenfalls durchgeführt werden. (In Israel hat dieser Aspekt dazu geführt, dass ein Case Management-Modell zusätzlich zur Pflegeversicherung aufgebaut wurde.)
- In Hessen wird die Beratungsstelle von einem Trägerverbund von Dienstleistungsanbietern, Kirchen und öffentlichen Mitteln finanziert.
- Im Beispiel aus den Niederlanden wird das Case Management aus einem „Versorgungsbudget“ finanziert, das aus pauschalen Beträgen refinanziert wird, die den Bewohnern zustehen.

Institutionelle Anbindung und Arbeitsschwerpunkte des Case Management

Organisatorisch repräsentieren die hier untersuchten Modellbeispiele verschiedene Formen der Anbindung des Case Management, die nach dem Grad der institutionellen Eigenständigkeit unterschieden werden können. Der Vorteil einer Anbindung an bereits bestehende institutionelle Strukturen besteht darin, dass deren technische Ressourcen und Bekanntheitsgrad mitgenutzt werden können, wodurch Synergieeffekte entstehen können. Nachteile einer solchen Anbindung könnten auftreten, wenn die Eigenständigkeit des Case Management gegenüber anderen Beratungsleistungen nicht hinreichend profiliert wäre. In den vorliegenden Länderberichten gibt es folgende Formen:

- eigenständige Beratungsstelle (Emilia Romagna, Hessen)
- Anbindung an ein Stadtteilzentrum (Österreich, Spanien)
- Seniorenzentrum oder ambulanter Dienst (Baden-Württemberg)

- Verwaltung der Pflegeversicherung (Luxemburg)
- Stadtverwaltung (Israel, Hamburg)
- Krankenhaus (Belgien, Rom)
- Altenheim oder Service-Wohnanlage (Niederlande)

Die institutionelle Anbindung hat Einfluss auf die Klientenstruktur und damit auf die Schwerpunkte der Arbeit. Einige Case Management-Projekte sind auf bestimmte Klientengruppen und Problemkonstellationen spezialisiert.

- Die Case Management-Stellen, die institutionell in eine Klinik integriert sind, konzentrieren sich auf die Überleitung nach Abschluss der Krankenhausbehandlung und sind bestrebt, im Kontakt mit ambulanten Diensten und Angehörigen eine Kontinuität der Pflege zu sichern. Dieses Verfahren von der Klientenauswahl und Klientenbegleitung bis zur Hilfe bei der Rückkehr in den Privathaushalt wird im belgischen Bericht ausführlich beschrieben.
- Spezifisch sind auch die Klienten und Arbeitsschwerpunkte in den niederländischen Beispielen. Dort wird eine Reihe von Case Management-Projekten skizziert, die bei Altenheimen/ Altenpflegeheimen angesiedelt sind; die Klientenauswahl besteht in der Antragstellung auf einen Pflegeplatz: In diesen Fällen wird überprüft, ob es Alternativen zur stationären Pflege gibt. – Das berichtete Beispiel aus dem Wohnzentrum in Nijmegen ist insofern spezifisch, als für eine bestimmte Bewohnerschaft (in einer Phase zwischen völliger Eigenständigkeit im Privathaushalt und stationärem Hilfebedarf) der spezifische Hilfebedarf ermittelt und die erforderlichen Dienstleistungen beschafft werden.
- Sofern sich das Case Management an einer Pflegeversicherung orientiert, wird die Auswahl der in Frage kommenden Klienten durch die gesetzlichen Kriterien der Pflegebedürftigkeit festgelegt, und zwar entweder unmittelbar (Luxemburg) oder mittelbar (in Israel wurden zu Beginn des Projekts diese Kriterien zur Auswahl herangezogen, später wurde der Klientenkreis erweitert).
- Weniger eingegrenzt arbeiten die Case Management-Projekte, die entweder als eigenständige Stelle oder in Anbindung an die soziale oder gesundheitliche Versorgung durch die Stadt, auf Stadtteilebene oder an Seniorenzentren arbeiten (z.B. Österreich, Spanien, Hessen). Diese sind grundsätzlich auf alle älteren Bürger mit Hilfebedarf ausgerichtet, die in Privathaushalten wohnen. Die Projekte in der Emilia Romagna gehen hier noch einen Schritt weiter, weil die Begleitung durch den Case Manager auch bei Aufnahme in ein Heim weitergeführt wird.

2.3 Methoden des Case Management

Instrumente zur Durchführung des Assessment

In der Regel erfolgt das Assessment bei dem Hilfesuchenden zu Hause, wobei jeweils gesundheitliche, pflegerische und sozio-kulturelle Aspekte Hauptgegenstand des Assessment sind. Der Vorteil einer Erhebungssituation im Privathaushalt liegt in der Möglichkeit, über die standardisiert erfassten Daten hinaus weitere Informationen gewinnen zu können (z.B. Eindrücke von der Wohnung und Stimmungen zwischen den Familienmitgliedern). Dies wird auch von den Mitarbeitern der Case Management-Projekte als positiv empfunden, wie die Interviewergebnisse aus Spanien zeigen: Die Möglichkeit, die räumliche und soziale Lebenssituation der Klienten unmittelbar kennen lernen zu können, wird als einer der entscheidenden Vorteile des Case Management gesehen.

Ausnahmen bilden die Beispiele, in denen der Erstkontakt im klinischen Rahmen erfolgt (Belgien, Rom) sowie der systematische Ansatz in Luxemburg, dem zu Folge nur dann ein Hausbesuch durch den Arzt abgestattet wird, wenn der Antragsteller nicht mehr in der Lage ist, die Evaluierungsstelle aufzusuchen.

Das erste (nicht-medizinische) Assessment wird durch den Case Manager selbst durchgeführt, bei multiprofessionellen Teams (z.B. Spanien) werden die unterschiedlichen Aspekte arbeitsteilig erhoben. In Italien existiert darüber hinausgehend eine eigenständige Beurteilungsinstanz für komplizierte Fälle, die auf Anfrage des Case Managers gebeten wird, eine Beurteilung vorzunehmen.

Die Instrumentarien, die zur Durchführung des Assessment benutzt werden, reichen von standardisierten Fragebögen, die computergestützt analysiert werden können, bis hin zu Gesprächsleitfäden, bei denen eher individuelle Schwerpunktsetzungen möglich sind (z.B. Hessen). Die Erhebungsaspekte orientieren sich in der Regel an medizinischen und psychologischen Diagnoseinstrumenten sowie an den Skalen zur Messung von Alltagskompetenz (ADL, iADL). Je nach Arbeitsschwerpunkt des Case Managers werden die Akzente anders gesetzt:

- So beurteilt beispielsweise in Italien zunächst der Case Manager den allgemeinen psychischen und physischen Zustand, die ökonomische Wohnsituation sowie die soziale und familiäre Situation des Hilfesuchenden. Wird bei diesem ersten Assessment festgestellt, dass der Hilfebedarf multidimensional ist, wird die zweite Beurteilungsinstanz (UVG)

eingeschaltet. Diese erstellt ein multidimensionales Fähigkeitsprofil des Hilfesuchenden, wobei unterschiedliche standardisierte Skalierungen vorgenommen werden.

- In Spanien wird ein zweistufiges Assessment-Verfahren durchgeführt: Im Rahmen eines ersten Hausbesuchs wird der Hilfebedarf des Klienten eingestuft und dieser wird ausführlich über das Case Management informiert; zusätzlich werden Basisinformationen gesammelt (z.B. soziodemografische Angaben zu Klient und Pflegeperson, Ermittlung des Bedarfs an Medikamenten und Hilfsmitteln). Im Rahmen weiterer Hausbesuche wird ein umfangreiches Assessment durch alle Teammitglieder durchgeführt mit berufsspezifischen Schwerpunkten: der Arzt begutachtet die gesundheitlichen Aspekte, die Krankenpflegerin setzt Instrumente zur Überprüfung von Grundbedarf, Selbstständigkeit, kognitiven Fähigkeiten und Dekubitus-Risiko ein; die Sozialarbeiterin fokussiert insbesondere auf die sozio-familiäre Situation, den Zustand der Wohnung, die Dringlichkeit bzw. Belastbarkeit des Klienten und der Angehörigen sowie auf statistische Daten.
- Auf Grund der rein beratenden Funktion erfolgt das Assessment in Hessen ausschließlich durch die Case Managerin. Ziel ist es, ein möglichst genaues Bild über die Lebensumstände und die Lebenssituation sowie über den individuellen Hilfe- und Pflegebedarf zu erstellen. In diesem ersten Gespräch ist es zudem besonders wichtig, eine Vertrauensbasis aufzubauen und – dieser Punkt ist hier entscheidend anders als in den anderen Projekten – den genauen Auftrag des Case Management gemeinsam zu definieren.
- Auch in den Niederlanden wird bei dem Bewerber um einen Platz im Wohnzentrum ein Besuch zu Hause abgestattet. Dieser ist aber als ein Dienstleistungsangebot seitens des Wohnzentrums zu verstehen, bei dem das Versorgungskonzept des Nieuw Doddendaal erklärt wird und eine Abklärung der Versorgungswünsche und -bedarfe erfolgt. Nach diesem Besuch kommt der Bewerber auf die Warteliste.
- In Luxemburg wird zur Einstufung in die Pflegeversicherung nach Vorlage eines medizinischen Gutachtens seitens des Hausarztes zunächst eine medizinische Evaluation durch den Arzt der Evaluierungsstelle in Abwesenheit von Angehörigen durchgeführt. Im Anschluss daran wird anhand von fünf Fragebögen, die standardisiert sind, die Evaluierung der Pflegebedürftigkeit vorgenommen. Der erste Fragebogen dient der medizinischen Evaluation, der zweite der Feststellung der allgemeinen Lebenssituation, die drei weiteren der Feststellung der Pflegebedürftigkeit, wobei die Einschätzung erstens des Hilfesuchenden (wiederum in Abwesenheit von Angehörigen), zweitens der Angehörigen und drittens des Evaluators auf getrennten Bögen festgehalten werden.

Erfassung des lokalen Versorgungssystems

Die Erfassung des zur Verfügung stehenden Netzwerks an Dienstleistungen differiert in den verschiedenen Projekten auf Grund der unterschiedlichen Ausrichtung und institutionellen Einbindung.

- So verfügt beispielsweise die Beratungsstelle in Hessen über eine sehr umfassende Datenbank mit Dienstleistern verschiedenster Bereiche aus dem Vorläuferprojekt „soziales und ergotherapeutisches Team“. Diese Datenbank wird (über Gespräche mit den Anbietern und Informationen aus übergeordneten Arbeitskreisen) zeitlich unregelmäßig, aber kontinuierlich aktualisiert.
- In dieser Hinsicht einen Schritt weiter ist das Case Management-Projekt in Österreich, das auf ein „Ressourcen-Nachweissystem“ zurück greifen kann. In diesem System, das jederzeit (auch während eines Beratungsgesprächs) über die PCs der Case Manager „per Knopfdruck“ abrufbar ist, werden Kapazitäten der Anbieter nachgewiesen. Die Daten werden wöchentlich durch die Anbieter selbst aktualisiert (was derzeit noch durch telefonische Recherchen ergänzt werden muss, da die Aktualisierung unzuverlässig sind).
- In der Emilia Romagna basiert die Mitarbeit an dem Netzwerk des umfassenden Case Management auf freiwilliger Basis, sodass dieses Netz in den verschiedenen Regionen je nach regionalpolitischem Befürworten, Struktur der Gesundheitsorganisation, Bereitschaft der Hausärzte etc. unterschiedlich dicht ist.
- In den Niederlanden besteht ein Vertrag mit einem externen Arbeitskräftepool (AKP), der die notwendigen Pflege-, Versorgungs- und hauswirtschaftlichen Dienste erbringt. Dieser ist für das einzusetzende Personal verantwortlich.

Berücksichtigung der Erfahrungen in der politischen Umsetzung

Im Hinblick auf die Sozialplanung hat das Case Management einen wichtigen Nebeneffekt, der in dem Konzept selbst zunächst keine zentrale Rolle spielt. Im Zuge der Umsetzung eines konkreten Dienstleistungs-Pakets zeigen sich nämlich in deutlicherer Weise Möglichkeiten und Grenzen des Versorgungssystems als aus einer übergreifenden Perspektive. Die in der Regel auf kommunaler Ebene erstellten Orientierungswerte zur Steuerung von Angeboten erhalten aus der unmittelbaren und bedarfsnahen Erfahrung des Case Managers wertvolle Hinweise zu Umfang, Defiziten und Qualitätsmerkmalen der einzelnen Angebote.

- Eine ausdrückliche Berücksichtigung von Versorgungslücken in der politischen Planung konnte beispielsweise in Hessen manifestiert werden, hier bestehen eine enge Verbindung zur Altenhilfeplanerin sowie ein intensiver Erfahrungstransfer zum Politikbereich über die Arbeitsgemeinschaft der Beratungs- und Koordinierungsstellen im Landkreis.
- Auch in Österreich werden die Erfahrungen der Case Management-Stelle bei der Planung von Pflegestrukturen einbezogen, um Unter- oder Überversorgung zu vermeiden. So konnte z.B. die Case Managerin die Organisation einer besonderen Hilfestruktur für verwahrloste Personen initiieren.
- Die Auswertung des Berichtes aus Israel benennt Ergebnisse des Case Management auf der Makro-Ebene: Erreicht wurden eine Verbesserung von Koordination und Kooperation zwischen Dienstleistern und kommunalen Diensten, Vermittlung zwischen Professionellen des Gesundheits- und Sozialsystems, mehr Flexibilität der Leistungserbringung, Qualitätsverbesserung durch Kontrolle, Aktivierung von Freiwilligen, Aktivierung und Unterstützung des informellen Systems, interne Qualitätssicherung und Entwicklung zusätzlicher Kommunikationswege.

Wichtig für die Rolle des Case Management innerhalb übergreifender Planungszusammenhänge ist, dass der Informationsgehalt der im konkreten Prozess des Case Management gewonnenen Erfahrungen seitens der Sozialplanung erkannt und anerkannt wird und in systematischer Weise in die Planung und Steuerung von Angebotsstrukturen einbezogen wird.

Erstellung des Hilfeplans

Die Erstellung des Hilfeplans kann in unterschiedlicher Weise erfolgen. So stellen sich folgende Fragen: 1. Wer plant die Hilfe? 2. Inwieweit werden bereits bei der Hilfeplanung die Umsetzungsmöglichkeiten berücksichtigt? 3. Erfolgen während der Hilfeplanung Beratungsgespräche?

- Der Personenkreis, der den Hilfeplan erstellt, ist in der Regel identisch mit dem, der das Assessment durchgeführt hat (z.B. Italien, Österreich, Spanien, Israel, Hessen). In den Niederlanden bleibt dagegen offen, ob das erste Gespräch in der Wohnung des zukünftigen Bewohners von derselben Person durchgeführt, die später auch die konkrete Hilfeplanung im Wohnzentrum durchführt.
- Es wird darüber hinaus oftmals besonderer Wert auf die Unterscheidung zwischen der Erstellung eines Hilfeplans und seiner Umsetzung gelegt. So wurde in einem Beispiel aus Rom Physiotherapie als notwendig erachtet, allerdings verzögerte sich die Umsetzung auf Grund mangelnder Verfügbarkeit eines entsprechenden Therapeuten. Auch in den Nieder-

landen werden zunächst die Maßnahmen und Wünsche festgelegt, und der Case Manager „sorgt dafür, dass Wünsche und Angebote so gut wie möglich übereinstimmen“. In Hessen werden ebenfalls „auf der Basis der ermittelten Ressourcen Bedarfe und Ziele formuliert“, deren Umsetzung als ein weiterer, eigenständiger Schritt betrachtet wird.

- In vielen Projekten werden die Wünsche des Hilfesuchenden bei der individuellen Hilfeplanerstellung in besonderer Weise berücksichtigt (dies betonen z.B. Emilia Romagna, Belgien, Niederlande, Hamburg und andere). In den meisten der hier evaluierten Projekte wird die konkrete Hilfeplanung in Gesprächen mit dem Hilfesuchenden vorgenommen. In Luxemburg wird der Pflegebedürftige bei der Hilfeplanerstellung insoweit einbezogen, als die Hilfeplanung selbst zwar ohne den Pflegebedürftigen vorgenommen wird, aber eine Abstimmung darüber erfolgt, welche Maßnahmen privat und welche von professioneller Seite vorgenommen werden.

Vermittlung der Hilfeleistungen

Der Aufwand bei der Umsetzung des erstellten Hilfeplans hängt in erheblichem Maße davon ab, in welcher Weise das Netzwerk der Dienstleistungen organisiert ist. In diesem Zusammenhang stellt sich in erster Linie die Frage, ob nur ein Anbieter die Hilfeleistungen übernimmt, wie im Fall der Niederlande, oder ob es mehrere voneinander unabhängige Dienstleister gibt. Diese können wiederum eng verzahnt miteinander arbeiten oder aber unabhängig voneinander ihre Dienstleistungen anbieten.

- So stehen beispielsweise in der Emilia Romagna und in Luxemburg Netzwerke an Dienstleistern zur Verfügung, auf die der Hilfsdienst für ältere Menschen (SAA) bzw. die Evaluierungsstelle zurückgreifen kann. In diesen Fällen wird das Dienstleistungsnetz entweder hierüber oder durch die Pflegebedürftigen selbst aktiviert.
- Die Beratungsstelle in Hessen hat einen hohen logistischen Aufwand der Koordinierung aller Angebote zu betreiben, die ein Hilfesuchender zur Deckung seines Bedarfs benötigt, weil kein entsprechendes geschlossenes Netzwerk zur Verfügung steht. Aus diesem Grund müssen hier zahlreiche Kontakte aufgebaut werden, um den individuellen Hilfeplan umsetzen zu können. Zudem ist die Beratungsstelle hier nur mit Einverständnis des Hilfesuchenden befugt, Absprachen sowohl mit den Dienstleistungsanbietern als auch mit der Finanzierungsseite (Pflegekasse, Krankenkasse, Sozialämter) zu treffen.

Mitsprachemöglichkeiten

Wie bereits erwähnt, werden in allen Projekten die Wünsche der Hilfesuchenden bzw. der Pflegebedürftigen, wenn auch in unterschiedlichem Ausmaß, berücksichtigt. Ein weitgehendes Mitspracherecht bei der Planung und Organisation wird etwa in den Beratungsstellen in Hamburg und Hessen eingeräumt, weil diese Stellen dem Zurechtfinden in einem sehr unübersichtlichen Markt von Dienstleistungsanbietern und der verschiedenen Finanzierungsmöglichkeiten für Hilfeleistungen und/oder baulichen Änderungen dienen. Die Beratungsstelle ist demnach ein Hilfsangebot an den Hilfesuchenden, ist aber keine zwingend erforderliche Zwischeninstanz, da die Hilfen auch ohne sie zugänglich wären.

Es gibt aber auch Projekte, in denen die Hilfesuchenden bei der konkreten Hilfeplanung und -organisation weniger einbezogen werden. So können die Bewohner/innen des Wohnzentrums in den Niederlanden selbst entscheiden – und darauf wird großer Wert gelegt – welche Leistungen sie haben möchten. Allerdings erfolgt die Organisation durch den Case Manager in Absprache mit dem oben genannten Arbeitskräftepool AKP. Auch in Italien werden die Wünsche in die Planung einbezogen, die Planung selbst und die Organisation erfolgt jedoch ohne Beteiligung des Hilfesuchenden.

In diesem Zusammenhang ist grundsätzlich die Bedeutung der Akzeptanz und Mitwirkungsbereitschaft des Klienten zu betonen. Alle hier betrachteten Case Management-Projekte weisen darauf hin, dass der Klient (und seine Angehörigen) zu jedem Zeitpunkt des Case Management-Prozesses, von dessen Beginn über die Gestaltung der Hilfeplanung bis zur Durchführung einzelner Hilfemaßnahmen, die Vorschläge der Case Manager akzeptieren und konstruktiv daran mitarbeiten muss, wenn sie erfolgreich sein sollen. Über Akzeptanzprobleme wird vor allem bei neueren Hilfeformen (wie etwa einer Tagespflege-Einrichtung) berichtet. Verstärkt wird diese Erfahrung in der Arbeit mit Migranten gemacht, wenn eine andere sozio-kulturelle Herkunft (Beispiel Spanien) und/ oder Sprachprobleme (Beispiel Israel) diese Schwierigkeiten verstärken.

Evaluierung

In allen Projekten erfolgt eine Überprüfung der Situation, allerdings sind auch hier die Zugangswege unterschiedlich. So ist in einigen Projekten eine Besprechung und Kontrolle der Situation sowie der Qualität der Versorgung in regelmäßigen Abständen vorgesehen (Reassessment, Überprüfung der Zielerreichung und darauf aufbauende Modifikation des Hilfeplans). Zwischenzeitliche Änderungswünsche der Nutzer werden zu jeder Zeit aufge-

nommen, und der Hilfeplan wird gegebenenfalls modifiziert (z.B. Israel, Spanien, Italien, Hessen, Niederlande). In Luxemburg ist dagegen eine erneute Begutachtung unter normalen Umständen erst nach Verstreichen einer Halbjahresfrist möglich.

2.4 Leistungsprofile und Ergebnisse des Case Management

Die hier evaluierten Case Management-Projekte können danach unterschieden werden, ob sie rein unterstützend tätig sind (z.B. Hessen), oder ob durch das Case Management eine ausschließliche Zugangsmöglichkeiten zum Netzwerk der Dienstleistungsanbieter besteht (Italien). Schließlich gibt es Instanzen, die neben der Case Management-Tätigkeit den Anspruch auf Leistungen feststellen (Luxemburg).

Der konkrete Ablauf des Case Management ist in allen Projekten insgesamt recht ähnlich und beinhaltet die klassischen Elemente Assessment, Planung, Umsetzung, Evaluierung und Dokumentation. Unterschiede bestehen jedoch in der inhaltlichen Ausgestaltung und Intensität der einzelnen Phasen sowie hinsichtlich der Konsequenzen für den Hilfesuchenden.

Im Folgenden werden beispielhaft Abläufe des Case Management dargestellt, die besonders geeignet erscheinen, spezifische Unterschiede der Systeme aufzuzeigen.

Spanien

Anhand des Ablaufs beim Case Management in Spanien können sehr gut die Strukturen des gesamten Management-Prozesses verdeutlicht werden. Diese umfassen

- *erstens* die Aufnahme des Klienten,
- *zweitens* die Zuordnung zum Programm der häusliche Versorgung oder zu anderen sozialen Diensten,
- *drittens* einen Erstbesuch (hier wird ein allgemeines Assessment durchgeführt, bei dem der Klient eingeordnet, Angaben zur Pflegeperson aufgenommen, der Klient umfassend informiert, der Bedarf an Medikamenten und Hilfsmitteln ermittelt wird);
- *viertens* einen Zweitbesuch, bei dem ein umfangreiches Assessment durch alle Teammitglieder durchgeführt wird,
- *fünftens* eine gemeinsame Auswertung und Hilfeplanung,

- *sechstens* einen Vorschlag von Dienstleistungen sowie das Aufzeigen von Alternativen,
- *siebtens* regelmäßige Hausbesuche der unterschiedlichen Professionen, wobei mit Klient und Familie besprochen wird, ob die Hilfsmaßnahmen erfolgreich sind oder ob Modifikationen erforderlich sind oder gewünscht werden,
- *achtens* ein Koordinatoren-Treffen zur Falldiskussion in mehrmonatigen Abständen und
- *neuntens* die Beendigung der Betreuung durch Lösung des Problems (oder Heimumzug oder Tod).

Emilia Romagna

Die Fallbeschreibung aus der Emilia Romagna kann zwei wichtige Strukturmerkmale des Systems verdeutlichen: So ist erstens der Case Manager die ständige Kontaktperson des Hilfesuchenden und seiner Angehörigen, der sich bei Problemen, Änderungswünschen oder Änderungen des Bedarfs einschaltet und weitere notwendige Schritte einleitet. Zweitens hört das Case Management, wie beispielsweise in Spanien, nicht bei Einweisung in eine Einrichtung auf, sondern der Prozess wird auch hier weiter begleitet und bei Verbesserung des Zustandes und/oder auf Wunsch wird versucht, eine Rückkehr nach Hause durch geeignete Unterstützungsmaßnahmen zu ermöglichen.

- In dem referierten Fallbeispiel erfolgte die Bedarfsmeldung durch die Angehörigen und durch das Krankenhaus. Zunächst wird durch den Case Management eine erste Bedarfsaufnahme durchgeführt. Der Case Manager stellt einen Antrag auf die Beurteilung des Hilfesuchenden durch die Beurteilungsinstanz für komplizierte Fälle (UVG) beim Hilfsdienst (SAA).
- Es erfolgt die Beurteilung seitens der UVG und die Ausarbeitung eines Hilfeprogramms, das nach vorausgegangener Besprechung mit Hausarzt und Case Manager die Unterbringung in einem Pflegeheim vorsieht. Daraufhin aktiviert der Hilfsdienst (SAA) die zuständige Dienststelle (des Pflegeheims). Der Verlauf wird begutachtet und ein Interventionsplan wird erstellt.
- Wenn sich der Gesundheitszustand verschlechtert, erfolgt eine erneute Bedarfsmeldung; wiederum übernimmt der Case Manager die Bedarfsaufnahme und stellt einen Antrag auf Neubewertung durch die UVG, es folgt eine Neubewertung im Pflegeheim, sowie die Erstellung eines neuen Hilfeprogramms. Den Prozess der Aktivierung der notwendigen Dienstleistungen übernimmt wiederum die SAA.

- Auch in der Einrichtung wird der Klient weiterhin vom Case Manager besucht, einschließlich eines „Monitoring“ der erzielten gesundheitlichen Verbesserungen. Falls der Klient nach Hause zurückzukehren wünscht, wird versucht, diesen Wunsch zu berücksichtigen. Der Case Manager nimmt eine erneute Bedarfsaufnahme vor und beantragt die Neubewertung durch die UVG.

Es ist erkennbar, dass die Vorgehensweise und der Zeitpunkt der Einbeziehung der verschiedenen Instanzen strikt geregelt sind und dass in der Emilia Romagna der Weg in eine Einrichtung keine Einbahnstraße ist, sondern die Hilfesuchenden in den Einrichtungen begleitet werden; und dass, wenn verantwortlich und gewünscht, eine Rückkehr nach Hause ermöglicht wird.

Israel

Die Teilung der Aufgabenbereiche des Case Management in einen Mikro- und einen Makrobereich (ähnlich auch die Trennung zwischen „internem“ und „externem“ Case Management in Österreich) sowie die Vielschichtigkeit der Aufgaben, über die Planung und Umsetzung im betreuenden und pflegenden Bereich hinaus, kann den Beispielen aus Israel entnommen werden.

Auf der Mikroebene wird die umfassende Verbesserung der Lebenssituation der Hilfesuchenden angestrebt, während auf der Makroebene eine Verbesserung der Rahmenbedingungen im Vordergrund steht. Hierzu wurden beispielsweise auf der Ebene der Dienste Verbesserungen von Koordination und Kooperation zwischen Dienstleistern und kommunalen Diensten, die Vermittlung zwischen Professionellen des Gesundheits- und Sozialsystems, die Flexibilisierung der Leistungserbringung sowie eine Qualitätsverbesserung durch Kontrolle erreicht. Daneben werden Freiwillige aktiviert und das informelle System aktiviert und unterstützt. Für den internen Bereich des Case Management wurden eine interne Qualitätssicherung eingeführt und zusätzliche Kommunikationswege entwickelt.

Die Fallbeschreibungen (Mikroebene) zeigen, dass häufig nicht die zunächst augenscheinlichen körperlichen Gebrechen ein Hauptproblem darstellen, sondern das soziale Gefüge, in dem sich der Hilfesuchende befindet. Es wird hier deutlich, dass oftmals eine Intervention notwendig ist, die das soziale Umfeld mit einbezieht (beispielsweise in Form von Familientherapie). Weiterhin stellen hier Interventionen bei Immigranten, die Schwierigkeiten mit der nicht vertrauten Umgebung haben, besondere Anforderungen.

Hessen

In Hessen ist genau eine Case Management-Stelle mit der Begleitung des Hilfesuchenden befasst. Im Gegensatz zur Emilia Romagna wird hier auch Assessment und Hilfeplanerstellung allein von der Case Managerin übernommen. Die zu leistenden Hilfen beziehen sich des Weiteren sowohl auf die Koordinierung des Dienstleistungsangebots als auch auf die Sicherstellung der Finanzierung. In Deutschland übernehmen Krankenkassen, Pflegekassen und Sozialämter unter bestimmten Bedingungen anteilig oder vollständig die Kosten für die Hilfeleistungen, Umbaumaßnahmen etc. Zum Erhalt dieser Leistungen müssen Anträge gestellt werden, der Bescheid wird dem Hilfesuchenden von der entsprechenden Behörde zugesendet. Erscheinen die bewilligten Leistungen zu gering oder wird der Antrag gar abgelehnt, so muss innerhalb bestimmter Fristen Widerspruch eingelegt werden. Die Hilfesuchenden wissen oftmals nicht, welche Leistungen ihnen zustehen und sind im Umgang mit diesen behördlichen Strukturen überfordert. Dem Case Management kommt hier die Aufgabe zu, bei der Antragstellung und der Überwachung des Ablaufs behilflich zu sein. Wie wichtig eine Intervention seitens eines Case Managers sein kann, zeigt das folgende Beispiel:

Eine Immigrantin wendet sich an die Beratungsstelle, deren Schwiegervater, der seit Kurzem bei dem Ehepaar wohnt, gerontopsychiatrisch auffällig ist, einen Schlaganfall erlitten hat und nun vollständig pflegebedürftig ist. Die Beratungsstelle wurde aus finanziellen Gründen aufgesucht: Eine rechtmäßig zustehende Leistung wurde vom Sozialamt mehrfach abgelehnt. Die Case Managerin kontaktierte nach Absprache mit den Hilfesuchenden die zuständige Stelle. Es stellte sich allerdings heraus, dass die zuständige Sachbearbeiterin sowohl wenig informiert über die Rechtsgrundlagen als auch wenig hilfsbereit war. Erst nach langwieriger Intervention seitens der Case Managerin und dem Weg über Vorgesetzte konnte die Case Managerin einen positiven Bescheid erwirken. Leider waren die Hilfesuchenden von diesem langen Kampf um ihr Recht derart zermürbt, dass sie sich dennoch für die Einweisung des Mannes in eine Pflegeeinrichtung entschieden.

Wenn auch die Hilfeleistungen seitens der Case Managerin zunächst nicht das gewünschte Ziel, den Verbleib des Mannes zu Hause, erreichen konnten, so konnte trotzdem ein guter Kontakt zum Verantwortlichen dieser Stelle aufgebaut werden, sodass bei ähnlicher Sachlage in Zukunft eine schnelle Lösung gefunden werden kann.

3 Die Berichte der Evaluatoren in kurzer Zusammenfassung

3.1 Case Management in Baden-Württemberg (Deutschland) *Evaluator: Prof. Dr. Wolf Rainer Wendt*

1. Zum Hintergrund des Case Management in Baden-Württemberg

Unter den Zielen des Case Management in Baden-Württemberg wird neben Koordination, Vernetzung und Effizienz der Altenarbeit ausdrücklich auch die Bürgerbeteiligung genannt, die in der sozio-kulturellen Tradition dieses Landes einen hohen Stellenwert besitzt. Dies wird unter anderem aus den staatlichen Förderprogrammen des Bürgerengagements ersichtlich (1990 – 1993: Modellversuch „Seniorenengossenschaften“, 1993 – 1996: „Initiative Drittes Lebensalter“ und „Solidarisch mit Angehörigen“, 1996 – 1999: Modellverbund „Bürgerschaftliches Engagement und Tagespflege“).

Vor diesem Hintergrund konzentriert sich die Evaluation auf die Fragestellung, wie die Funktionen des Case Management im Zusammenwirken von professionellen sozialpflegerischen Diensten und bürgerschaftlichem Engagement wahrgenommen und verteilt werden. Als Projektbeispiel wurde die Bürgerberatung in Kirchheim/ Teck ausgewählt, einer Stadt mit 37.000 Einwohnern (davon ca. 600 Pflegebedürftige in Privathaushalten).

Rahmenbedingungen: nationaler und regionaler Kontext

Die Region ist durch eine vielfältige pflegerische Versorgungsstruktur (stationäre, teilstationäre und ambulante Dienste und Einrichtungen) gekennzeichnet. Diese Struktur ist aber fragmentiert: Die organisatorische Trennung von sozialpflegerischen und gesundheitlichen Diensten hat zur Folge eine mangelnde Abstimmung

- von Funktionen: Trennung von medizinischen, pflegerischen und sozialen Maßnahmen
- von Zuständigkeitsbereichen: Trennung von stationärer Krankenbehandlung (kommunal und gemeinnützig), ambulanter Krankenbehandlung (privatwirtschaftlich) und Rehabilitation
- von Dienstleistungs-Typen: Trennung von gemeinnützigen, privatgewerblichen und kommunalen Pflegediensten.

Aus dieser Situation ergeben sich Bedarfe älterer Menschen an:

- Information und Beratung über Möglichkeiten der Unterstützung
- Zugang und Erreichbarkeit der Dienste
- Kontinuität der Versorgung bei verändertem Bedarf
- Möglichkeiten der Rehabilitation
- spezifischer (z.B. gerontopsychiatrischer) Hilfebedarf
- Unterstützung von pflegenden Angehörigen.

Die seit 1995 geltende Pflegeversicherung hat diesbezüglich unterschiedliche Effekte gehabt: Sie hat einerseits zur Marköffnung mit einer Pluralität der Anbieter geführt („welfare mix“), andererseits ein koordiniertes Handeln der Leistungserbringer und die Eigenverantwortung der Pflegebedürftigen gefordert (§ 6 SGB XI; dies setzt Information und Zugang zur Hilfe voraus). Die festgestellten Trennungen wurden durch unterschiedliche Zuständigkeit der Pflegekassen (nach medizinischen Kriterien anerkannte Pflegebedürftigkeit) und der Kommunen (Pflege und soziale Unterstützung im Vorfeld und Umfeld der anerkannten Pflegebedürftigkeit) eher noch verstärkt; auch die Hausärzte bleiben systematisch vom Bereich der Pflege getrennt.

Case Management-Verständnisse

Hinsichtlich des Case Management herrschen in den getrennten Bereichen zwei unterschiedliche Verständnisse vor:

- in der Sozialarbeit: Unterstützung der Bürger durch soziale Dienste
- im Gesundheitswesen: Einzelfall-Management in der medizinischen und pflegerischen Versorgung.

Verschiedene Dienste haben zunächst ihre Leistungsangebote und Kapazitäten im Blick und betrachten allenfalls intern das Einzelfall-Management (z.B. einzelfallbezogene Hilfeplanung, Versorgungskontinuum) als ihre Aufgabe. Es mangelt aber an übergreifendem Schnittstellen-Management: an der Koordination mehrerer Leistungserbringer und Leistungsträger sowie zwischen professionellen und ehrenamtlichen Helfern. Ein Versorgungskontinuum im Einzelfall setzt nämlich eine übergreifende Koordination der Leistungserbringer voraus.

Diese Koordination (mit den Funktionen der Bedarfsfeststellung, Hilfeplanung und Beschaffung der Hilfe) müsste von der Leistungserbringung unabhängig sein („purchaser-provider-split“), was in Deutschland i.d.R. nicht der Fall ist.

Förderung des bürgerschaftlichen Engagements

In Baden-Württemberg wurde das „Landesnetzwerk Bürgerschaftliches Engagement“ mit 28 Modellstandorten und 133 lokalen Initiativen zur Förderung von Gemeinsinn gefördert. Lokaler Standort ist das „Bürgerbüro“ in Kirchheim/ Teck (außerdem die Initiativen BETA, Wegzeiger und RANKE). Kommunale Ansprechpartnerin für bürgerschaftliches Engagement ist eine Sozialarbeiterin in der „Fachstelle Bürgerengagement“. Für Ehrenamtliche in der Altenpflege ist eine Sozialarbeiterin ansprechbar, die diese Unterstützung von einem Seniorenzentrum aus organisiert.

Personenbezogene Koordinierung

Das Bürgerbüro in Kirchheim übernimmt Funktionen der „Informations-, Anlauf- und Vermittlungs-Stellen“, die früher flächendeckend geplant waren, nun aber nicht mehr weiter gefördert werden; zu diesen Funktionen gehören die Information über Hilfeangebote, die Aufnahme von Hilfewünschen und die Abklärung des Hilfebedarfs (auf Wunsch auch die Vermittlung der erforderlichen Hilfen). Personell ist das Bürgerbüro mit einer Sozialarbeiterin ausgestattet. Die Finanzierung war bis 1998 durch Landesmittel in Höhe eines Drittels der Fachpersonal-Kosten abgesichert. Eine Beteiligung der Pflegekassen wird unter Hinweis auf deren Beratungsauftrag angestrebt (angesichts der Anbindung der Pflege- an die Krankenkassen wird davon auch eine Optimierung der Übergänge zwischen Akutversorgung und Pflege erwartet). Träger des Bürgerbüros sind seit 1998 je zur Hälfte Kommunen und Wohlfahrtsverbände.

2. Strukturen und Ressourcen in Kirchheim

Versorgungsstruktur

Die (professionelle und nicht-professionelle) Versorgungsstruktur ist gut ausgebaut; eine Vernetzung der Dienste war in kommunaler Regie beabsichtigt, kam aber nicht zu Stande. Die „Arbeitsgemeinschaft ambulanter Dienste“ (informelle Struktur) kann dies nicht leisten; auch der kommunale Sozialdienst ist mit einer übergreifenden Koordinierung überfordert, daher gibt es kein träger- und diensteübergreifendes Case Management.

Die Versorgungsstruktur umfasst (ambulant) Sozialstationen der Wohlfahrtsverbände, hauswirtschaftliche Hilfsdienste, private Pflegedienste, ein gemeindepsychiatrisches Zentrum sowie (stationär) fünf Alten- und Pflege-

heime. Beratung wird von Kommune und Pflegekassen sowie vom „Bürgerbüro“ und vom „Wegzeiger“ (speziell für Demenzkranke) geleistet.

Darüber hinaus leistet die Initiative RANKE (seit 1999) in einem Stadtteil von Kirchheim Beratung und Unterstützung von älteren Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen. Personell sind an ihr Fachkräfte und ehrenamtlich engagierte Bürger (meist ältere Frauen mit Pflegeerfahrung) beteiligt. Die Initiative wird von mehreren Einrichtungen getragen: Seniorenzentrum, Bürgerbüro, Senioren-Begegnungsstätte, Kommune und Kreisbaugenossenschaft.

Im Rahmen dieser Initiative werden folgende ehrenamtlichen Leistungen erbracht:

- Begegnungsstunden
- Wohnberatung
- Beratung für Angehörige von Demenzkranken
- Beratung zu Patientenverfügungen
- Entlastung für pflegende Angehörige.

Im Rahmen dieser Initiative werden folgende professionellen Leistungen erbracht:

- fachliche Pflegeberatung
- Vermittlung von pflegerischen und hauswirtschaftlichen Diensten.

3. Methoden im Management der sozialpflegerischen Unterstützung

Es gibt in Kirchheim zwar kein integriertes Case Management als eigenständige Struktur, aber einzelne Case Management-Funktionen sind auf die vielfältigen Dienste verteilt. Daher kommt die Evaluation zu dem Schluss, dass nur ein geringer Bedarf an Koordinierung und Pflegeberatung besteht, meist werden Hilfearrangements (inklusive der Abstimmung von formeller und informeller Hilfe) selbst koordiniert. Dies hat allerdings zur Folge, dass in Fällen akuten und komplexen Hilfebedarfs meist doch eine Aufnahme in ein Krankenhaus oder Pflegeheim erfolgt. Es bleibt also festzuhalten, dass hier ein gut ausgebautes Versorgungssystem seine Defizite nur schwer erkennen lässt.

Komponenten des Case Management: Beitrag bürgerschaftlichen Engagements

Die Ehrenamtlichen machen ein niedrighschwelliges Gesprächsangebot „bei einzelnen Begegnungen, in Gesprächskreisen, an Altennachmittagen und in Veranstaltungen“. In diesem Rahmen sind vertrauliche Gespräche zur Belastung der Pflegesituation und auch Kritik an professioneller Pflege möglich. Weiterhin leisten sie Information und Beratung zur Erschließung von Angeboten sowie rechtliche Beratung.

Komponenten des Case Management: Beitrag der professionellen Fachkräfte

- *Zugangseröffnung:* Die Angebote des lokalen Versorgungssystems werden regelmäßig erfasst. Von hier aus können Hinweise auf Defizite gegeben und an die Sozialplanung weitergeleitet werden. Als problematisch wird eingeschätzt, dass Informationen über Hilfsangebot genügend vorhanden, aber nicht individuell abgestimmt sind - daher ist unklar, ob die Information ankommt.
- *Situationseinschätzung und Bedarfsklärung:* Medizinisches Assessment wird durch den Medizinischen Dienst, pflegerisches Assessment durch Dienstleister/ Pflegedienste, soziales Assessment durch den kommunalen Sozialdienst geleistet. Allerdings erfolgen diese Schritte unabhängig voneinander, aber nicht integriert, wie es mit IAV-Stelle beabsichtigt gewesen war. Darüber hinaus geben die Professionellen informelle Situationsbeschreibungen gegenüber den bürgerschaftlich Engagierten.
- *Hilfeplanung* wird zwar durch die Leistungsgesetze gefordert, erfolgt aber nicht in ganzheitlicher Berücksichtigung gesundheitlicher, sozialer, pflegerischer und rehabilitativer Aspekte; die Organisation der Unterstützung bleibt den Betroffenen überlassen – dies wäre durch eine neutrale Case Management-Stelle zu leisten, die es aber in Kirchheim nicht gibt.
- *Qualitätssicherung und Evaluation:* Es wird erwartet, dass die Dienstleister ihre Qualität selbst sichern und belegen. Es gibt keine direkte Aufsicht für ambulante Dienste – bei Leistungsmängeln muss sich der Nutzer selbst melden. Eine formelle Beschwerdestelle ist nicht vorgesehen; „gelegentlich“ nehmen Ehrenamtliche Beschwerden auf und leiten sie weiter. Aber es ist zu bezweifeln, dass eine ehrenamtliche Überwachung professioneller Dienste funktioniert.

4. Fazit

Die verschiedenen Projekte in Kirchheim sind eher zufällig entstandene Strukturen mit uneinheitlichem Konzept. Eine Vernetzung mit dem professionellen Versorgungssystem und der Kommune ist noch wenig ausgeprägt; Möglichkeiten zur Kooperation werden daher kaum ausgeschöpft.

Ein Case Management im Sinne einer Dienstleistungs-übergreifenden, kontinuierlichen Prozessbegleitung findet nicht statt; es ist auf einer bürgerschaftlichen Struktur aufbauend zwar in Ansätzen (verständnisvolle Gespräche, informelle Unterstützung) möglich, aber nicht als einheitliche, unabhängige und kontrollierende Instanz.

3.2 Case Management in Belgien

Evaluatorinnen: Dr. Christiane Gosset, Dr. Cécile de Froidmont

1. Nationaler Kontext

Die Alterung der Bevölkerung und die damit verbundene Zunahme der Pflegebedürftigkeit gaben den Anlass, nach Alternativen zu Institutionalisierung und Hospitalisierung zu suchen. Eine Verbesserung der Lebensmöglichkeit im Privathaushalt wird angestrebt, wobei der Gestaltung der Rückkehr nach einem Krankenhausaufenthalt große Aufmerksamkeit gewidmet wird. Das Modellprogramm zum Case Management wurde 1994 vom Gesundheits- und Sozialministerium initiiert; es zielt ab auf einen zugleich ganzheitlichen, multidisziplinären und kontinuierlichen Pflegeprozess. Dies wurde wegen einer dreifachen Entwicklung erforderlich:

- Die Tendenz zur Reduktion der Krankenhausbetten und Verkürzung des Krankenhausaufenthaltes erhöhte das Risiko einer missglückten Rückkehr älterer Patienten.
- Durch Ausbau der ambulanten Pflege sollte der Verbleib in Privathaushalten Vorrang haben vor dem Umzug in Altenheime oder Pflegeheime.
- Die demografische Entwicklung zu mehr Älteren und mehr Pflegebedürftigen bei gleichzeitigem Rückgang informeller Unterstützung machte ein politisches Konzept erforderlich.

Verständnis von Case Management

Folgende Merkmale werden in Belgien als charakteristisch für das Case Management betrachtet:

- Das Case Management entwickelt sich in klar strukturierten Phasen, die durch einen Hilfeplan definiert werden, der auf einer tiefen Auswertung der Bedarfe und Wünsche des Klienten und seiner Angehörigen aufbaut.
- Der Case Manager spielt eine Schlüsselrolle an der Schnittstelle zwischen Krankenhausbehandlung und häuslicher Pflege und Hilfe.
- Das Case Management leistet emotionale Unterstützung, Information und Gesundheitsschulung; der Case Manager muss über spezifische soziale Fähigkeiten verfügen, um eine vertrauensvolle Beziehung zum Klienten und seiner Familie aufbauen zu können.
- Der Case Manager muss über Erfahrungen mit der Zielgruppe verfügen.

Demografie

Belgien hat 10,2 Mio. Einwohner, darunter 22 % ab 60 Jahren (und 3,5 % ab 80 Jahren). Der Bevölkerungsanteil der über 60-Jährigen wird auf 30 % im Jahr 2030 ansteigen.

Pflegerische Infrastruktur

- Krankenhäuser: Im Krankenhaus-Bereich gibt es ein differenziertes System von allgemeiner, geriatrischer und psychiatrischer Behandlung. Aus Gründen der Kostendämpfung fand in den letzten Jahren eine Verlagerung auf Akutbehandlung statt, während Betten für chronisch Kranke abgebaut wurden.
- Alten- und Pflegeheime: Altenheime bieten Wohnen mit Familienpflege und Haushaltshilfe; die Kapazität von 96.500 Plätzen (9,5 je 1.000 Bewohner bzw. 4,3 je 100 Ältere ab 60 Jahren) soll nicht weiter ausgebaut werden. Pflegeheime, die darüber hinaus auf medizinische Pflege für chronisch Kranke und Pflegebedürftige ausgerichtet sind, haben eine Kapazität von 19.500 Plätzen (1,9 je 1.000 Bewohner bzw. 0,9 je 100 Ältere ab 60 Jahren).
- Service-Wohnen: Selbstständiges Wohnen mit einzeln wählbaren Dienstleistungen (stationäre Anbindung; keine Daten zur Verbreitung).
- Das Netz der ambulanten Pflege und Hilfe besteht aus: Hauskrankenschwestern (selbstständig oder als Mitarbeiterinnen eines Dienstes), Therapeuten und weitere häusliche Helfer, Familienhilfe/ Altenhilfe

(Haushaltshilfe und Begleitung, Gesundheitshilfe und Schulung, psychosoziale Begleitung und soziale Hilfe). Der Hilfebedarf wird durch eine Sozialpflegerin erhoben. Die Dienste werden nach geleisteten Stunden subventioniert; die Klienten zahlen einen einkommensabhängigen Beitrag.

- „Zentren der Koordination der Pflege und Haushaltshilfe“ leisten eine Dokumentation des ganzheitlichen Hilfebedarfs und vermitteln bedarfsgerechte Leistungen.
- „Öffentliche Zentren der Sozialhilfe“ leisten finanzielle und soziale Hilfen.
- Weiterhin gibt es Tages- und Kurzzeitpflegeeinrichtungen, Rehabilitationseinrichtungen, Hausnotruf und Mahlzeitendienst sowie technische Hilfen im Haushalt, Pflegehilfsmittel, Fahrdienste etc.

Sozialpolitischer Stellenwert des Case Management

Die politischen Bemühungen zur Verbesserung des Lebens in Privathaushalten und zur Vermeidung von Rehospitalisierung und Heimumzug lassen sich an einer Reihe von Untersuchungen und Modellprojekten ablesen:

- Die erste staatliche Initiative führte zu dem Projekt „Case Management in der häuslichen Pflege von psychogeriatrischen Patienten und ihren Familien“ (1994 – 1996); in Situationen eines komplexen Hilfebedarfs wurden individuelle Bedarfsanalysen und Hilfeplanungen durchgeführt.
- Das Nachfolge-Projekt „Case Management in belgischen Krankenhäusern“ (1996 –1998) begann in 20 Krankenhäusern mit einem Case Management für geriatrische und psychogeriatrische Patienten mit hohem Rehospitalisierungsrisiko; das Case Management begann mindestens 10 Tage vor Krankenhaus-Entlassung und umfasste Nachfolge-Besuche nach drei und sechs Monaten.
- In der dritten Phase wurde das Projekt „Krankenhaus-Referent für die Kontinuität der Pflege“ durchgeführt (1998 – 1999), das in dem Bericht als Projektbeispiel ausgewählt wurde. Ziel ist auch hier die interdisziplinär abgestimmte Kontinuität im Übergang vom Krankenhaus in den Privathaushalt. 94 Krankenhäuser sind daran beteiligt, in jedem wird ein Case Manager mit halber Stelle finanziert.
- Im Anschluss ist ein Case Management-Projekt im häuslichen Bereich zur optimalen Abstimmung der ambulanten Versorgung geplant (1999 – 2000).

2. Strukturbedingungen

Anzahl und Qualifikation der Krankenhaus-Referenten

In jedem Krankenhaus ist ein Referent mit halber Stelle beschäftigt (mit Vertretung). Als Qualifikation wird entweder die einer Krankenschwester vorausgesetzt (mit Berufserfahrung im Pflegebereich oder im Krankenhaussozialdienst) oder eine Sozialarbeiterin des Krankenhaussozialdienstes.

Weiterhin sind eine mindestens dreijährige Berufserfahrung, Motivation zur multidisziplinären Teamarbeit und Kommunikationsfähigkeit erforderlich.

Zur spezifischen Vorbereitung ist eine siebentägige Schulung vorgesehen mit mehreren Zielen, unter anderem

- Bewusstsein über den Stellenwert eines Modellprojektes für Geriatrie-Patienten sowie über Dokumentation und Evaluation zu fördern,
- Verständnis für die Zusammenarbeit stationär – ambulant (Einschließlich des Kennen lernens ambulanter Dienste), für die Mitarbeit in interdisziplinären Teams und für den entstehenden Koordinationsbedarf zu wecken.

Arbeitsteilung und Teambesprechungen

Interdisziplinäre Arbeitsgruppen und die Vermeidung von Doppelarbeit gehören zur Grundstruktur des Case Management. Die Aufgaben sind folgendermaßen verteilt:

- das Pflegeteam dokumentiert Grunddaten der Klienten (Weitergabe an Referent)
- Referent und Pflegeteam entscheiden, welche Klienten den Auswahlkriterien für Case Management entsprechen; in diesen Fällen arbeitsteiliges Assessment
- in interdisziplinärer Teambesprechung werden die Probleme analysiert, Ziele festgesetzt und ein Pflegeplan erstellt (mit spezifischer Aufgabenverteilung)
- in weiteren Team-Treffen wird die Zielerreichung evaluiert und ggf. die Planung modifiziert
- vor der Krankenhaus-Entlassung wird in einem Treffen der im Krankenhaus Zuständigen mit ambulanten Diensten erörtert, wie eine kontinuierliche Pflege gewährleistet werden kann.

Auf eine klare Arbeitsteilung mit eindeutiger Aufgaben-Definition wird großer Wert gelegt. Vor allem, wenn der Case Manager aus einem Pflgeteam freigestellt wurde, dem er nun als Case Manager begegnet, könnte er als Kontrollinstanz empfunden werden; die Leitung muss ihn dann unterstützen, indem sie seine Funktion für andere Mitarbeiter transparent macht.

Personal- und Sachressourcen

Dem Case Manager stehen ein Büro mit Telefon, Postfach und allen erforderlichen Sachmitteln zur Verfügung.

Ehrenamtliche werden nicht in das Case Management einbezogen. Auch auf der Ebene des Unterstützungssystems spielen sie in Belgien in der Regel keine Rolle (die Einbeziehung Nicht-Professioneller beschränkt sich auf Familienangehörige, Freunde und Nachbarn).

Finanzielle Ressourcen

Jedem Krankenhaus steht ein Budget für eine Halbzeit-beschäftigten Referenten (an fünf Wochentagen) zur Verfügung; daran sind Leistungskriterien geknüpft wie

- Zeit für mindestens 10 laufende Case Management-Klienten
- Zeit für die Evaluation der Assessments
- übergreifende Aktivitäten (Teilnahme an örtlichen Pflegekonferenzen und an Projektterminen).

Eine Problemstelle ist die Verbindung zwischen Krankenhaus (in staatlicher Trägerschaft) und ambulanten Diensten (im Zuständigkeitsbereich von Kommunen und Regionen): Dem Referenten stehen Informationen über Verfügbarkeit, Eignung und Kosten der ambulanten Dienste nicht in erforderlichem Maße zur Verfügung.

Die interdisziplinäre Zusammenarbeit hat auch Rückwirkungen seitens der ambulanten Einrichtungen und Dienste hervor gebracht, die in Folge der örtlichen Begleitungs-Komitees sensibler geworden sind für Notwendigkeit und Möglichkeit einer verbesserten Kooperation, um Rehospitalisation und verfrühte Heimeinweisung zu vermeiden.

3. Methoden des Case Management

3.1 Evaluation des Klienten und seiner Angehörigen

Der Case Management-Prozess erstreckt sich von der Klientenauswahl über die Evaluation und Hilfeplanung im Krankenhaus bis zur Evaluation im Privathaushalt (15 bzw. 90 Tage nach der Krankenhausentlassung). Die Teilnahme des Klienten ist zu allen Zeitpunkten freiwillig.

Klientenauswahl

Zielgruppe des Case Management sind ältere Patienten ab 60 Jahren, die noch im Privathaushalt wohnen. Hierunter wird die Risikogruppe bestimmt anhand von

- physischen und mentalen Kriterien (über 80 Jahre, Demenz, Depression, Pflege mindestens dreimal pro Woche, erhebliche Hilfebedürftigkeit/ Katz-Kriterien)
- sozialen Risikofaktoren (allein lebend, ohne Partner oder Partner überfordert)
- psycho-sozial-medizinische Indikatoren (z.B. Medikamenten- oder Alkohol-Missbrauch, Aggressivität oder andere Schwierigkeiten).

Mindestens zwei dieser Kriterien müssen erfüllt sein.

Einbeziehung ins Case Management

Einbezogen werden nur die Klienten, bei denen eine Vorbereitung der Krankenhausentlassung von Beginn an und mit genügend Zeit geplant werden kann; außerdem darf der Case Manager sich nicht überlasten, angestrebt werden ca. 10 Klienten (dies sind typisch modellhafte Kriterien, die auch methodisch, nicht nur bedarfsbezogen begründet sind).

Datensammlung

Ein ganzheitliches Assessment der physischen, mentalen und sozialen Situation des Klienten (und ggf. seines Partners) wird spätestens drei Tage nach Krankenhaus-Aufnahme durchgeführt und drei Tage vor Krankenhaus-Entlassung wiederholt. Zwei weitere Erhebungszeitpunkte sind telefonische Befragungen 15 und 90 Tage nach der Rückkehr, wobei Nutzung ambulanter Dienste sowie Anzahl und Dauer weiterer stationärer Aufenthalte erfasst werden.

Das Assessment der Gesundheit des Klienten umfasst subjektive und objektive Daten zu Gesundheit und alltäglicher Handlungsfähigkeit (ADL, IADL) und entsprechende Hilferessourcen; ferner Kommunikations-, Seh- und Hörfähigkeiten sowie mentale Gesundheit und soziale Gesundheit (anhand mehrerer Kriterien).

Weniger umfangreich ist die Befragung des Partners bzw. der Pflegeperson, in der neben deren Gesundheit vor allem die Belastung durch die Pflege erhoben wird (Überblick auf S. 22 des Berichts).

3.2 Case Management und politische Planung

Die erste Modellphase hat eine Stabilisierung oder Verbesserung durch den Beitrag des Case Management ergeben, hat zugleich aber auch die Problematik einer unzureichend vorbereiteten Krankenhaus-Rückkehr aufgezeigt. Die zweite Modellphase hat hier angesetzt und konnte eine Reduzierung der Rehospitalisierung erreichen, vor allem bei denen, die vorher häufige Krankenhausaufenthalte aufwiesen. Weitere Modellphasen richten sich auf eine verbesserte Vorbereitung der Rückkehr.

3.3 Pflegeplanung

Gemeinsam mit dem Klienten (und seiner Familie) und dem multidisziplinären Team werden die erhobenen Daten ausgewertet und auf dieser Grundlage Ziele entwickelt, die zu deren Erreichung erforderlichen Maßnahmen ausgewählt und die erforderlichen Ressourcen und Dienstleistungen benannt. Die einzelnen Schritte der Hilfeplanung müssen vom Klienten akzeptiert werden. Die Ziele müssen präzise, realistisch und überprüfbar formuliert werden, um in einer späteren Evaluation die Zielerreichung feststellen bzw. eine erforderliche Modifikation vornehmen zu können. Die Maßnahmen müssen klar voneinander abgegrenzt sein, damit es zu keiner Kompetenzüberschneidung innerhalb des Teams kommt. Sofern sie den ambulanten Bereich betreffen, werden sie auch mit den ambulanten Diensten besprochen.

3.4 Praktisches Vorgehen, um dem Patienten notwendige Hilfe zukommen zu lassen

Die ambulanten Dienste werden entweder durch den Case Manager selbst (sofern Sozialarbeiter) oder über den Sozialarbeiter des Krankenhaussozialdienst (sofern der Case Manager eine Krankenschwester ist) kontaktiert,

über den Klienten informiert und zur gemeinsamen Beratung und Organisation des Hilfeprozesses hinzu gezogen.

3.5 Recherche der lokalen Hilfemöglichkeiten

Die Anbieter ambulanter Dienste informieren den Case Manager regelmäßig über ihre Einrichtung, ihr Leistungsspektrum und ihre Preise. Bei Treffen der „örtlichen multidisziplinären Begleitungskomitees“ wird die konkrete Einbeziehung im Einzelfall geklärt.

3.6 Kongruenz zwischen Hilfeplan und Erwartungen des Klienten

Die Hilfeplanung kann scheitern, wenn der Klient oder seine Familie anderes erwartet hatten, wenn sie die ausgewählten Dienstleistungen nicht bezahlen können oder wollen, oder wenn die ausgewählten Dienstleistungen nicht verfügbar sind. In diesen Fällen müssen das Team und die Repräsentanten des ambulanten Pflegezentrums alternative Lösungsmöglichkeiten entwickeln.

Weitere Aspekte

Weiterhin sind die Wohnbedingungen und die finanziellen Möglichkeiten der Klienten in die Planung einzubeziehen. Leistungen der Pflege hängen vom Grad der Pflegebedürftigkeit ab, hauswirtschaftliche Leistungen vom Einkommen.

4. Leistungsprofile und Ergebnisse des Case Management

Am Beispiel einer 78-Jährigen Frau, die mit einer Lungenentzündung eingewiesen wird, nachdem sie drei Monate zuvor einen Schlaganfall gehabt hatte (Risikofaktoren: Pflegebedürftigkeit, Überlastung der Pflegeperson), wird der Prozess des Case Management erläutert. Zusätzlich zu den bisher bezogenen Pflegeleistungen wird der pflegende Ehemann durch einen Mahlzeitendienst und technische Hilfsmittel entlastet, außerdem werden die Tochter und die Nachbarin systematisch in die Versorgung einbezogen.

5. Vorteile und Schwierigkeiten des Projekts

Vorteile für den Patienten

Für den Patienten, seine Pflegeperson und die Familie kann eine Reihe von Vorteilen benannt werden, die mit der raschen, umfassend und bedarfsgerecht konzipierten Hilfe zusammen hängen. Falls eine Entscheidung für einen Heimeinzug erforderlich werden sollte, ist sie als Ergebnis multidisziplinärer Erörterung leichter zu tragen als in personalisierter Form (Schuldgefühle der Angehörigen).

Vorteile für die Entwicklung des Pflegesystems

Sensibilisierung des Pflegepersonals für die soziale Situation des Patienten, für die Notwendigkeit einer gut vorbereiteten Rückkehr, Reflexion des eigenen Handelns und die multidisziplinäre Zusammenarbeit gehören zu den Erträgen auf der Ebene des Personals; weiterhin Entwicklung von Qualitätskontrollen innerhalb der Krankenhäuser, Erfahrungsaustausch der Krankenhäuser untereinander und mit ambulanten Diensten: Die örtlichen multidisziplinären Komitees treten alle vier Monate zusammen; den Komitees gehören seitens der Krankenhäuser die Leitung, Pflegedienstleitung, medizinische Leitung, Sozialdienst, Therapeuten und Case Manager an, aus dem ambulanten Bereich Vertreter der Hausärzte, der Koordinationszentren, der Pflegedienste, der Apotheken, der Therapeuten und der Patienten bzw. ihrer Familien.

Schwierigkeiten

- Die Integration des Referenten mit den Pflegeeinheiten verläuft nicht immer unproblematisch; vor allem, wenn er aus einem anderen Bereich kommt, kann er als Kontrolleur empfunden werden oder die spezifisch pflegerischen Abläufe verkennen.
- Das anspruchsvolle Programm einer umfangreichen, systematischen Evaluation der Klientenbedarfe kann belastend wirken.
- Manche Patienten wehren sich gegen die Datenerhebung.
- Hohe Kosten und/ oder mangelnde Verfügbarkeit der ambulanten Dienste können die Umsetzung des Hilfeplans verhindern.
- Der Kontakt zu den Hausärzten verläuft nicht immer optimal, sei es wegen Überlastung, sei es wegen deren Vorurteilen gegen die „Krankenhaus-Perspektive“.
- Manche Referenten haben Schwierigkeiten, die Pflegekräfte oder den Krankenhaus-Sozialdienst zur Kooperation zu motivieren.

- Das Auffinden aller an der häuslichen Pflege beteiligten Akteure kann Schwierigkeiten bereiten.
- Die Abteilungen der Chirurgie und Psychiatrie sind bisher noch nicht in das Case Management-Modell einbezogen.

3.3 Case Management in Spanien

Evaluatorin: Dr. Lluisa Marrugat

1. Einführung

Case Management wird verstanden als die Koordination von Diensten für hilfebedürftige ältere Menschen und ihre Familien, indem erforderliche Dienstleistungen bedarfsgerecht zugeschnitten und zugleich deren Kosten kontrolliert werden. Das ausgewählte Modell ist ein gesundheitlich-soziales Zentrum in Sabadell mit ganzheitlichem Ansatz, das aber zunächst weder primär als Case Management-Stelle noch primär für Ältere noch mit Einsparungsziel gegründet wurde; es enthält aber die Konzepte, typischen Komponenten und Methoden des Case Management: koordinierte medizinische und soziale Hilfe, Orientierung auf individuelle Bedürfnisse, koordinierte Planung und Umsetzung formeller und informeller Hilfen, Förderung der Kooperation und Koordination von Diensten, sowie die elementaren Arbeitsschritte: Identifikation, Selektion und Einbeziehung geeigneter Klienten, Einschätzung des Falles, individuelle Hilfeplanung, Begleitung und Evaluation.

2. Methodologie

Die Untersuchung verfährt nach der qualitativen Methode der begleitenden Beobachtung. Folgende Untersuchungsphasen werden unterschieden:

- Vorlaufphase/ Sichtung von Informationsmaterial und Literatur
- Konzeption der Studie mit Auswahl der Modellprojekte (wohnortnahe Versorgungsstellen „Centro de atención primaria“), der zu befragenden Mitarbeiter, der Anzahl der konkret zu untersuchenden Fälle und Instrumente der Datenerhebung. Drei Zentren wurden ausgewählt: ein langjährig bestehendes Zentrum mit Erfahrungen im Case Management, außerdem Initiator des Programms „zugehende Hilfe“ (ATDOM) wurde intensiver evaluiert. Zum Vergleich wurde ein Zentrum mit Schwerpunkt in der Koordination und ein noch im Aufbau befindliches Zentrum herangezogen. In jedem Zentrum wurden Beispielfälle älterer Menschen in

unterschiedlichen Situationen und mit unterschiedlichem Grad an Hilfebedarf analysiert.

- Feldstudien (Interviews, Datenerhebung und Beobachtung vor Ort): Jeweils sieben halbstrukturierte Interviews wurden mit Mitarbeitern des Case Management geführt.

3. Gesetzlicher Rahmen und Zuständigkeiten

Zur Einordnung der Modelle sind zum einen die unterschiedliche Struktur der Sozial- und Gesundheitsbehörden zu beachten, zum anderen die unterschiedlichen staatlichen Ebenen (Staat, autonome „Comunidad“, lokale Ebene).

3.1 Soziale Dienste

Auf staatlicher Ebene wird in der Verfassung die umfangreiche Versorgung Älterer garantiert, die Umsetzung beschränkt sich aber im Wesentlichen auf die Rentenpolitik; dagegen gibt es keine einheitliche Politik bzgl. der sozialen Dienste, diese sind in lokaler Kompetenz zu regeln. Gesundheitliche Dienste sind generell zugänglich und gratis.

Bezüglich der Älteren betont der „Plan Gerontológico“ von 1992 den Zusammenhang von gesundheitlichen und sozialen Aspekten der Dienste für Ältere und strebt integrierte Lösungen an.

Auf der Ebene der autonomen Comunidad gibt es verschiedene Gesetze über soziale Dienste, so in Katalonien mit dem Ziel,

- das System der sozialen Dienste in öffentlicher Verantwortung (durch öffentliche und private Träger) auszubauen
- ein Recht der Bürger auf wohnortnahe Versorgung mit sozialen Diensten zu garantieren
- eine optimale Koordination der (öffentlichen und privaten) Dienste und Effizienz der eingesetzten Mittel zu erreichen.

Die Erbringung von Dienstleistungen erfolgt durch öffentliche und private Dienste, bei letzteren sind soziale Initiativen und gewerbliche Dienste zu unterscheiden. Bei den öffentlichen Diensten wird strukturell unterschieden in:

- primäre soziale Dienste (der Primärversorgung/ als Anlaufstelle, häusliche Versorgung, Kurzzeitpflege, Essensdienste u.a.) und

- sekundäre, spezialisierte Dienste für besondere Problemlagen (Tageszentren, Altenheime und Altenwohnheime).

Die Basiseinheit der primären sozialpflegerischen Dienste sind Städte ab 20.000 Einwohnern. Sie sind zuständig für Angebot und Durchführung sozialer Dienstleistungen durch ein multiprofessionelles Team, Koordination dieser Dienste mit anderen, von sozialen Initiativen oder gewerblichen Diensten erbrachten Leistungen, Weiterleitung von statistischen Daten an die Comunidad und Planung des sozialen Versorgungssystems. Für primäre und sekundäre Dienste gibt es unterschiedliche Zuständigkeiten: Die primären Dienste stehen allein in lokaler Verantwortung, die spezialisierten „sekundären“ Dienste in Verantwortung der Stadt und der Comunidad.

Finanzierung der sozialen Dienste

Der Aufbau des sozialpflegerischen Versorgungssystems wird anteilig seitens des Staates und der Comunidad finanziert, zu einem kleineren Teil auch durch Kostenbeteiligung von Klienten bzw. Angehörigen, die in guten finanziellen Verhältnissen leben. Städte ab 20.000 Einwohner sind verpflichtet, die primären sozialpflegerischen Dienste im Rahmen ihrer Budgetkapazitäten anzubieten. Die Durchführung der Dienstleistungen erfolgt in lokaler Finanzierung, zum Teil auch in Refinanzierung durch Leistungsentgelte, wenn die Klienten oder deren Angehörige in guten wirtschaftlichen Verhältnissen leben.

3.2 Gesundheitssystem

Die Comunidad ist in Form des Katalanischen Instituts für Gesundheit für die Gesundheitsversorgung von der gesundheitlichen Primärversorgung bis zum Netz der öffentlichen Krankenhäuser verantwortlich. (Aufbau eines Netzes von Zentren der Primärversorgung). Das Programm „Vida a los Años“ (lebenserfüllte Jahre) aus dem Jahr 1986 war erstmals spezifisch auf Ältere ausgerichtet, bis dahin gab es lediglich punktuelle Hilfen in Krankenhäusern, Pflegeheimen etc., aber keine integrierte medizinische, soziale und familiäre Hilfe für Ältere in Privathaushalten. Neben dem Ziel einer umfassenden und bedarfsgerechten Hilfe werden auch die Vermeidung bzw. Verzögerung von stationärer Pflege und der Aufbau von gesundheitlich-sozialen Zentren für Hilfe- und Pflegebedürftige angestrebt. Das Programm wird gemeinsam vom Gesundheitsministerium und vom Sozialministerium finanziert.

Obwohl das Gesundheitssystem durch die katalanische Comunidad finanziert wird und die Leistungen für Nutzer gratis sind, müssen bei einem längeren Verbleib in sozialpflegerischer Betreuung einkommensabhängige Beiträge gezahlt werden. Das Gesundheitssystem wird überwiegend von Personen über 65 Jahren in Anspruch genommen.

4. Die Stadt Sabadell. Der Kontext des sozial-pflegerischen Modells

Demografie

Die Industriestadt Sabadell hat 185.525 Einwohner (starkes Wachstum durch Zuwanderer aus Südspanien zwischen 1950 und 1970; stark ausgeprägte Arbeiterschicht). Die Altersstruktur ist auf Grund der Zuwanderung eher ausgeglichen, aber zukünftig sind starke Alterungsprozesse zu erwarten.

Rd. 30.000 Einwohner sind in einem Alter ab 65 Jahren (16 %, gegenüber noch 13 % im Jahr 1991), rd. 6.500 ab 80 Jahren (3,5 %). Prognostiziert werden weitere Steigerung des Altenanteils bis 2000, danach eine Zunahme insbesondere der Hochaltrigen. Ab 2010 und vor allem ab 2020 ist mit einer Tendenz der Überalterung zu rechnen.

In manchen Stadtteilen Sabadells konzentrieren sich sozial schwächere Schichten; hier ist die Schulbildung gering (kein Schulabschluss oder Analphabeten: 50 % der Männer und 60 % der Frauen ab 65 Jahren), das Niveau der Arbeitslosigkeit ist hoch.

Problemlagen der Älteren

Die Zahl der Klienten der Sozialzentren ab 65 Jahren ist von 984 (1995) über 1.250 (1997) auf 1.990 im ersten Halbjahr 1999 gestiegen. Anlässe der Inanspruchnahme sind primär Gesundheitsprobleme, danach Einschränkungen alltäglicher Aktivitäten und soziale Integration. Die Institutionalisierungsquote liegt bei 2,5 % der Bevölkerung ab 60 Jahren (753 Personen in Einrichtungen).

5. Das sozial-pflegerische Modell in Sabadell

Der Aufbau der sozial-pflegerischen Zentren wurde 1984 zwischen katalanischem Gesundheitsinstitut und der Stadt Sabadell vereinbart (inspiriert durch die Zentren in der Emilia Romagna); derzeit existieren 11 Stadtteil-Zentren mit dem Angebot von Gesundheits- und Sozialdiensten.

Ziel dieser Zentren ist es,

- eine integrierte, personenbezogene, permanente und flexible Versorgung des Einzelnen und der Gesellschaft zu erreichen
- gemeinsam und koordiniert auf die Verbesserung der Versorgung und optimale Nutzung von Ressourcen hinzuwirken
- ein hohes Maß an Integration und Kooperation zwischen unterschiedlichen Professionen zu erreichen.

Organisation

Die Zentren der gesundheitlichen Primärversorgung (CAP) sind als zentrale Anlaufstellen konzipiert („eine Tür, wenn auch manchmal mit zwei Fenstern“). Sie erhielten eine adäquate Personalausstattung, erweitert um den städtischen Sozialdienst; die Stadt stellt auch Räume und die Sachausstattung. Von der Personalqualifikation her sind Sozialarbeiter, Sozialpädagogen, Allgemeinmediziner, Kinderärzte, Krankenschwestern, Betreuungskräfte und Hilfskräfte beteiligt. Finanziert werden die Zentren aus Haushaltsmitteln der Stadt, Subventionen der Comunidad, ESF-Mitteln und zum Teil aus Leistungsentgelten.

Programm für Ältere innerhalb des sozial-pflegerischen Modells

Die für die Gesamtbevölkerung zwischen 1979 und 1984 eingerichteten Zentren der gesundheitlichen Primärversorgung wurden überwiegend von Älteren in Anspruch genommen. Durch den Plan mit Schwerpunkt auf der Altersversorgung rückte diese Zielgruppe ab 1985 auch konzeptionell in den Mittelpunkt. Im Jahr 1994 reagierte die Stadt mit einem Programm für die Älteren auf den soziodemografischen Wandel, die Situation der Älteren wird seither unter Einbeziehung aller Aspekte politisch angegangen.

Konzipiert wurde die Einrichtung einer „technischen Koordinierungsstelle der sozial-pflegerischen Versorgung“ mit dem Ziel,

- den Bedarf und das Angebot an sozialen Diensten
- deren funktionale Integration
- den Fluss von Eintritt der Nutzer in die und Austritt aus den verschiedenen Diensten

zu planen. Weiterhin wurden ein „Städtischer Seniorenrat“ zur Interessenvertretung eingerichtet, ein „Dienste-Führer“ für Ältere erstellt und Anderes mehr.

In diesem Zusammenhang wurde eine Untersuchung über „Aktivitäten im sozial-pflegerischen Bereich zur Unterstützung der Älteren“ durchgeführt mit dem Ziel, Lebensbedingungen und Bedürfnisse der Älteren und die Inanspruchnahme der vorhandenen Hilfestrukturen kennen zu lernen, die grundlegende Voraussetzung sein können für den möglichst langen Verbleib in der eigenen Wohnung (bei guter Lebensqualität). Die Untersuchung ist Grundlage für ein Projekt, das abzielt auf

- die genauere Abstimmung ambulanter Dienste auf die Bedarfe der Älteren und ihrer Angehörigen, bei Verstärkung präventiver Bemühungen
- den Ausbau des Angebotes für Ältere und ihre Angehörigen unter Einbeziehung öffentlicher, privater und ehrenamtlicher Dienste.

Ein Ergebnis der Untersuchung ist die Empfehlung, neue Aufgabenfelder mit dem Ziel der personenbezogenen Dienstleistung für Ältere zu schaffen.

Elemente der ambulanten Versorgung

Programm der ambulanten Versorgung: Haushaltshilfe, Hausnotruf, Reinigungshilfe, Wäschedienst, Mobiler Mahlzeitendienst, technische Hilfen (Lifter, Pflegebett etc.), Reparaturdienst; komplementäre Dienste wie Einkäufe, Beantragung ökonomischer Hilfen, Aktivierung von familialer oder Nachbarschaftshilfe oder (alternativ) Freiwilligenhilfe.

Service-Scheck: Programm zur Hilfe in dringenden Fällen von kurzer Dauer; Haushaltshilfe und Telefonnotruf (Kofinanzierung Nutzer – Verwaltung – Unternehmen; Nutzerbeitrag 55 % des Marktpreises/ einkommensabhängig); maximal 30 Schecks über 30 Stunden Hilfe, montags bis freitags zwischen 8:00 und 20:00; bekannt gemacht über ein Informationsblatt

Programm ATDOM (häusliche Versorgung): Instrumente/ Kriterien für das Pflege-Team, um bei der häuslichen Versorgung Qualitätsstandards erfüllen und Erfolgskriterien überprüfen zu können;

- Zielgruppe des Programms sind chronisch Kranke, Kranke im Finalstadium, Langzeitpatienten, Demente (hier gibt es auch bestimmte Ausschlusskriterien)
- Personalkapazitäten: Krankenpflegepersonal 3 Stunden pro Woche (Besuche und Falldiskussion), medizinisches Personal 2 Stunden pro Woche, Sozialdienst 30 Min. pro Versorgungseinheit
- Dokumentation: Pflegedokumentation beim Klienten, Assessment-Instrumente der physischen und mentalen Fähigkeiten etc., Patientenbogen/ Hilfeplan/ Behandlungsdokumentation

- Umfang: im ersten Jahr nahmen 56 Personen Teil, danach weitere nur auf Anfrage; geplant: Hausbesuche bei allen allein lebenden Älteren ab 75 Jahren.

An Hilfe-Möglichkeiten für die Älteren in Sabadell sind gesundheitliche und sozial-pflegerische Hilfen zu nennen (primäres Versorgungszentrum, Klinik mit mehreren Abteilungen von Tages- und Kurzzeitpflege bis zu graduell abgestuften Pflegebereichen, spezielle medizinische Fachkräfte) sowie an sozialen Hilfen die häuslichen Versorgungsdienste, Hausnotrufdienste etc. Die institutionelle Koordination erfolgt über Gesundheitsamt, Sozialamt und die Pflegebeurteilungs-Kommission.

6. Die sozial-pflegerische Koordination der Versorgung älterer Personen

6.1 Kontext der Aufnahme

Bevölkerungsstruktur: Untersucht wird ein sozial-pflegerisches Zentrum in einem Stadtteil mit hoher Arbeitslosigkeit, geringem Bildungs- und Einkommensniveau. Der Altenanteil ist nicht überdurchschnittlich hoch, aber es gibt viele Hilfebedürftige (z.T. ohne festen Wohnsitz, wechselnd bei den Kindern wohnend).

Räumlichkeiten: Das sozial-pflegerische Zentrum liegt im Erdgeschoss eines mehrstöckigen Gebäudes. Es umfasst eine Gesundheits-Rezeption (zentrale Anlauf- und Informationsstelle), eine Sozialdienst-Rezeption (Differenzierung zwischen lediglich Informations- und weiterem Beratungsbedarf/Terminabsprache), zwei Warteräume, fünf Behandlungsräume für Ärzte, vier für Krankenschwestern, eine für die Sozialarbeiterin, eine für Sozialpädagogin, ein Besprechungsraum, ein Lagerraum und zwei Toiletten.

Öffnungszeiten: Die Beratungsstelle ist von 8:00 bis 20:00 geöffnet, danach ist ein Hausnotruf-Dienst erreichbar. Hausbesuche werden nach Vereinbarung durchgeführt.

Team: Das sozial-pflegerische Zentrum verfügt über vier Einheiten der Grundversorgung (jeweils ein Arzt und eine Krankenschwester), einen Kinderarzt, eine Sozialarbeiterin, eine Familienpflegerin, einen Sozialpädagogen (für Kinder und Jugendliche) sowie Verwaltungskräfte (vier des katalanischen Gesundheitsinstituts, eine des städtischen Sozialamts).

6.2 Methode der sozial-pflegerischen Intervention (mit Fallbeispielen)

Einzelne Schritte des Assessment (Valoración) sind: Erhebung von Gesundheitszustand und funktionellen Einschränkungen, von familialen/ nachbarschaftlichen/ ökonomischen Ressourcen sowie von staatlich-sozialen Hilfsmöglichkeiten. Hierauf baut eine Bewertung dieser Daten und Erstellung des Hilfeplans (Planificación) auf.

Im Einzelnen werden folgende Elemente des Case Management-Prozesses unterschieden:

- *Aufnahme* des Klienten (Zugang über direkte Konsultation des sozial-pflegerischen Zentrums, über andere Krankenhäuser oder andere Programme)
- *Selektion*: Zuordnung zum Programm ATDOM (häusliche Versorgung) oder zu anderen sozialen Diensten, wobei das Krankenpflegepersonal die Entscheidung darüber trifft, ob punktuelle Hilfe ausreicht oder ein längerfristiger Hilfeprozess erforderlich ist.
- *Erstbesuch*: allgemeines Assessment mit einer Einordnung des Klienten, Angaben zur Pflegeperson, umfangreiche Information des Klienten, Ermittlung des Bedarfs an Medikamenten und Hilfsmitteln; abschließend wird der Termin für einen Zweitbesuch vereinbart.
- *Zweitbesuch*: umfangreiches Assessment durch alle Teammitglieder, wobei der Arzt die gesundheitlichen Aspekte untersucht, die Krankenpflegerinnen die Instrumente zu Grundbedarf, Selbstständigkeit, kognitiven Fähigkeiten und Dekubitus-Risiko einsetzen und die Sozialarbeiterin Daten über die sozio-familiäre Situation, den Zustand der Wohnung, die Dringlichkeit des Falles bzw. die weitere Belastbarkeit der Angehörigen aufnimmt.
- *Gemeinsame Auswertung und Hilfeplanung*: Eine Teambesprechung erfolgt spätestens einen Monat nach dem Erstbesuch; hier werden Hilfeziele festgesetzt und ein Hilfeplan erstellt (gesundheitliche und soziale Bedarfe, Fähigkeiten und Kooperationsbereitschaft des Klienten und der Familie).
- *Umsetzung*: Vorschlag von Dienstleistungen, Aufzeigen von Alternativen
- *regelmäßige Hausbesuche*: In regelmäßigen Besuchen der unterschiedlichen professionellen Mitarbeiter vor Ort wird mit dem Klienten und seiner Familie gemeinsam geklärt, ob die Hilfemaßnahmen erfolgreich sind oder ob Modifikationen erforderlich sind bzw. gewünscht werden.
- *Koordinatoren-Treffen*: Zur Falldiskussion treffen sich die Koordinatoren in mehrmonatigen Abständen; hier werden auch Reassessment sowie Modifikation der Auswertung und des Hilfeplans (der Maßnahmen und Ziele) erörtert.

- *Beendigung:* Die Betreuung wird entweder durch Lösung des Problems oder Heimumzug oder Tod beendet.

Ein Fallbeispiel:

Ein 80-Jähriger Mann, dement, mit 78-Jähriger Frau, aus der Unterschicht; a) Erstbesuch mit Hilfeangeboten häusliche Pflege, Hausnotruf oder Tagespflege; werden abgelehnt – die Frau wünscht sich stattdessen eine Putzhilfe; b) 2 Monate später: Frau und Tochter suchen die Beratungsstelle auf, weil sich Zustand verschlechtert hat; nun Antragstellung auf Platz in der Tagespflege; erforderliche Dokumente für den Antrag sind erst innerhalb von 2 Monaten und nach Intervention der Sozialarbeiterin vollständig/ problematisch: vor allem Einkommensnachweise aller Familienangehörigen; c) 1 Monat später gesundheitliche Verschlechterung, Krankenschwester setzt Behandlungsbedarf neu fest, Sozialarbeiterin schlägt Wechsel in Kurzzeitpflege oder Pflegeheim vor, Abmeldung von der Tagespflege, Sicherstellung der Pflege durch die Kinder und eine Nachbarin; d) weitere Verschlechterung und Organisation weiterer Pflegehilfen; ca. 1 Jahr nach Kontaktaufnahme: Tod des Klienten in der eigenen Wohnung.

6.3 Die Wirksamkeit der Versorgung

Das sozial-pflegerische Versorgungsmodell interveniert bei komplexem Hilfebedarf und versucht, durch bedarfsgerechte Hilfeleistungen (im Einverständnis mit den Klienten und ihren Familien) eine Heimeinweisung zu vermeiden oder zu verzögern. Typische Bedarfssituationen sind: Alleinleben, mentale Krankheiten (Demenz, Depression), Erschöpfung der Pflegeperson, mangelnde fachliche und organisatorische Kenntnisse der Pflegeperson und Nachbetreuung der Pflegeperson.

Weitere Fallbeispiele:

- bei blinder, allein lebender Frau kommt bei einem Unfall Hausnotruf zum Einsatz
- allein lebender Mann mit Depressionen kann durch Begleitung der Sozialpädagogin in Seniorenclub (mit Mittagstisch) integriert werden
- pflegende Tochter, die zwar erschöpft, aber unter dem Druck ihrer Brüder die Mutter nicht in die Tagespflege geben will, erhält häusliche Pflegehilfe
- Arbeitsloser, der seine dementen Eltern pflegt, erhält häusliche Pflegehilfe und Informationen über Ernährung, Pflege, Hygiene, weitere Hilfemöglichkeiten wie Kurzzeitpflege
- überforderter Ehemann, der seine beinamputierte und inkontinente Frau pflegt, erhält Pflegehilfe, Haushaltshilfe, Erholung durch Kurzzeitpflege und Tagespflege

- eine Frau verfällt in fortschreitende Depression, als nach 9 Jahren Pflegebedürftigkeit ihr Ehemann stirbt; Motivation und Begleitung zum Seniorenclub, Begleitung durch freiwilligen Helfer.

7. Evaluation

Ein Vergleich mit anderen Modellregionen macht unterschiedliche Entwicklungsstadien und unterschiedliche Probleme deutlich.

Probleme des sozial-pflegerischen Modells

In weniger entwickelten sozial-pflegerischen Zentren traten folgende Probleme auf:

- schlechte Kooperation zwischen den beteiligten Institutionen
- kein gemeinsamer Rahmen der Klienten-Versorgung/ keine funktionierende multiprofessionelle Teamarbeit
- Primärversorgung wird nur ausnahmsweise in den gesundheitlichen Bereich einbezogen
- Sozialarbeit wird als sekundär betrachtet (Zuweisung von fast hoffnungslosen Fällen, kein integriertes Handlungskonzept)
- Beharren auf gewohnten Arbeitsabläufen/ Angst vor Veränderung
- einseitige Ausbildung der Mediziner und geringes zeitliches Engagement der Mediziner im Modell
- unterschiedlicher Grad der Umstellung auf EDV-Bearbeitung

Erfolgsfaktoren

Das Modell in Sabadell ist zwar nicht nach dem Case Management-Konzept konstruiert, entspricht diesem aber im Hinblick auf Problemsituationen und Verfahren. Das Modell wurde bereits 1984 initiiert und befindet sich erst jetzt in der Konsolidierungsphase.

Als Erfolgsfaktoren wurden deutlich:

- politische Unterstützung
- stabiles/ tragfähiges Organisationskonzept
- gemeinsame Handlungs-Richtlinien
- motiviertes Team, erfahrene/ kompetente Fachkräfte
- gute Kooperation von Ärzten/ Krankenschwestern/ Sozialarbeitern durch räumliche Integration.

Aus Sicht der Mitarbeiter gehören zu den Vorteilen des Modells der integrierte Versorgungsansatz, bessere Ergebnisse, bessere Ausnutzung vorhandener Ressourcen, Benennen zuvor unerkannter Bedarfe (und Entwicklung entsprechender Lösungen) sowie gute Kooperation mit anderen Stellen/ weniger deplatzierte Fallbearbeitung (und damit auch Kostensparnis).

Als methodische Vorteile werden gesehen: situative Datenerfassung vor Ort, permanente Kommunikation mit Klienten/ Familien über angemessene Hilfeformen, funktionierende Kooperation zwischen öffentlichen/ privaten/ freiwilligen Diensten und Familien-/ Nachbarschaftshilfe, institutionelle Kooperation (weniger Aufwand für Klienten, weniger Verwaltungsaufwand) und dass die Mitarbeiter umfangreiche Kenntnisse der Zielgruppen erhalten.

Forderungen

Verbesserungsfähig erscheint allerdings eine einheitliche Rezeption statt der derzeit noch bestehenden Trennung zwischen gesundheitlicher und sozialer Aufnahmestelle. Weiterhin sollten Kurzzeitpflege und Tagespflege besser ausgebaut, doppelte Versorgungsstrukturen besser koordiniert und das Angebot besser bekannt machen werden.

3.4 Case Management in Hamburg (Deutschland)

Evaluator: Lothar Voß

Im Bundesland Hamburg wird seit März 1998 ein Modellprojekt „Regionales Case- und Care-Management in der Altenhilfe“ aufgebaut, das vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend gefördert wird mit dem Ziel, auf der individuellen Ebene eine optimale Betreuung und Versorgung zu erreichen; parallel dazu wird auf der Ebene der Dienste und Einrichtungen eine Koordination und bedarfsgerechte Abstimmung der Leistungsangebote angestrebt. Die Laufzeit des Modellprojektes beträgt 2,5 Jahre.

1. Rahmenbedingungen

Demografie und Versorgungssystem

Hamburg hat 1,7 Mio. Einwohner, darunter sind 17 % im Alter ab 65 Jahren. Der Anteil der Pflegebedürftigen (im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes) liegt mit rd. 2 % der Bevölkerung im Bundesdurchschnitt; zusammen

mit den Hilfebedürftigen, die die Kriterien der Pflegebedürftigkeit (noch) nicht erfüllen, sind ca. 74.000 Personen in Privathaushalten auf Unterstützung bei der täglichen Lebensführung angewiesen (4,4 % der Bevölkerung). Weitere 14.000 Personen leben in stationären Altenhilfe- oder Pflegeeinrichtungen (0,8 % der Gesamtbevölkerung bzw. 4,9 % der Bevölkerung ab 65 Jahren).

Die pflegerische Versorgungsstruktur ist mit 420 ambulanten Diensten und einem dichten Netz an stationären Einrichtungen gut ausgebaut.

Organisation der kommunalen Altenhilfe

Die sozialen Dienste sind in Hamburg auf der Ebene der sieben Bezirke organisiert. In diesem Zusammenhang wurden in den Bezirken Beratungsdienste für Ältere aufgebaut mit der Aufgabe der individuellen Beratung, der Koordination von Trägern und Sicherung des sozialen und kulturellen Angebotes sowie - bei Bedarf – der Vermittlung von Dienstleistungen. Das Personal in der bezirklichen Altenhilfe ist so bemessen, dass je 8.000 bis 10.000 Ältere ab 60 Jahren eine Sozialarbeiterin eingesetzt wird.

2. Strukturelle Merkmale des Case Management-Projektes

Personalausstattung und -qualifikation

Das Case Management-Projekt in Hamburg wurde einem bezirklichen Sozialdienst angegliedert. Im Rahmen dieses Projektes wurde ein Team zusammengestellt, zu dem eine Sozialarbeiterin (mit einer 0,75-Stelle), eine Projektmanagerin (Sozialökonomin mit 0,66 Stellen) und eine Projektassistentin (Sekretärin mit halber Stelle) gehören. Neben den regulären Aufgaben in der bezirklichen Altenhilfe sind sie gemeinsam für die Projektaufgaben zuständig.

Schwerpunkt der Sozialarbeiterin sind die eigentlichen Case Management-Aufgaben, indem sie beispielsweise

- ältere Menschen mit Hilfebedarf berät (sowohl im Büro als auch bei Hausbesuchen)
- Dienstleistungen vermittelt und koordiniert (externe Dienstleistungen oder Hilfe durch Zivildienstleistende)
- rechtliche Möglichkeiten im Sinne der Klienten ausschöpft.

Zu den Aufgaben der Projektmanagerin gehören neben der Einzelfallberatung vor allem die Koordination des Case Management-Projektes, die Erstellung der Instrumente, Entwicklung der Methoden und Entlastung der Sozialarbeiterin. Auch die Projektassistentin trägt zur Entlastung bei, indem sie z.B. Daten über Dienstleistungs-Angebote für Ältere aktualisiert.

Ehrenamtliche Mitarbeiter werden ggf. in konkrete Hilfeleistungen einbezogen, sind aber nicht innerhalb der Case Management-Struktur beteiligt.

Finanz- und Sachausstattung

Das Case Management-Projekt verfügt über eine ausreichende finanzielle Ausstattung in Höhe von rd. 16.000 DM pro Monat für 1,9 Personalstellen, Raummiete und Sachmittel. Die Büroräume befinden sich in einem Bezirks-Sozialamt, dessen technische Infrastruktur mit genutzt werden kann.

Erreichbarkeit

Das Team ist vormittags telefonisch erreichbar; Gesprächstermine und Hausbesuche werden in der Regel telefonisch vereinbart. Neben den Hausbesuchen berät die Sozialarbeiterin pro Woche viermal in einer Telefonsprechstunde und zweimal in einer persönlichen Sprechstunde.

Trägerstruktur und institutionelle Anbindung

Die Case Management-Stelle wird gemeinsam vom Land (Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales) und der Kommune (Bezirksamt) getragen, die jeweils einen Teil der Personalkosten übernehmen. Die Anbindung der Case Management-Stelle an das Sozialamt hat den Vorteil, dass es an einem zentralen und allgemein bekannten Ort lokalisiert ist. Damit ist jedoch der Nachteil verbunden, dass das Image des Sozialamtes (geringe Kundenfreundlichkeit) das Zugangsinteresse zum Case Management möglicherweise beeinträchtigt.

Die Verknüpfung von Sozialarbeit und Case Management kann auch unter dem Leistungsaspekt zum Problem werden, insofern die Sozialarbeiterin die Leistungen der Sozialhilfe zugleich vermittelt und kontrolliert; sie soll somit als Case Managerin die Interessen der Klienten, als Vertreterin des Sozialamts aber auch die Interessen der Verwaltung vertreten. Dies kann beim Personal zu einem Zielkonflikt und bei den Klienten zu einem Vertrauensverlust führen.

3. Ziele und Methoden des Case Management

Zielgruppe

Das Case Management soll für ältere Menschen mit komplexem Hilfebedarf individuell zugeschnittene Lösungen erstellen und umsetzen. Es richtet sich an die über 60-Jährigen Einwohner, soweit diese sich nicht mehr ausreichend selbst helfen können; es wird also in den Fällen nicht tätig, in denen die Fähigkeit zum „Selbstmanagement“ noch besteht.

Methode

Das im Hamburger Modell angewandte Verfahren umfasst grundsätzlich alle typischen Elemente des Case Management, deren Umsetzung jedoch noch weiter zu entwickeln ist:

- In einem Assessment, das in der Regel im Rahmen eines Hausbesuchs durchgeführt wird, werden Kompetenzen und Hilfebedarfe des Klienten ermittelt. Dabei werden auch die Ressourcen der Selbsthilfe und ggf. der sozialen Unterstützung durch Angehörige und Nachbarn erfasst. Eine weitere Verfeinerung des Assessment ist geplant.
- Weiterhin entspricht es der Konzeption, dass Ziele gemeinsam mit dem Klienten abgesprochen und Hilfepläne erstellt werden. Allerdings werden diese Hilfepläne derzeit noch nicht systematisch dokumentiert.
- Sodann werden die erforderlichen Schritte zur Umsetzung der Hilfeplanung unternommen, indem vor dem Hintergrund des Dienstleistungsspektrums ein passendes Leistungspaket zusammengestellt und (im Einvernehmen mit dem Klienten) umgesetzt wird.
- Die Case Managerin achtet in diesem Zusammenhang auf die Qualität der ausgewählten Dienstleistungen und überprüft im weiteren Verlauf den Erfolg der Maßnahmen. Es wird auch angestrebt, früher beratene Klienten weiterhin regelmäßig zu besuchen, um neu auftretenden Hilfebedarf rechtzeitig bemerken und präventiv bearbeiten zu können.

Die in diesem Prozess gewonnenen Erkenntnisse über Defizite der Versorgungsstruktur werden an die bezirkliche Altenhilfe weiter vermittelt, um sie im Rahmen weiterer Strukturplanung berücksichtigen zu können.

Fallbeispiel

Das berichtete Fallbeispiel macht die Ansatzpunkte und Methoden, aber auch die Grenzen des Case Management deutlich. Ein besonderer Akzent

wird hier auf die Akzeptanz und Mitwirkung des Klienten gelegt, die zum Gelingen des Case Management-Prozesses unabdingbar sind.

3.5 Case Management in Hessen (Deutschland)

Evaluator: Hermann Scheib

1. Hintergrund des Case Management in Hessen

In Hessen wurde im Jahr 1998, mit Förderung des Landes und der Kommunen, mit dem Aufbau eines Netzes von Beratungs- und Koordinierungsstellen begonnen. Zur Evaluation wurde ein Projekt im Landkreis Kassel (im Norden Hessens) ausgewählt, wo fünf trägerübergreifende Beratungs- und Koordinierungsstellen eingerichtet wurden.

Diesem Projekt ist das Pilotprojekt „soziales und ergotherapeutisches Team“ (SET) in der Region (1993 bis 1998) vorausgegangen mit typischen Case Management-Aufgaben, wie

- Informationssammlung über Hilfsangebote,
- Beratung von Hilfesuchenden und Angehörigen bei Hausbesuchen,
- Ermittlung des konkreten Hilfebedarfs,
- Erstellung eines individuellen Pflege- und Hilfeplans in Kooperation mit ambulanten Diensten,
- Vermittlung/ Organisation/ Koordination der erforderlichen Hilfen,
- Klärung der Finanzierung,
- Beratung bei Wohnraumanpassung sowie
- Ergebniskontrolle und Nachschau.

Darüber hinaus wurde der Aufbau ergänzender Dienstleistungen sowie die Kooperation und Vernetzung mit Diensten und Einrichtungen, Ämtern und Kostenträgern, Ärzten und Kirchengemeinden etc. vorangetrieben. Dem Pilotprojekt standen zur Bewältigung dieser Aufgaben eine Projektleiterin, drei Sozialarbeiterinnen, zwei Ergotherapeutinnen, zwei (mobile) gerontopsychiatrische Fachkräfte sowie eine Verwaltungskraft zur Verfügung.

Auf der Grundlage der Erfahrungen, die man mit dem SET-Modell gewonnen hatte, wurde ein Rahmenkonzept zum Aufbau von trägerübergreifenden Beratungs- und Koordinierungsstellen für ältere Menschen entwickelt. Die frühere hessische Landesregierung hatte 1996 entschieden, dieses Rahmenkonzept als offizielles Landesprogramm anzuerkennen und umzusetzen. Die neue Landesregierung hat allerdings 1999 entschieden, die

Landesförderung für die Beratungs- und Koordinierungsstellen nicht weiterzuführen.

2. Case Management durch die Beratungs- und Koordinierungsstelle in Kaufungen

Im Landkreis Kassel leben rd. 245.000 Einwohner mit einem überdurchschnittlich hohen Anteilen an Älteren (22,6 % ab 60 Jahren). Es stehen in diesem Landkreis 55 ambulante Pflegedienste, 26 Kurzzeitpflege-Einrichtungen, 10 teilstationäre Pflegeeinrichtungen, 23 vollstationäre Pflegeeinrichtungen, 10 Angebote des Betreuten Wohnens, 2 geriatrische Kliniken zur Verfügung.

Die Finanzierung der Beratungs- und Koordinierungsstelle erfolgt durch einen Trägerverbund von Anbietern, Kirchen und Kommune mit jährlichen Zuschüssen durch das Land in Höhe von 15.000 € pro Stelle, durch die Kommune in Höhe von 13.000 € pro Stelle und durch einen Eigenanteil des Trägerverbundes in Höhe von 15.000-20.000 € pro Stelle.

Die Case Management-Stelle in Kaufungen (seit Juli 1998) umfasst ein Versorgungsgebiet mit rd. 14.000 Einwohner, darunter 2.850 ab 60 Jahren bzw. 2.100 ab 65 Jahren. In Kaufungen existieren 4 Pflegedienste, 3 Hilfsdienste; eine Altenbegegnungsstätte mit verschiedenen Angeboten der Seniorenkultur (hier 14-tägige Sprechstunde der Beratungsstelle).

Dem Trägerverbund der Beratungs- und Koordinierungsstelle gehören in diesem Fall die DRK-Klinik, die Kommune, eine Sozialstation sowie drei ambulante Pflegeanbieter an. Die Koordinierungsstelle ist mit einer Sozialarbeiterin mit halber Stelle (auch die übrigen vier Beratungsstellen sind i.d.R. mit nur einer Sozialarbeiterin) besetzt.

3. Evaluation der Beratungs- und Koordinierungsstelle

Strukturelle Voraussetzungen

Die halbtags angestellte Dipl.-Sozialpädagogin und examinierte Krankenschwester absolvierte mehrere Praktika und verfügt über mehrjährige Erfahrungen in Beratungsstellen. In Zukunft ist die Beteiligung von ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen geplant, was aber derzeit aus Zeitgründen noch nicht möglich ist.

Die Beratungsstelle ist an vier Tagen für 5 Stunden telefonisch erreichbar. Es gibt keine festen Sprechzeiten im Büro, Hausbesuche stehen im Vordergrund.

Die Beratungsstelle ist mit 1 Büroraum (18 m²), der sich im Verwaltungsgebäude der DRK-Klinik befindet, ausgestattet, in dem ein Schreibtisch und Sitzgruppe, Telefon, Anrufbeantworter sowie ein PC zur Verfügung stehen. Darüber hinaus können Fax und Kopierer genutzt werden. Ein Dienstwagen ist vorhanden und Veranstaltungsräume sowie weitere technische Mittel können ebenfalls mitbenutzt werden.

Kontaktaufnahme

Den Kontakt zur Beratungsstelle nehmen meistens Angehörige auf, die in der Regel durch Hinweise der ambulanten Dienste oder durch Mund-zu-Mund-Propaganda von der Beratungsstelle erfahren haben. Nur wenige sind durch die Öffentlichkeitsarbeit aufmerksam geworden. In der Regel wird die Beratungsstelle wegen Hilfebedarf des Klienten an häuslicher Pflege und/oder Haushaltshilfe sowie Fragen in Zusammenhang mit der Pflegeversicherung aufgesucht. In der Dokumentation werden die Kontaktperson, der Zugang, sowie Grund/ Anliegen aufgeschlüsselt.

Zielgruppen und Ziele

Die Zielgruppen der Beratungsstellen sind die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen sowie die Hilfsbedürftige und ihre Angehörigen. Darüber hinaus gehören zur Zielgruppe die Kooperationspartner, das sind die am Hilfeprozess beteiligten Personen und Institutionen.

Ziele der Beratungsstelle sind a) die Verbesserung der Lebenssituation bei Hilfe- und Pflegebedarf sowie die Ermöglichung des Verbleibs in der Wohnung, b) die Beratung und Entlastung der Angehörigen, c) Öffentlichkeitsarbeit/ Informationsammlung über Pflegeprobleme und d) die kommunale Bedarfsplanung.

Aufgaben und Angebote

Die Beratungsstelle nimmt eine Mittlerrolle zwischen den Nachfragern nach Dienstleistungen und den Anbietern ein. Darüber hinaus dient sie der Unterstützung der Sozialplanung.

Auf der Seite der Nachfrager übernimmt die Beratungsstelle folgende Aufgaben: Information über Hilfeangebote, individuelle Beratung über bedürfnisgerechte Unterstützung/ Versorgungsalternativen, zugehende Beratung von Hilfesuchenden und Angehörigen, Klärung des Hilfebedarfs und Aufstellung eines Hilfeplans, Umsetzung des Hilfeplans/ Kontakte herstellen und Hilfe organisieren, Qualitätssicherung, Konfliktberatung/ psychosoziale Beratung, Klärung von Finanzierungsfragen/ Hilfe bei der Antragstellung und Dokumentation.

Auf Seiten der Anbieter steht die Koordination der regionalen Angebote im Vordergrund: Hierzu zählen: Kontaktaufbau zu Leistungsanbietern, Ärzten, Kostenträgern, Ehrenamtlichen/ Koordination; Vernetzung; Qualitätssicherungsmaßnahmen; Initiierung und Begleitung von Selbsthilfegruppen; Organisation von Fortbildung für Ehrenamtliche und Angehörige sowie Öffentlichkeitsarbeit.

Die Unterstützung der Sozialplanung besteht im Aufzeigen regionaler Bedarfe/ Anregung zur Weiterentwicklung des örtlichen Versorgungsangebotes; Mitarbeit in Planungsgremien; Mitarbeit bei Erarbeitung und Sicherung von Qualitätsstandards.

Methoden und Arbeitsformen

Die Einzelfallhilfe, die die zentrale Aufgabe der Beratungsstelle darstellt, erfolgt, indem der/die Nutzer/in im gesamten Prozess begleitet und beraten wird. Die einzelnen Schritte werden im Folgenden dargelegt:

- Im ersten Schritt erfolgt ein soziales Assessment über gesundheitliche, pflegerische und soziokulturelle Aspekte, dieses Erstgespräch wird in der Wohnung geführt, um die Wohnsituation, das familiäre Unterstützungsnetz, die gesundheitliche Situation/ Beeinträchtigungen, die sozialen Kontakte, die derzeitigen Hilfeleistungen, die Kompetenzen, die Ressourcen und den Unterstützungsbedarf zu erfragen bzw. einschätzen zu können. Auf Basis dieser Informationen wird der konkrete Hilfebedarf ermittelt, der wiederum Grundlage der Hilfeplanung ist.
- Im zweiten Schritt wird die Hilfe geplant, indem die vorliegenden Informationen ausgewertet werden, weiterer Informationsbedarf abgeklärt wird. Der Entwurf des Hilfeplans enthält die Rangfolge der Ziele, den Zeitplan und die Teilschritte der Umsetzung, dieser wird mit dem Hilfesuchenden / Angehörigen abgestimmt, wobei auch zu Neuem motiviert, Alternativen oder Kompromisse erarbeitet sowie die Aufgabenteilung verabredet werden soll.

- Im dritten Schritt erfolgt die Umsetzung des Hilfeplans/ Hilfevermittlung: Es werden Absprachen mit Anbietern getroffen, Fragen der Finanzierung geklärt etc. und dokumentiert.
- Im vierten Schritt wird die Umsetzung der Hilfeplanung evaluiert. Die Beratungsstelle fungiert hier als Interessenvertretung der NutzerInnen gegenüber den Leistungsverpflichteten. Die Zielerreichung wird anhand des Hilfeplans (als Checkliste) überprüft, erreichte und nicht erreichte Ziele werden mit dem Hilfesuchenden besprochen, wobei Gründe/ Hindernisse/ Organisationsmängel und ggf. Modifikationen diskutiert werden. Alle Beteiligten erhalten eine Rückmeldung, und es wird ggf. eine Fallkonferenz einberufen.

Neben dieser Einzelfallbetreuung dient die Beratungsstelle der Erfassung des lokalen Versorgungssystems, sodass die Angebote im Altenbereich aktualisiert werden können. So verfügt die Beratungsstelle über eine umfassende Dokumentation aller offenen, ambulanten, teilstationären und stationären Angebote mit Leistungsspektrum, Kapazität, Preisvergleich, Adresse, Träger und Ansprechpartner in systematisierter Form. Diese wird über persönliche Kontakte, Angaben der Dienste, Informationsaustausch im Arbeitskreis, „Beratungsverbund Pflege“ der Stadt Kassel oder Presseveröffentlichungen kontinuierlich aktualisiert.

Schließlich werden Defizite im Versorgungsgebiet an die Altenhilfeplanerin des Landkreises vermittelt. Daneben existiert über die Arbeitsgemeinschaft der Beratungs- und Koordinierungsstellen im Landkreis ein recht intensiver Erfahrungstransfer zum Politikbereich.

4. Fallberichte

Fall 1

- Überleitung vom Krankenhaus nach Hause
- Vorbereitung eines Umzugs (Information des Sozialamts, fristgerechte Kündigung, ggf. Zuschüsse/ einmalige Leistungen des Sozialamts und der Pflegekasse etc.)
- Information über Leistungsansprüche
- Beantragung von Leistungen der Pflegeversicherung/ weitere Hilfen bei Antragstellung
- Kontrolle von Befreiungen
- Überprüfung der Umsetzung

Fall 2

- Information über Leistungsansprüche
- Beantragung von Leistungen der Sozialhilfe/ weitere Hilfen bei Antragstellung und Widerspruch
- Unterstützung von pflegenden Angehörigen/ Klärung der Belastbarkeit
- Aufbau einer Vertrauensbasis/ Kommunikationsstruktur mit Ämtern und Dienstleistern

5. Öffentlichkeitsarbeit

Die Öffentlichkeitsarbeit erfolgt im Wesentlichen über drei Wege. Diese sind erstens die Kontaktaufnahme und der Aufbau von Kommunikationsstrukturen mit Pflegediensten, Ärzten, Klinik-Sozialdiensten, Krankenkassen, Heimen, Kirchen etc.; zweitens Pressearbeit sowie drittens Vorträge und Veröffentlichungen.

3.6 Case Management in Israel

Evaluatorin: Dr. Ariela Lowenstein

Das Case Management wird als multidimensionale Methode verstanden, es hat Management-, Koordinations- und medizinische Funktionen; daher gibt es in der konkreten Umsetzung ein breites Spektrum von Modellen und Varianten.

1. Demografische Faktoren und Trends

Israel hat 6,5 Mio. Einwohner, darunter rd. 600.000 im Alter von 65 und mehr Jahren (9 %; 80 Jahre und älter sind 3 % der Bevölkerung). Allein lebend sind 28 % der Älteren. In Einrichtungen leben 4,4 % der Älteren ab 65 Jahren. Risikogruppen sind (mit zunehmender Tendenz) Hochaltrige, alte allein stehende Frauen, Osteuropa-Immigranten und die zunehmende Zahl an Pflegebedürftigen.

2. Der israelische Wohlfahrtsstaat

Das Grundprinzip der israelischen Wohlfahrtspolitik ist die „Familiensolidarität“ mit den Konsequenzen der Verantwortung zwischen den Generationen und der prinzipiellen Offenheit für Immigration.

Um die Ziele eines möglichst selbstständigen Lebens in der eigenen Wohnung und der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu erreichen, gibt es ein umfassendes Versorgungssystem:

- staatliche Behörden (vor allem Arbeits- und Sozialministerium, Gesundheitsministerium und Sozialversicherung)

Die Sozialversicherung umfasst Renten- und Hinterbliebenenversicherung (universell, einkommensunabhängig), Behindertenversicherung und Pflegeversicherung. Die organisatorische Struktur des Versorgungssystems ist in kommunaler Verantwortung geregelt (Sozialsystem: örtliche Wohlfahrts-Büros/ Sozialämter als wichtigster Leistungserbringer für Ältere; Gesundheitssystem: regionale Gesundheits-Büros/ Gesundheitsämter in Trägerschaft der Krankenkassen; Gesundheitsdienste an Kliniken angebunden). Eine Koordination dieser Strukturen wurde erst durch ESHEL geleistet (Association for Planning and Development of Services for the Aged), als Planungsverein in gemeinsamer Trägerschaft von Regierung und einer Wohlfahrtsorganisation. Ziel dieser Koordination ist die Förderung von Programmen für Ältere, z.B. auch einschließlich von Tagespflege und Nachbarschaftshilfe.

Als weitere Versorgungsstrukturen für Ältere sind zu nennen:

- Gewerkschaften: Träger von Pensions-Fonds, Seniorenclubs, Alten- und Pflegeheime
- Freiwilligen-Organisationen: Träger von (meist nach Einwanderungsgruppen differenzierten) Sozialdiensten und Heimen
- Private Dienstleister: Pflegeeinrichtungen und neuerdings auch betreutes Wohnen und ambulante Pflegedienste

3. Einfluss der Gesetzgebung auf die Altenpflege

In den 80-er Jahren erfolgte eine konzeptionelle Wende von stationärer zu ambulanter, wohnortnaher Versorgung der Älteren. Die gesetzlichen Grundlagen sind das Pflegeversicherungsgesetz von 1988 und das Gesundheitsversicherungsgesetz seit 1995 mit generellem Anspruch auf ein (durch ambulante Dienste erbrachtes) Sachleistungspaket (inhaltlich allerdings auf dem Stand der Gesetzeseinführung). Die Folgen sind ein universeller Versicherungsschutz, geringe Institutionalisierungsraten und flächendeckender Ausbau der ambulanten Infrastruktur.

Zentrale Merkmale des Pflegeversicherungsgesetzes sind:

- universelles Recht auf bedarfsgerechte Dienstleistungen (zwar einkommensabhängig, aber mit hohen Einkommensgrenzen)
- gemeindeorientiert, um stationäre Pflege zu vermeiden
- Pflegeleistungen bei erheblicher Pflegebedürftigkeit (auch zur Entlastung von pflegenden Angehörigen)
- in der Regel als Sachleistungen (nach einheitlichen Kriterien); Geldleistung wird nur gewährt, wenn Infrastruktur fehlt
- Anbindung an und Ergänzung von bestehender Infrastruktur (in Trägerschaft von Staat und Krankenkassen)
- Öffnung des Anbieter-Spektrums für Nicht-Regierungs-Organisationen und private Dienste
- Entwicklung von Standards der interdisziplinären Kooperation
- Steigerung der Effizienz von Management und Koordination der Dienste.

System-orientierte Ziele sind der Ausbau wohnortnaher ambulanter Versorgung, die Verbesserung von Qualität und Effizienz durch Koordination der Dienste, Privatisierung der Dienstleistungen, eine Konzentration auf Risiko-Gruppen und Kostensenkung. Person-orientierte Ziele sind eine systematische Auswertung des Hilfebedarfs des Klienten, die Entwicklung eines individuellen und variablen Hilfeplans und die darauf aufbauende Intensivierung der Hilfe für ältere Pflegebedürftige und ihre Angehörigen. Die Grenzen des Gesetzes liegen darin, dass es keine leicht Pflegebedürftigen und keine Rehabilitation umfasst, auch sind die Assessment-Instrumente nur unzureichend auf Demenz abgestimmt.

Derzeit beziehen 84.000 Personen Leistungen nach dem Pflegegesetz (1,3 % der Bevölkerung bzw. 14 % der über 65-Jährigen). Die wichtigsten Leistungen sind personenbezogene Grundpflege und hauswirtschaftliche Hilfen (durchschnittlich 11 bis 12 Stunden pro Woche, 15 Stunden für Demen- te), weitere Leistungen sind z.B. Tagespflege und Hausnotruf-Anlagen.

Verfahren der Pflegeversicherung

Leistungen der Pflegeversicherung werden bei der Regionalstelle des staatlichen Gesundheitsinstituts beantragt. Dort wird ein umfassendes Assessment durchgeführt, auf dessen Grundlage ein interdisziplinäres Komitee (Sozialarbeiter, Krankenschwester, Angestellter der Krankenversicherung) einen individuell zugeschnittenen Hilfeplan erstellt und das erforderliche Dienstleistungspaket vermittelt.

Das standardisierte Assessment-Instrument erfasst physische Gesundheit, ADL, IADL, Kommunikation, emotionale und kognitive Funktionen, soziale Partizipation, informelle Unterstützungssysteme, Wohnumgebung, ökonomische Ressourcen, Selbsthilfe-Fähigkeit, Krankengeschichte, Wertorientierungen und Wünsche des Klienten.

4. Beschreibung des Case Management-Projekts in Haifa

4.1 Pflegeversicherung und Case Management

Das Pflegeversicherungs-Gesetz fördert Grundelemente des Case Management wie:

- zentraler Zugang zu Information und Hilfeleistungen
- Vereinheitlichung von Auswahlkriterien und Leistungsmerkmalen
- Vereinheitlichung von Verantwortlichkeit, Evaluation, Leistungsvermittlung und Finanzierung
- Entwicklung von kreativen und flexiblen Dienstleistungs-Paketen, individuell zugeschnitten und gemeinsam mit Klient abgestimmt
- Arrangement der Leistungen und kontinuierliche Kontrolle der Umsetzung.

Es gibt aber vor allem zwei Probleme:

- Die interdisziplinären Teams, die individuelles Case Management leisten sollen, sind aus finanziellen Gründen nicht hinreichend aufgebaut: pro Sozialarbeiter entfallen derzeit 350 Klienten.
- Die Leistungs-Pakete sind nicht flexibel genug auf den individuellen Bedarf zugeschnitten, da sie aus Kostengründen standardisiert sind und da Hilfeplanung und Umsetzung getrennt sind (purchaser-provider-split), was die Einflussmöglichkeiten einschränkt.

Daher wurde das Modell-Projekt „Case Management für Pflegebedürftige“ in Anbindung an ein Soziale-Dienste-Büro in Haifa initiiert (Beginn: März 1999). Als Personal stehen 2 Sozialarbeiter mit jeweils ¼ Stelle (10 Stunden pro Woche) zur Verfügung.

4.2 Ziele und Verfahren des Case Management in Haifa

Als grundlegende Aufgaben des Case Management werden die Vermittlung von Beratung und Hilfe, die Vertretung der Interessen der Klienten und ihrer

Angehörigen sowie die Koordinierung und Überwachung der Dienste gesehen. Die Grundelemente des Case Management sind:

- Kontaktaufnahme mit dem Büro
- Aufnahme/ Assessment des Hilfebedarfs
- Ausarbeitung eines Hilfeplans, gemeinsam mit wohnortnahen Diensten
- Vermittlung des Klienten an verschiedene Dienste
- Aktivierung und Unterstützung des informellen Systems
- Überwachung der Dienstleistungsqualität
- Wiederholungsfeststellung (Reassessment) des Hilfebedarfs
- Evaluation der Ergebnisse.

Für das Modell-Projekt wurden 100 in Frage kommende Personen ausgewählt, darunter: 30 Personen zur Durchführung des Case Management, 30 Personen als Kontrollgruppe (mit herkömmlicher Behandlung) und 40 Personen als Reserve (bei Tod oder Heimumzug). Auswahlkriterien waren: Alter (ab 70 Jahren), Geschlecht, Familienstand (Single vs. verheiratet), Wohnform (allein lebend vs. bei Kindern), physische oder kognitive Behinderung sowie geringe finanzielle Ressourcen.

Für 30 Personen wurde ein Hilfeplan erstellt: Auswertung des Assessment, Entwicklung von Unterstützungsmöglichkeiten der Pflege, Familienhilfe und Freiwilligenhilfe (unter Berücksichtigung von Sprachproblemen bei Migranten); Prognose der weiteren Entwicklung des Pflegebedürftigen, Formulierung von Zielen (mit Zeitplan); Daten zu Biografie und Umfeld; Krankheitsgeschichte (physisch und kognitiv); Feststellung aller formellen und informellen Hilferessourcen; Beschreibung aller Dienstleister und der Art der Dienstleistung, Einschätzung des Bedarfs an Koordinierung und Überwachung; Skizzierung des Weiteren Vorgehens der (ggf. veränderten) Hilfeplanung; schriftliche Information für den Klienten über Dienste, die angesprochen werden sollen; Feststellung, welche Dienstleistungen erforderlich wären, aber nicht geleistet werden können (mit Begründung).

Eine Zwischenevaluation wurde 3 Monate nach Projektbeginn durchgeführt. In diesem Zusammenhang wurde der Modifikationsbedarf der Instrumente für Assessment und Hilfeplanung erörtert. Weiterhin wurde die Zahl der in das Case Management einbezogenen Klienten auf 40 erhöht (bzw. 20 pro Case Manager). Die Zielgruppe wurde auch auf Hilfebedürftige unterhalb der Kriterien des Pflegegesetzes ausgeweitet. Das Projekt wurde seitens der Case Manager so eingeschätzt, dass im Vergleich zurzeit vor Projektbeginn die Hilfe bedarfsgerechter geplant werden kann und die Kontakte zu Dienstleistern intensiver sind.

Ein Treffen der Evaluatorin mit den Case Managern findet alle 3 Wochen statt, aber auch zwischenzeitlich sind Absprachen möglich.

4.3 Strukturelle Bedingungen

Qualifikation des Personals

Die Case Manager sind Sozialarbeiter, die weitere Anforderungen erfüllen müssen: Kenntnis der Bedarfe der Zielgruppe, der entsprechenden Dienstleistungsanbieter, der kommunalen Unterstützungsressourcen, enge Kooperation mit Dienstleistern, Freiwilligenagenturen und kommunalen Diensten, Informiertheit und Erfahrung mit Handlungsmöglichkeiten, Erfahrung mit Interviews und Datensammlung und -auswertung; weiterhin Erfahrungen in der Altenhilfe und mit deren rechtlichen Grundlagen.

Technische Ressourcen

Die technischen Bedingungen sind zum Teil eingeschränkt: Es gibt nur einen Raum für 2 Case Manager, ein Telefon mit Anrufbeantworter (weil nicht genügend Anschlüsse vorhanden sind, wird die Struktur des kommunalen „Volunteer Assistance Centers“ mitgenutzt). Öffnungszeiten sind von 8:00 bis 15:00, einmal wöchentlich bis 18:00; darüber hinaus sind die Case Manager in Notfällen telefonisch erreichbar. 2 Computer stehen für Verwaltung und Basisdaten der Klienten zur Verfügung, aber keine PCs für die Case Manager (daher Trennung von Basisdaten und den weiteren Informationen des Case Management-Prozesses; integrative Datenauswertung nur über das staatliche Versicherungsinstitut).

Institutionelle Struktur und Einbindung

- Implementation des Projekts in einem Sozialdienst-Büro der Stadt Haifa
- Kooperation mit dem (im Pflegegesetz verankerten) interdisziplinären lokalen Komitee (Treffen alle zwei Wochen zur Hilfeplanung und Falldiskussion)
- wöchentliche Treffen mit Krankenschwestern der „Nachbarschafts-Kliniken“; weiterhin informelle telefonische Kontakte zu 3 Krankenhäusern und geriatrischer Reha-Klinik, Treffen bei Gesprächsbedarf
- wöchentliche Besuche in den Tagespflege-Zentren
- enge Kooperation mit dem Volunteer Assistance Center: Schulung von Freiwilligen und Hinweise auf hilfebedürftige Personen.

Interne Organisation: Alle 2 Wochen treffen sich die Case Manager mit allen Altenhilfe-Mitarbeitern des Sozialdienst-Büros zur fachlichen Diskussion einzelner Klienten und organisatorischer Fragen.

Verfahren des Assessment

Nach Anerkennung der Pflegebedürftigkeit wird ein Anfangs-Assessment von einer Krankenschwester durchgeführt. Auf dessen Grundlage erstellt das interdisziplinäre Komitee einen Hilfeplan. Im weiteren Verlauf wird bei wöchentlichen Hausbesuchen des Case Managers (ggf. mit Krankenschwester, bei Immigranten mit Dolmetscher; ca. 2 Stunden) ein Re-Assessment durchgeführt, daraufhin wird der Hilfeplan überarbeitet (in der Regel alle 2 Monate, bei Bedarf öfter).

In dem Reassessment werden Personaldaten des Klienten, weiterer Haushaltsmitglieder und der Hauptpflegeperson erhoben, weiterhin Merkmale von Haus und Wohnung, Einkommen, allgemeine Merkmale wie Hobbies und wichtige Ereignisse, medizinische Daten, Familienbeziehungen und Kontakte, weitere Unterstützungs-Systeme und in Anspruch genommene Dienste. Falls ein Heimumzug geplant ist, werden die Gründe und Einstellungen des Klienten und der Angehörigen ermittelt.

5. Evaluation des Projektes

5.1 Methoden und Instrumente der Evaluation

- Gruppengespräche und Einzelinterviews mit den Case Managern
- Fragebogen zu Pflegedauer, Zahl und Art der Kontakte mit Klienten, Angaben zu Klient und Pflegeperson, Betreuungsgeschichte, informellem Netzwerk; Einschätzungen des Case Managers
- Klientendokumentation: Pflegeversicherungs-Bogen, Bogen mit Änderungen des Hilfeplans, Bogen zu Kontakten mit Pflegeanbietern, Bogen zu Überwachung der Pflegedienste, medizinischer Bogen (mit ADL und IADL), Vertrauensbekundung des Klienten, Ablehnung von Diensten, Zusammenfassung der Gespräche mit Klient und Pflegeperson
- Pflegebericht zu jedem Klienten
- Tätigkeitsdokumentation: Kurzbeschreibung der Probleme von Klienten und Pflegepersonen/ Schweregrad – Aktivitäten zur Problemlösung: bezogen auf das Assessment, Hilfeplan-bezogen, Überwachung des Dienstleistungspakets, dienstleistungsbezogen, Interessenvertretung, Klientenbezogen, bezogen auf Pflegeperson

- Einschätzung der eigenen Funktion des Case Managers je Fall: am häufigsten wurde genannt „Intervention in den Pflegeverlauf“ und „Unterstützung der Pflegepersonen“, weiterhin „Entwicklung/ Modifizierung des Hilfeplans“, „Wechsel des Anbieters“, „Klienten-Assessment“ und „Pflegekoordination“; weniger wichtig: „Übersichten erstellen“, „Management-Rolle“ und „Hilfe beim Heimumzug“.

5.2 Charakteristik der Klienten und Pflegepersonen

Die Klienten sind überwiegend Frauen, zu zwei Dritteln verwitwet. Zur Hälfte sind es Holocaust-Überlebende. Etwa die Hälfte lebt allein, aber nur ein Drittel ist ohne informelles Unterstützungssystem (einsam und isoliert). Die Klienten sind etwa zur Hälfte über 85 Jahre alt; die medizinischen Diagnosen sind vor allem Demenz und orthopädische Probleme bzw. Frakturen (die Merkmale der Vergleichsgruppe sind ähnlich).

Als Dienstleistungen werden vor allem das Grundpflege-Paket inkl. hauswirtschaftlicher Hilfe in Anspruch genommen, zusätzlich sind kommunikative Funktionen und die Entlastung der Angehörigen wichtig. Die Case Manager regten mehrere Dienstleistungen an und vermittelten diese.

5.3 Ergebnis des Case Management

Die Case Manager führen alle typischen Case Management-Schritte durch; Einfluss auf das Ergebnis haben die Faktoren: beruflicher Hintergrund (Problemwahrnehmung und Prioritätensetzung), verfügbare finanzielle Mittel, vermittelnde oder unterstützende Rolle, Zeitbudget.

Ergebnisse auf der Mikro-Ebene (mit Fallbeispielen):

- *zusätzliche Bedürfnisse erkennen und bearbeiten:* z.B. Einsamkeit eines älteren Pflegebedürftigen (trotz Paarhaushalt) erfordert eine Veränderung des Hilfeplans - Familientherapie zur Verbesserung der Paarbeziehung, Besuch einer Pflegerin und eines Freiwilligen
- *zusätzliche Daten erfassen,* wie z.B. weitere Unterstützungsressourcen, die aktiviert werden können
- *Unterstützung zur Beibehaltung der Lebensweise/ Verzögerung einer Heimeinweisung, Kundenberatung:* Anbieter-Übersicht und ggf. Empfehlung zum Wechsel des Dienstes, wenn z.B. der Klient mit dem Dienst unzufrieden ist, aber Angst hat, Kritik zu äußern
- *Förderung sozialer Beziehungen und gesellschaftlicher Partizipation:* In einem Beispiel war das Tagespflege-Zentrum unbekannt; durch gemein-

samen Besuch und Kennen lernen dieser Einrichtung (oder eines Seniorenclubs) können Schwellen überwunden werden

- *Kontrolle der Dienste und Hinwirken auf mehr Flexibilität:* z.B. bei schwer beweglicher Frau und Überlastung der Pflegerin Vermittlung eines Lifters, Initiierung einer Physiotherapie
- *Arbeit mit verschiedenen ethnischen Gruppen* (Immigranten)
- *mehr Zeit für Klientenbesuche:* wöchentlich bis zweiwöchentlich zwei Stunden pro Klient
- *Entlastung der Pflegepersonen*
- *Auswertung der Zufriedenheit der Klienten:* Vielfach sind die Klienten zufrieden mit den geleisteten Diensten, aber es wird auch Kritik an der Qualität der Dienste bzw. an der spezifischen Qualifikation der Pfleger geäußert, an geringer Einflussmöglichkeit auf Terminvereinbarungen und an Inflexibilität (z.B. bei Abend-/ Wochendbedarf).

Ergebnisse auf der Makro-Ebene

Auf der Ebene der Dienste wurden Weiterentwicklung des Pflegeprozesses, Verbesserung von Koordination und Kooperation zwischen Dienstleistern und kommunalen Diensten, Vermittlung zwischen Professionellen des Gesundheits- und Sozialsystems, mehr Flexibilität der Leistungserbringung, Qualitätsverbesserung durch Kontrolle, Aktivierung von Freiwilligen, Aktivierung und Unterstützung des informellen Systems, interne Qualitätssicherung und Entwicklung zusätzlicher Kommunikationswege erreicht.

6. Schlussfolgerungen

Im Case Management-Projekt in Haifa hatte die Unterstützung der Klienten und Pflegepersonen Vorrang vor der Überwachung der Dienste. Die Evaluation des Case Management hat eine Reihe von positiven Ergebnissen auf der Mikro- und Makro-Ebene ergeben; vor allem hat sich gezeigt, dass die Zuordnung eines Case Managers zu einer überschaubaren Anzahl von Klienten eine qualitative Verbesserung der Pflege ermöglicht, die Versorgungsstruktur verbessert, zu deren Integration beiträgt und die Barrieren zwischen verschiedenen Dienstleistern bzw. Leistungssystemen überwinden hilft.

Noch weiter zu klären sind folgende Fragen:

- Bedarf des Klienten: Wie werden Hilfebedarfe der Klienten erfasst, wer definiert sie, wie können ungedeckte Bedarfe ermittelt werden etc.?

- Klientenauswahl: für welche Klienten ist Case Management geeignet? Manche können sich die erforderlichen Hilfen auch selbst beschaffen.
- Professionelle und freiwillige Mitarbeiter: Das professionelle Versorgungssystem kann seinen Anspruch der Bedürfnisorientierung nicht immer einhalten; daher sollte die ergänzende Funktion von Freiwilligen verstärkt werden.
- Grenze zwischen Sozialpflege und Krankenpflege: Wie kann diese Grenze besser überwunden werden zugunsten einer ganzheitlichen Betreuung?

3.7 Case Management in Italien

Evaluatorin: Dr. Aurelia Florea

1. Hintergrund des Case Management in Italien

In Italien sind die gesetzlichen Rahmenbedingungen für das Case Management in den Regionen in unterschiedlicher Weise geregelt: So existiert in der Emilia Romagna als einziger Region in Italien das Regionalgesetz 5/94 „Schutz und Wertschätzung der älteren Menschen. Maßnahmen zugunsten pflegebedürftiger älterer Menschen“, in dem Regeln vorgeschrieben werden *„zur Umsetzung konkreter Maßnahmen, die dazu beitragen, dass ältere Menschen in der Familie und im sozialen Umfeld bleiben und ihr Reichtum an Erfahrungen, Kenntnissen und Kultur geschätzt wird.“* Im Rahmen dieses Regelwerks wird auch die Funktion und der professionelle Aufgabenbereich eines „Fallverantwortlichen“ umrissen.

Aus dieser Region werden zwei Beispiele geschildert, die sich zwar hinsichtlich ihres Zugangswegs unterscheiden: So ist 1) das Case Management in der Region Montecchio Emilia eher im sozialen Bereich verankert und verfügt über eine logistische Basis innerhalb des Gemeinderates, während 2) das Case Management in der Region Faenza eher im Gesundheitswesen verankert ist und über eine logistische Basis in der örtlichen Gesundheitsstation verfügt. Allerdings ist die Funktionsweise des Systems in beiden Bezirken die gleiche.

In den anderen Regionen, so auch in Rom, existiert keine gesetzliche Grundlage, aber hier wurde im Juni 1998 ein einjähriges Case Management-Projekt gestartet.

2. Case Management durch den Hilfsdienst für ältere Menschen (SAA) in der Emilia Romagna

Im Gesetz 5/94 ist eine umfassende Hilfe verankert, mit A) einem Hilfsdienst für ältere Menschen (Servizio Assistenza Anziani, SAA), B) einer geriatrischen Bewertungsinstanz (Unità di Valutazione Geriatrica, UVG), C) einem Case Manager (Responsabile del caso) und D) einem Netzwerk der medizinisch-sozialen Stellen. Diese Stellen sind eng miteinander verzahnt, sodass zunächst das gesamte System stichwortartig dargestellt wird, obwohl das „eigentliche“ Case Management vom Hilfsdienst für ältere Menschen (SAA) übernommen wird, die die zentrale Anlaufstelle für ältere Menschen und deren Angehörige darstellt und weitere Schritte, falls erforderlich, einleitet.

Zu den drei Bereichen mit ihren jeweiligen Aufgaben:

A) Der Hilfsdienst für ältere Menschen (Servizio Assistenza Anziani, SAA) ist eine Stelle für die Koordination und Integration der sozialen und medizinischen Funktionen mit folgenden Aufgabenbereichen:

- a) Erstellung einer ersten Bewertung der Situation des älteren Menschen,
- b) Garantie einer koordinierten Nutzung des gesamten Netzes medizinisch-sozialer Stellen und
- c) Bestimmung eines Verantwortlichen für jeden einzelnen Fall (Case Manager).

Dieser Hilfsdienst

- übernimmt die Koordination zwischen medizinisch-sozialen und den rein sozialen Stellen,
- erteilt die Genehmigung des Zugangs zum Netz der medizinisch-sozialen Stellen nach Anweisung der geriatrischen Bewertungsinstanz (*Unità di Valutazione Geriatrica, UVG*)⁴,
- übernimmt die Kontrollfunktion für das Netzwerk und die Qualitätssicherung der Leistungen,
- stellt eine Informationsstelle dar über die vorhandenen Dienstleistungen und ihre Zugangsmodalitäten,
- organisiert Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen für das Personal und
- organisiert Informations- und Gesundheitskampagnen für ältere Menschen.

⁴ Zur Erläuterung dieser Instanz siehe unten.

B) Die Geriatriische Bewertungsinstanz (*Unità di Valutazione Geriatrica, UVG*) erstellt ein individuelles Hilfsprogramm nach einer multidimensionalen Beurteilung und nach Absprache mit den Familienmitgliedern, dem Case Manager und dem Hausarzt.

C) Der Case Manager ist in der Regel ein Sozialarbeiter des Hilfsdienstes für ältere Menschen (SAA).

D) Zum Netzwerk der medizinisch-sozialen Stellen gehören:

a) *Integrierte häusliche Hilfe*, die

- medizinische Grundversorgung,
- medizinische Beratung im Krankenhaus,
- häusliche Krankenpflege,
- Rehabilitation und Ergotherapie,
- Versorgung mit sanitären und medizinischen Hilfsmitteln,
- Haushaltshilfe für alltägliche Verrichtungen sowie
- Entgegennahme telefonischer Hausnotrufe
- garantiert.

b) *Tagespflege-Zentren* sind teilstationäre Einrichtungen, in denen Rehabilitation und kommunikative Aktivitäten durchgeführt werden, um die verbliebenen Fähigkeiten zu reaktivieren oder zu verbessern.

c) *Altenheim (Casa protetta)*, das die sozial-medizinische und gesundheitliche Grundversorgung für Menschen gewährleistet, die nicht von der Familie versorgt werden können, für die eine Einweisung in ein Pflegeheim aber laut der Beurteilung der UVG nicht erforderlich ist.

d) *Pflegeheim (Residenza sanitaria assistenziale, RSA)* für ältere Menschen, die nicht zu Hause versorgt werden können, ständig der Pflege bedürfen, aber keine Krankenhaus-Behandlung benötigen. Das Pflegewohnheim erbringt folgende Leistungen:

- Medizinische Grundversorgung und Rehabilitationsmaßnahmen,
- Hilfe bei allen Verrichtung des täglichen Lebens und
- Soziale Aktivitäten.

2.1 Case Management des Hilfsdienstes für ältere Menschen in der Region Montecchio

Rahmenbedingungen und Strukturmerkmale

In der Region Montecchio leben 51.984 Menschen, davon 5.084 (9,8%) Personen im Alter von 75 oder mehr Jahren.

Für die allgemeine Netzwerkarbeit zur Verzahnung der oben geschilderten Bereiche stehen in Montecchio

- 1 Verantwortlicher des Hilfsdienstes (SAA, Teilzeit),
- 1 Mitarbeiter des Hilfsdienstes (SAA, mit 28 Wochenstunden),
- 1 Verwaltungsangestellter (Teilzeit),
- 1 Sozialarbeiter der geriatrischen Beurteilungsinstanz (UVG, mit 10 Wochenstunden) und
- 1 Vertreter/ Netzwerker der Case Manager

zur Verfügung.

Die geriatrische Beurteilungsinstanz (UVG) setzt sich aus drei Gerontologen (im Wechsel), zwei Sozialarbeitern (im Wechsel), einem Krankenpfleger sowie einer Verwaltungsangestellten (in Teilzeit) zusammen.

In dem Netzwerk sind mehrere Einrichtungen und Dienste miteinander verbunden: zwei Pflegeheime (RSA), vier Altenheime, sechs Tagespflege-Einrichtungen, acht Stationen für integrierte häusliche Hilfe, ein Hauspflege-dienst, ein Allgemeinmediziner, acht Sozialarbeiter sowie ein Helfer bei der Krankenhausentlassung.

Evaluation der Beratungs- und Koordinierungsstelle

Arbeitskonzeption

Das oben beschriebene Netzwerk von sozialen und medizinischen Dienstleistungen wird unter der Leitung des Hilfsdienstes für ältere Menschen (SAA) in das Case Management einbezogen, und zwar in verschiedenen Phasen des Hilfeprozesses:

- In der 1. Phase erfolgt eine erste Bedarfsaufnahme durch den Case Manager sowie ein Erstkontakt mit dem Hausarzt. Im Falle eines komplexen Hilfebedarfs erfolgt des Weiteren eine Anfrage auf Beurteilung seitens der geriatrischen Beurteilungsinstanz (UVG) beim Hilfsdienst für

ältere Menschen (SAA). In diesem Fall beauftragt ein Mitarbeiter des SAA die Beurteilungsstelle UVG.

- In der 2. Phase beurteilen UVG, Case Manager und Hausarzt gemeinsam den älteren Menschen und erstellen einen Hilfeplan für ihn.
- Der Verantwortliche des Hilfsdienstes (SAA) autorisiert den Zugang zum Netzwerk der Dienstleistungen (3. Phase).
- In der 4. Phase erfolgt die Umsetzung des erstellten Hilfeplans durch das Dienstleistungsnetzwerk.
- Der Case Manager beaufsichtigt den Verlauf des Hilfeplans sowie die gesundheitliche und soziale Entwicklung des Nutzers, um gegebenenfalls eine Änderung des Programms zu veranlassen (5. Phase)

Die Kontaktaufnahme zum Hilfsdienst erfolgt, falls der ältere Mensch zu Hause lebt, meistens durch Angehörige. Bei Entlassungen aus dem Krankenhaus nimmt das Krankenhauspersonal Kontakt zum Hilfsdienst (SAA) auf. Dieser Hilfsdienst stellt die zentrale Zugangsstelle zum Netzwerk der Dienstleistungen dar, sodass sich Klienten mit Bedarf an verschiedensten Dienstleistungen - diese können von hauswirtschaftlicher Hilfe bis hin zur vollstationären Pflege reichen – an den Hilfsdienst wenden.

Die Zielgruppe des Hilfsdienstes (SAA) sind entsprechend die Hilfebedürftigen und ihre Angehörigen. Der Dienst dient der Verbesserung der Lebenssituation bei Hilfebedarf, der Ermöglichung des Verbleibs in der Wohnung so lange wie möglich sowie der Beratung und Entlastung der Angehörigen.

Fallberichte

In einem beschriebenen Fall erfolgte die Bedarfsmeldung seitens der Familie. Nach einer Bedarfsaufnahme durch den Case Manager wurde ein Antrag auf Bewertung durch die geriatrische Beurteilungsinstanz UVG gestellt. Diese erstellt anschließend ein Hilfsprogramm.

Als auf Grund der Verschlechterung des Gesundheitszustands der Klientin eine erneute Intervention des Case Managers notwendig wurde, erfolgte eine erneute Begutachtung durch die UVG, und ein neues Hilfsprogramm wurde erstellt.

Darauf hin setzt der SAA die notwendigen Dienstleistungen in Gang. In diesem Falle konnte eine Überweisung in ein Pflegeheim nicht vermieden werden. Die Klientin wird aber weiterhin durch den Case Manager begleitet, der später eine erneute Bedarfsmeldung vornimmt, weil die Nutzerin sich wieder in der Lage fühlt, nach Hause zurück zu kehren.

In diesen Fällen werden immer eine erneute Begutachtung der Klientin vorgenommen, ein neues Hilfsprogramm erstellt und die Dienstleistungen durch den Hilfsdienst (SAA) erneut autorisiert.

Öffentlichkeitsarbeit

Eine zusätzliche Öffentlichkeitsarbeit ist nicht notwendig, weil der Hilfsdienst (SAA) die einzige „Zugangstür“ zu den Dienstleistern darstellt und diese, falls nicht von den Nutzern, so auf jeden Fall bei den Hausärzten, Krankenhäusern etc. bekannt ist.

2.2 Case Management des Hilfsdienstes für ältere Menschen in der Region Faenza

Rahmenbedingungen und Strukturmerkmale

Im Bezirk Faenza leben 81.241 Einwohner, wovon 9.283 (11,4%) 65 Jahre und älter sind.

Die Vorgehensweise der Fallbearbeitung ist insgesamt mit der in Montecchio vergleichbar. Allerdings bestehen in der Region insgesamt mehrere Zugangswege zum Netzwerk, indem örtliche Anlaufstellen (*Assistenti Sociali Territoriali*) zwischengeschaltet sind, die zusammen mit der Case-Management-Zentrale die jeweilige Anlaufstelle darstellen.

In das gesamte Netzwerk sind drei Service Manager (Altenhilfe, grundmedizinische Hilfe, Sozialarbeiter), sieben Ausführende (1 von der Krankenhausverwaltung, 3 von der Stadtverwaltung, 3 Einrichtungskoordinatoren) sowie vier Experten (2 Case Manager, 1 Repräsentant der geriatrischen Bewertungsinstanz (UVG), 1 Repräsentant der Allgemeinärzte) involviert.

Der Hilfsdienst für ältere Menschen (SAA) ist in der Region Faenza folgendermaßen strukturiert:

- ein Manager (im Durchschnitt 30 Wochenstunden), angestellt beim grundmedizinischen Hilfsservice des Bezirks Faenza
- zwei Mitarbeiter zur Koordination und Sekretariatsarbeit (insgesamt 46 Wochenstunden)
- eine lokale geriatrische Bewertungseinheit mit eigener Sekretariatskraft (26 Wochenstunden)

Die UVG setzt sich zusammen aus zwei Verwaltungsangestellten (30 bzw. 16 Wochenstunden) und einem medizinischen Angestellten (16 Wochenarbeitsstunden) für Sekretariatstätigkeiten sowie aus einem Gerontologen, einer Krankenpflegekraft und einem Case Manager des Lokalen Hilfsdiensts (teilweise) für das Beurteilungsteam.

Evaluation der Beratungs- und Koordinierungsstelle

Strukturelle Voraussetzungen

Die lokale Hilfsdienste (SAA), die die einzige Zugangsmöglichkeit zum Netzwerk der Dienstleistungen darstellen, beschäftigen drei Case Manager (je 30 Wochenstunden) für die Region Faenza sowie vier Case Manager (je 18 Wochenstunden) in den Orten Brisighella, Casola Valsenio, Castel Bolognese, Riolo Terme, Solarolo.

Das Arbeitskonzept ist weitgehend vergleichbar mit dem in Montecchio, mit zwei Ausnahmen: Erstens ist der Zugangsweg hier dezentral organisiert und zweitens erfolgen die Dokumentation und Informationssammlung über Dienstleistungen computergestützt. Kontaktpersonen, Zugang, Zielgruppen und Ziele sind ebenfalls mit denen in der Region Montecchio vergleichbar.

Fallbericht

Der Fallbericht macht deutlich, dass die Nutzer langfristig begleitet werden (hier von 1996 bis 1998). Es handelt sich um eine 71 Jahre alte Frau, für die eine bedarfsgerechte und wunschgemäße Lösung gefunden wurde. So wurde trotz mehrerer Aufenthalte im Krankenhaus oder vorübergehend in einem Pflegeheim immer wieder versucht, dem Wunsch, zu Hause zu wohnen, nachzukommen, indem durch Intervention des Case Managers und Beurteilung des UVG zusätzliche Hilfen bereitgestellt wurden. Letztendlich wurde dennoch auf Grund zunehmender Risiken eine Unterbringung in einer Einrichtung vorgeschlagen und durchgeführt.

Öffentlichkeitsarbeit

Eine zusätzliche Öffentlichkeitsarbeit ist auf Grund der einzigen Zugangstür nicht notwendig.

3. Case Management in einem Modellprojekt in Rom

3.1 Rahmenbedingungen und Strukturmerkmale in Rom

In Rom existiert bislang keine gesetzliche Regelung zum Case Management, wie dies in der Region Emilia Romagna der Fall ist. Allerdings stehen Frauen über 56 und Männern über 61 Jahren folgende Einrichtungen und Hilfen zur Verfügung:

- sieben Seniorentreffpunkte,
- einkommensabhängige finanzielle Hilfen,
- Angebote an Freizeitaktivitäten während des Sommers sowie
- häusliche Hilfe.

Die häusliche Hilfe untersteht der *SIASA (Service für Autonomie und Integration älterer Menschen)*. Dieser Service bietet beispielsweise individuelle Hilfen, Hilfe bei der Hygiene, Wohnungsreinigung, Einkaufsgänge, Zubereitung von Essen, Zusammenarbeit mit dem Hausarzt, Zusammenarbeit mit der lokalen Gesundheitsverwaltung, Begleitsdienst, Kontaktaufnahme mit nahe stehenden Personen, Überwachung bei Medikamentierung sowie Teilnahmemöglichkeiten an Gruppenaktivitäten an.

Diese Leistungen sind nur mittels der SIASA erhältlich, nachdem nach einer ersten Kontaktaufnahme ein Besuch zu Hause stattfand und die aktuellen Hilfen aufgenommen und in einem Bericht festgehalten wurden. Vor diesem Hintergrund wurde im Juni 1998 das Case Management-Pilotprojekt begonnen.

Rahmenbedingungen und Strukturmerkmale im 12. Bezirk (Rom)

Im 12. Bezirk in Rom leben 145.169 Personen, davon sind 23.438 (16%) älter als 60 Jahre. In das Pilotprojekt wurden 200 Personen - älter 65 Jahre – einbezogen. Zwei Case Manager (ein Sozialarbeiter und eine häusliche Pflegekraft) stehen zur Verfügung, sodass jeder Case Manager 100 Personen betreut. Die Case Manager erhielten spezielle Schulungen.

Jeder Case Manager hat ein eigenes Büro (im Sozialdienst des 12. Bezirks bzw. in der geriatrischen Tagesstation im S. Eugenio Krankenhaus). Sie können die jeweilige technische Ausstattung benutzen und verfügen über Laptops mit Modem, Telefonanlage, Anrufbeantworter und sonstige Büroausstattung.

Im Rahmen des Pilotprojekts wurden in folgender Zusammensetzung Beurteilungsteams gebildet:

- Case Manager,
- beteiligter Hausarzt,
- ein Manager des 12. Bezirks,
- der Arzt des Hauspflege-Zentrums,
- die UVG der geriatrischen Abteilung des S. Eugenio-Krankenhauses (bestehend aus Gerontologen und einem Sozialarbeiter),
- eine Pflegekraft,
- ein Vertreter der Sozial-Kooperative sowie
- ein Vertreter der Pflege-Kooperative.

3.2 *Evaluation der Beratungs- und Koordinierungsstelle*

Das Arbeitskonzept des Pilotprojekts beinhaltet die folgenden fünf Schritte:

1. Schritt: Kontaktaufnahme mit den Hausärzten zur Identifizierung von benötigten Menschen über 65 Jahre, Ausfüllen des medizinischen Vordrucks und Diskussion der bestehenden Probleme.
2. Schritt: Hausbesuch mit computerunterstützter Erfassung der gesellschaftlichen und sozialen Situation sowie des Beziehungsnetzwerks. Der Sozialarbeiter nimmt den Fall ausschließlich vor Ort auf unter Verwendung eines standardisierten Instruments (VAOR-ADI).
3. Schritt: Das Pilotprojektteam (s.o.) trifft sich alle 15 Tage zur gemeinsamen Besprechung der Fälle unter Einbeziehung der jeweiligen Hausärzte, um den individuellen Hilfeplan zu erstellen.
4. Schritt: Dem Klienten und evtl. nahe stehenden Personen wird der Hilfeplan erläutert. Es wird für eine zügige Umsetzung durch die Dienstleistungsanbieter gesorgt.
5. Schritt: Der Klient wird alle drei Monate zu Hause besucht, um eventuell eingetretene Veränderungen abzuklären. Sind Änderungen eingetreten, wird dieser Fall erneut im Team besprochen und die notwendigen Schritte werden eingeleitet.

Anders als in der Emilia Romagna kam in diesem Pilotprojekt der Kontakt zu den Klienten so zu Stande, dass in Zusammenarbeit mit verschiedenen Hausärzten 200 Patienten ausgewählt wurden. Bei der Zielgruppe handelt es sich um ältere Menschen, die gesundheitliche oder psychische Probleme haben. Ziele dieses Projekts sind eine verbesserte Unterstützung älterer Menschen zu Hause und die Verhinderung eines zu frühen Umzugs in ein Pflegeheim. Ein weiteres Ziel ist die Kostenoptimierung.

3.3 Fallbericht

Bei der beschriebenen Klientin handelt es sich um eine Frau, die Schwierigkeiten beim Gehen hat und zudem psychisch instabil ist. Beim Hausbesuch stellt sich heraus, dass die Frau bereits 4 mal wöchentlich je 2 Stunden häusliche Hilfen erhält. Nach Durchführung des Assessment wurde eine häusliche Hilfe seitens des Sozialwesens festgelegt, um den Fokus mehr auf die sozialen und beziehungsmäßigen Probleme zu legen.

Der Erhalt von Physiotherapie war aus Personalmangel bei der entsprechenden Stelle erst nach recht langer Wartezeit möglich. Nach Erhalt der Physiotherapie verbessert sich der gesundheitliche und psychische Zustand der Frau.

Kurze Zeit später wird eine Krankenhausbehandlung notwendig; nach der Entlassung wird die Frau weiter durch den Case Manager betreut, und die Hilfen werden intensiviert.

3.4 Öffentlichkeitsarbeit

Öffentlichkeitsarbeit wurde nicht erwähnt. Der Zugang erfolgte über die Hausärzte, sodass eine Bekanntmachung des Pilotprojekts zur Kundengewinnung nicht notwendig erscheint.

3.8 Case Management in Luxemburg

Evaluatorin: Dr. Jacqueline Orlewski

1. Nationaler Kontext

In Luxemburg sind 56.600 Menschen 65 Jahre und älter, wovon 2.800 (5,0%) pflegebedürftig sind. Vor der Einführung der Pflegeversicherung zum 01.01.1999 waren im häuslichen Bereich zwar zahlreiche Dienstleistungen – von hauswirtschaftlicher Hilfe bis hin zu Wohnraumanpassungen – vorhanden; diese Vielzahl an verschiedenen Dienstleistungen führte allerdings zur Unübersichtlichkeit, sodass nur diejenigen, die „zufällig“ gut informiert waren, die Möglichkeit hatten, eine für sie bestmögliche Versorgung zu erzielen. Im stationären Bereich besteht (immer noch) ein Nachfrageüberhang. Dieser steht in starkem Zusammenhang mit der unterschiedlichen Aufnahmepolitik der betreffenden Einrichtungen.

Die Pflegeversicherung wurde mit dem allgemeinen Ziel eingeführt, die Versorgung von Pflegebedürftigen und ihnen nahe stehenden Personen zu verbessern, wobei der häuslichen Pflege Vorrang vor der stationären eingeräumt wird. Die Verbesserungen beziehen sich dabei nicht nur auf die finanzielle Unterstützung, sondern beziehen darüber hinaus gehend und vorrangig auch die konkrete Beratung des Pflegebedürftigen sowie Hilfeplanerstellung und –umsetzung mit ein.

Zur Erreichung dieses Ziels wurde eine spezielle Evaluations- und Orientierungsstelle (*Cellule d'Evaluation et d'Orientation, CEO*) geschaffen, in der ein interdisziplinäres Team zusammenarbeitet (s.u.). Diese Stelle sammelt Informationen sowohl über die jeweiligen Bedarfssituationen als auch über die verschiedenen, zur Verfügung stehenden Dienstleistungsangebote und nimmt die Aufgaben des Case Management wahr. Sie arbeitet einen individuellen Pflegeplan aus, der die Bedürfnisse des Klienten berücksichtigt.

2. Strukturelle Voraussetzungen

Personelle Ausstattung

Das Case Management ist innerhalb der Evaluations- und Orientierungsstelle (CEO) verankert. Diese Stelle umfasste zunächst 16 Vollzeitbeschäftigte: drei Psychologen, ein Krankengymnast, ein Ergotherapeut, fünf Krankenpfleger/innen (darunter 3 aus dem Bereich der Psychiatrie), zwei Ärzt/innen, eine Sozialarbeiterin, ein Redakteur sowie zwei Bürokräfte.

Auf Grund der starken Nachfrage, die als ein Startproblem im Zusammenhang mit der Einführung der Pflegeversicherung Anfang des Jahres 1999 betrachtet werden kann, wird zeitweilig auf die Hilfe von freiberuflichen Mitarbeitern zurückgegriffen.

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der CEO wurden im Bereich der Sozialgesetzgebung (hier insbesondere der Pflegeversicherung) sowie in der Computertechnologie theoretisch geschult. Darüber hinaus wurden praktische Schulungen zur Evaluation der Fälle sowie zur Erstellung eines individuellen Pflegeplans durchgeführt.

Die CEO ist dem Ministerium für Soziale Sicherheit unterstellt. Ihre Büroräume befinden sich im Verwaltungsgebäude der Krankenkassen-Union, die die Mittel der Pflegeversicherung verwaltet. (Hier wird die enge Anbindung an den Finanzierungsträger deutlich.) Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der CEO teilen sich zu zweit ein Büro, verfügen aber jeweils über ein Telefon mit Anrufbeantworter. Für die Evaluation stehen Laptops zur Verfügung.

gung. Darüber hinaus verfügt die CEO über ein Kopiergerät, einen Scanner und ein Faxgerät. Das Informationssystem der CEO ist nicht speziell auf das Case Management ausgerichtet, sondern umfasst alle Fragen zur Pflegeversicherung. In diesem Zusammenhang wurde eine „Info-Line“ eingerichtet, die werktags von 8:00 bis 17:00 Uhr besetzt ist. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der CEO sind in ihren Büros erreichbar, allerdings erfolgt der eigentliche Zugang zur CEO ausschließlich mittels eines schriftlichen Antrags des Pflegebedürftigen auf Leistungen der Pflegeversicherung.

3. Methoden

Auf eine Antragstellung folgt – nachdem der Hausarzt zur Dringlichkeit des Falls befragt wurde - in einem ersten Schritt ein Assessment. Anschließend erfolgt die Begutachtung des Antragstellers durch einen Arzt der CEO (medizinische Evaluation) und durch einen Grundevaluator der CEO (Evaluation der Pflegebedürftigkeit). Bei ausreichender Mobilität des Antragstellers findet die medizinische Evaluation in einer Außenstelle der CEO statt, ansonsten zu Hause oder in einem Alten- oder Pflegeheim. Die Evaluation der Pflegebedürftigkeit findet immer am jeweiligen Aufenthaltsort des Antragstellers statt.

Die Feststellung der Pflegebedürftigkeit basiert dabei auf fünf Fragebögen in standardisierter Form:⁵

1. Der medizinische Fragebogen,
2. der Bogen zur Feststellung der allgemeinen Lebenslage des Antragstellers (in Abwesenheit von Angehörigen),
3. Selbstbeurteilung des Antragstellers bezüglich seiner Pflegebedürftigkeit,
4. Beurteilung der Pflegebedürftigkeit seitens einer dem Antragsteller nahe stehenden Person,
5. Beurteilung der Pflegebedürftigkeit seitens des Evaluators.

Anschließend erfolgt die Pflegeplanerstellung anhand der Auswertung der vorliegenden Informationen. Dabei werden die erforderlichen Maßnahmen festgelegt, diese mit den Hilfesuchenden und gegebenenfalls den Angehörigen abgestimmt, und es wird eine Aufgabenteilung zwischen privater und professioneller Hilfe festgelegt.

⁵ Es handelt sich im Wesentlichen um das kanadische Instrument *Classification par type en milieu de soins et séjour prolongés (CTMSP)*, ausgearbeitet vom wissenschaftlichen Team EROS-Equipe de Recherche Opérationnelle en Santé.

In einem dritten Schritt erfolgt die Umsetzung, die mit der Zusendung des erstellten Versorgungsplans an den Pflegebedürftigen, an das Netzwerk der Dienstleistungsanbieter oder die stationäre Einrichtung beginnt. Der Koordinator der Dienstleistungsanbieter nimmt deswegen Kontakt zum Pflegebedürftigen auf und macht einen ersten Hausbesuch, bei dem die konkrete Umsetzung besprochen und abgestimmt wird.

Für die Personen, die in einer stationären Einrichtung leben, ist der Versorgungsplan bindend, da es zu keiner Aufteilung zwischen Geld- und Sachleistungen kommen kann.

Falls keine kurzfristigen Änderungen eintreten, kann nach einer Frist von sechs Monaten eine erneute Evaluation beantragt werden.

4. Leistungsprofile und Ergebnisse des Case Management

Das Case Management im Rahmen der CEO übernimmt eine wichtige Vermittlungsfunktion zwischen Bedarf und Angebot. Besonders deutlich wird dies im Zusammenhang mit der Bereitstellung von stationären Pflegeplätzen: Vor der Einführung der Pflegeversicherung war die genaue Anzahl der zur Verfügung stehenden Betten nicht bekannt. Nun hat die Krankenkassen-Union einen Vertrag mit den entsprechenden Einrichtungen abgeschlossen, welche diese verpflichtet, die CEO über frei werdende Betten zu informieren, welche nicht innerhalb von 10 Tagen belegt wurden. Verschiedene Pflegeheime warten diese Frist jedoch nicht ab und melden ihre freien Betten sofort.

Im ambulanten Bereich befindet sich die Vernetzung der Dienstleistungen noch im Aufbau. Seit der Einführung der Pflegeversicherung kann man jedoch feststellen, dass immer mehr pflegebedürftige Personen auf die Dienstleistungen der Netzwerke zurück greifen.

3.9 Case Management in den Niederlanden

Evaluatorin: Dr. Clarie Ramakers

1. Nationaler Kontext

Von den 15,6 Mio. Einwohnern der Niederlande (1997) waren 2 Mio. bzw. 13 % im Alter von 65 und mehr Jahren, 3 % 80 Jahre oder älter. Das Gesundheitswesen wird von den Älteren in starkem Maße in Anspruch genommen: 1997 besuchten 86 % der Niederländer ab 65 Jahren einen

Hausarzt (Gesamtbevölkerung: 76 %), 60 % einen Facharzt (37 %) und 12 % hatten mindestens einen Krankenhausaufenthalt (6 %).

Wenn eine selbstständige Haushaltsführung nicht mehr möglich ist, stehen zur Alternative:

1. Das Altenheim, das bei leichter Behinderung und/oder fehlenden sozialen Kontakten bezogen werden kann. Angeboten werden Einzelzimmer, täglich drei Mahlzeiten, soziale Hilfe, Notrufanlage sowie kommunikative Angebote oder
2. das Pflegeheim, das bei stärkerer körperlicher Behinderung und Pflegebedürftigkeit bezogen werden kann; das Leistungsspektrum umfasst Übernachtung in 4- bis 6-Bett-Zimmern, tagsüber ist der Aufenthalt in einem Gemeinschaftsraum möglich; ständige multidisziplinäre Beobachtung und Behandlung (psychogeriatrisches Pflegeheim für Demenzerkrankte) sind garantiert.

Die Entscheidung über die Platzvergabe erfolgt durch die Regionale Begutachtungsstelle (RIO). Beide Einrichtungenformen werden von der Sozialversicherung (auf Grundlage des AWBZ – Gesetz zur Finanzierung besonderer Krankheitskosten) finanziert, wobei im Altenheim zusätzlich ein Eigenanteil geleistet werden muss.

In den Niederlanden existieren rund 1.400 Einrichtungen, rd. 3 % der 65- bis 84-Jährigen und rd. 30 % der ab 85-Jährigen leben in diesen Einrichtungen, dies entspricht insgesamt 5,4 % der Bevölkerung ab 65 Jahren (113.000 in 1996) - allerdings mit rückläufiger Tendenz: So wird für das Jahr 2001 geschätzt, dass nur noch 107.000 Ältere in diesen Einrichtungenformen leben werden.

Die Tendenz geht nämlich hin zum Wohnen in Privathaushalten mit altersgerechten Wohnungen plus ambulanter Fürsorge. Diese wird von professionellen Pflegekräften zur Unterstützung informeller Betreuung geleistet und umfasst häusliche Krankenpflege und hauswirtschaftliche Hilfe. Dem Nationalverband der Organisationen für ambulante Krankenpflege und hauswirtschaftliche Hilfe waren 1995 129 ambulante Dienste angeschlossen.

9 % der Senioren (19 % der Hochbetagten ab 85 Jahren) nehmen regelmäßig hauswirtschaftliche Hilfe und 5 % der Senioren (14 % der Hochbetagten) häusliche Krankenpflege in Anspruch. Diese Leistungen werden zu 85 % von der Sozialversicherung (AWBZ) übernommen, die verbleibenden 15 % muss der/die Nutzer/in selbst übernehmen.

Darüber hinausgehend bieten Seniorenwohlfahrtsverbände, Sozialfürsorge, Familienorganisationen etc. verschiedene Leistungen an, sodass der Markt recht unübersichtlich war.

Case Management als Form der Fürsorgekoordinierung

Diese Unübersichtlichkeit des Angebots führte meist zu der Standardlösung eines Heimumzugs. Aus diesem Grunde wurde 1974 eine zentralisierte Koordinierung geschaffen, die durch mehr Kohärenz das Fürsorgeangebot verbessern sollte. Mitte der 80-er Jahre wurde diese zentralisierte Lösung in lokale/ regionale Eigenregie überführt. Die jeweiligen Aufgabenspektren unterschieden sich, so wird entweder reine Angebotskoordination geleistet oder darüber hinausgehend einzelfall-bezogene Leistungskoordination (Case Management).

Case Management bezieht sich auf das Individuum (Fallbezogenheit), die Fürsorge wird organisiert und umfasst den gesamten Prozess, das heisst, der/die Nutzer/in wird ab dem ersten Gespräch permanent begleitet. Des Weiteren soll sich das Case Management auf schwere Formen der Koordinierung beschränken und sollte trägerneutral sein, also weder von der Finanzierungsseite noch von Leistungserbringerseite gestellt werden. Die Aufgabe eines Case Managers ist des Weiteren nicht einer bestimmten Berufsgruppe vorbehalten.

Aus der eben genannten Definition von Case Management können unmittelbar die Aufgaben abgeleitet werden. Diese sind: Eingrenzen der Zielgruppe, Feststellung des Hilfebedarfs, Zuordnung von Fürsorgern und Leistungen, Erstellung eines Hilfeplans, Ausführung und Überwachung, Auswertung.

In den Niederlanden unterliegt das Case Management bezüglich der konkreten Ausgestaltung keinen gesetzlichen Regelungen. Aus diesem Grund kann das Case Management

- haupt- oder nebenamtlich ausgeführt werden,
- intern (bei Pflegeanbietern oder Versicherern angesiedelt) oder extern (neutral/ unabhängig) organisiert sein und
- seine Leistung eingeschränkt (z.B. nur Beratung und Koordinierung) oder umfassend (alle Komponenten des gesamten Prozesses) anbieten.

Örtliche Case Management Projekte

Diese angesprochene Vielfalt des Case Management wird bei Betrachtung der folgenden Beispiele deutlich. Hier werden einige unterschiedliche lokale und regionale Modelle kurz vorgestellt, die sich nach Trägerschaft/ Finanzierung, Zielgruppen, Funktionsbezeichnung und Aufgabenprofil unterscheiden.

- *Individuelle Fürsorgezuschüsse (Rotterdam 1988)*: Träger dieses Projekts sind die Stadt und das Zentrum für Soziale Geriatrie und Gerontologie; die Zielgruppe sind Antragsteller auf Altenheimplatz; die Organisation erfolgt durch die Anbindung an eine neutrale Organisation; das Projekt übernimmt folgende Aufgaben: Feststellung des Hilfebedarfs aus Klientensicht, Koordinierung der professionellen und nicht-professionellen Leistungen, Pflegeplanung und Überwachung; das Projekt wird aus einem so genannten Experimententopf des Gesundheitsministeriums finanziert.
- *Integrierte Altersfürsorge (Aalten 1990)*: Träger dieses Projekts sind die Gemeinde und eine Seniorenstiftung; Zielgruppe sind ältere Bürger; die Organisation erfolgt in Anbindung an die Gemeinde und ist trägerneutral; es werden folgende Aufgaben übernommen: Informationssammlung, individuelle Beratung und bedarfsgerechte Koordinierung der Versorgungsstruktur, Rückmeldung von Defiziten an den lokalen „Lenkungsausschuss“.
- *Fürsorgekoordinierung (Leeuwarden 1992)*: Träger sind ein Altenheim sowie Stadt und Provinz; Zielgruppe sind die Antragsteller auf einen Altenheimplatz; die Organisation erfolgt über die Anbindung eines Fürsorgekoordinators an das Altenheim; seine Aufgabe ist es, das individuell koordinierte Fürsorgeangebot unter Einbeziehung aller zuständigen Dienste zu verwirklichen.
- *Fürsorgekoordinierung (Landgraaf 1995)*: Träger sind eine Altenheim-Stiftung sowie Stadt und Provinz; Zielgruppe sind Senioren mit komplexem Hilfebedarf; die Organisation erfolgt trägerübergreifend, es arbeiten Mitarbeiter verschiedener Einrichtungen in einem Fürsorge-Koordinierungsteam zusammen; zu den Aufgaben vgl. das o.g. Beispiel aus Aalten.
- *Ambulante Fürsorge für psychogeriatrische Pflegeheimfälle (Arnheim 1996)*: Träger sind eine Altenheim-Stiftung und Pflegeversicherer; Zielgruppe sind noch selbstständig lebende ältere Menschen mit komplexem, vor allem psychogeriatrischem Hilfebedarf, die für einen Heimplatz „indiziert“ sind; Hauptaufgabe ist es, ein zusammenhängendes Fürsorgeangebot zu verwirklichen.

- *Städtische Fürsorgestationen (Kerkrade 1997)*: Träger sind eine Altenheim-Stiftung sowie die Provinz; Zielgruppe sind die Antragsteller auf einen Altenheimplatz; die Organisation erfolgt über städtische Fürsorgestationen, die verschiedene Fürsorge-Organisationen einbeziehen; zu den Aufgaben gehören die Fürsorgekoordination „rund um die Uhr“ mit Tagesbetreuung sowie das Sicherstellen von Mahlzeiten und Körperpflege.
- *Case Management Psychogeriatric für demente ältere Menschen (Brabant 1998)*: Träger ist ein Institut mit nationaler Förderung; die Organisation erfolgt über unabhängige Case Manager; Zielgruppe sind psychogeriatrisch kranke ältere Menschen (indiziert oder nicht) und deren primäre Betreuer; folgende Aufgaben werden übernommen: Implementierung der Case Management-Funktion mit Betreuung, Unterstützung, Beratung, Vermittlung; Kooperation mit Leistungsanbietern, Wohnungsvermietern, Wohlfahrtsverbänden, Altersfürsorgezentren usw.

2. *Nieuw Doddendaal: Wohnzentrum für ältere Menschen* (seit November 1989)

Das Wohnzentrum Nieuw Doddendaal umfasst 36 Ein-Personen- und 2 Zwei-Personen-Appartements sowie 1 Appartement für kurzfristige Aufnahme. Es verfügt über einen Wäscheraum (Waschmaschinen, Wäschetrockner) sowie über eigene Eingänge und Postadressen der einzelnen Appartements, hat aber (bewusst) keine zentrale Rezeption und keine zentrale Küche. Träger dieses Wohnzentrums ist die Wohn- und Fürsorgeorganisation.

Die Bewohner sind durchschnittlich 84 Jahre alt und 65 % sind Frauen; die Aufenthaltsdauer beträgt durchschnittlich 4,3 Jahre (Altenheim: 4,6 Jahre). Die Hilfebedürftigkeit der Bewohner ist etwas niedriger als bei Altenheimbewohnern; so liegt der Betreuungsbedarf bei 77,5 Minuten pro Tag (im Altenheim bei 92,2 Minuten).

Das Wohnzentrum wird von einem kleinen Fürsorgeteam mit zwei Case Managern und fünf Mitarbeitern für Bewohner- und Verwaltungsangelegenheiten betreut. Die beiden Case Manager, eine allgemeine Fachpflegekraft und eine psychiatrische Fachpflegekraft arbeiten in Teilzeit (20 – 30 Wochenstunden). Es findet monatlich eine team-interne Besprechung und alle 2 Monate eine Arbeitsbesprechung mit der Direktion statt, sodass zusammen 24 Stunden/ Woche auf Arbeiten des Case Managers für 40 Bewohner entfallen. Die Case Manager haben ein eigenes Büro im Wohnzentrum mit Sekretariat, das zugleich Aufgaben des Informations- und Nothilfedienstes wahrnimmt und von 8.00 Uhr bis 23.00 Uhr besetzt ist. Gespräche mit dem

Case Manager werden hierüber vereinbart, es gibt keine festen Sprechstunden. Die Finanzierung dieser Versorgungsstruktur erfolgt über das Versorgungsbudget.

Aufgabenverteilung

Die Case Manager sind in erster Linie für die Überwachung der Ausführung der individuellen Fürsorgepläne verantwortlich, während die weiteren Mitarbeiter u.a. die Nothilfe von 8.00 Uhr bis 23.00 Uhr besetzen.

Das Wohnzentrum unterhält keine eigenen Versorgungs- und Pflegekräfte und keinen für Fürsorge- und Bewohnerangelegenheiten zuständigen Direktor. Aus diesem Grund müssen bei Bedarf Mahlzeitendienst (Catering Service), pflegerische Versorgung, hauswirtschaftliche Hilfe (Einkaufen, Wäsche, Putzen), Aktivitätenbegleitung, Nachtdienst-Nothilfe von 23.00 Uhr bis 8.00 Uhr usw. hinzu gekauft werden. Die Finanzierung dieser Leistungen ist in einem pauschalen Beitrag zum Versorgungsbudget enthalten, wird aber bei Eigenleistung (z.B. Mahlzeiten, Wäsche, Putzen) zurückerstattet.

3. Case Management in Nieuw Doddendaal

In Nieuw Doddendaal werden anstelle der Standardlösung „Vollversorgung“, die oftmals zu einem verfrühten Verlust von Handlungsmöglichkeiten und Autonomie führt, die Prinzipien Wahlmöglichkeiten, Entscheidungsfreiheit und dadurch die Optimierung der Selbstständigkeit verfolgt.

Definition und Aufgabenbereich

Der Case Manager hat eine weitgehend eigenständige Funktion, ist aber dem Stiftungs-Direktor rechenschaftspflichtig. Die Aufgaben des Case Managers sind:

- Auswerten des Hilfebedarfs sowie Aufsetzen eines Dienstleistungsvertrags,
- Unterstützen/ Organisieren der Dienstleistung (Gespräche mit Dienstleistern, Feinabstimmung auf Wünsche der Klienten),
- finanzielle Bewertung und Kontrolle,
- individuelle Beratung über Veränderungen (ca. vierteljährlich) sowie
- externe Kontakte (zu Pflegeheim, Krankenhaus, Familie etc.).

Anforderungen an das Case Management

Das Anforderungsprofil an die Stelle des Case Managers umfasst eine sozialpädagogische Qualifikation, soziale Kompetenz, Kenntnis der „sozialen Landschaft seines Arbeitsbereichs“ und Beurteilungskompetenz von Funktionseinschränkungen.

Methodik und Arbeitsweise

In einem Erstgespräch/ Beratungsgespräch, das mit jedem neuen Bewohner in der bisherigen Wohnung durchgeführt wird, werden gesundheitliche, pflegerische, sozio-kulturelle Aspekte sowie der Grad der Selbstständigkeit des zukünftigen Bewohners abgeklärt. Zudem werden das Angebot sowie das Wohn- und Versorgungskonzept erläutert.

Wenn ein Appartement frei wird, wird der zukünftige Bewohner mit seinen Angehörigen eingeladen. Das Wohnzentrum wird vor Ort vorgestellt, die Details werden abgesprochen und der Dienstleistungsvertrag sowie der Mietvertrag werden unterzeichnet. Bei Einzug wird ein Hilfeplan erstellt, dazu gehören eine detaillierte Ausarbeitung der Versorgungs- und Dienstleistungen sowie eine monatliche Auswertung des Hilfeplans. Auf Wunsch können auch zwischenzeitlich Modifikationen des Hilfeplans vorgenommen werden.

Sowohl der Dienstleistungsvertrag als auch der Hilfeplan werden im Appartement des Bewohners hinterlegt, eine Kopie wird beim Case Manager verwahrt. Es ist sehr wichtig anzumerken, dass die Entscheidungskompetenz über die in Anspruch genommenen Leistungen allein beim Bewohner liegt; nur wenn dieser dazu nicht mehr in der Lage ist, wird diese auf die Familienangehörigen übertragen.

3.10 Case Management in Österreich

Evaluatorin: Dr. Waltraud Saischek

Die Trägerorganisation des Case Management ist der „Gesundheitssprengel“ als ein Verein, der für die kommunale Altenhilfe zuständig ist. Durch dessen Ausgliederung aus der Kommunalverwaltung soll eine „eher privatwirtschaftliche“ Orientierung erreicht werden. Die Finanzierung erfolgt zu je einem Drittel durch Stadt, Land und Leistungsentgelte. Der Gesundheitssprengel ist Träger von ambulanten Diensten und Vermittlungsstellen. In den sieben Stadtteilen Innsbrucks gibt es jeweils eine „Sozial- und Gesund-

heitsstation“. Der Sprengel beschäftigt insgesamt 80 feste Mitarbeiter plus 21 Zivildienstleistende (für rd. 120.000 Einwohner). Das Case Management wurde innerhalb des Sprengels als Stabsstelle eingerichtet.

1. Rahmenbedingungen

Finanzierung von Pflege durch die Pflegeversicherung

Bei anerkannter Pflegebedürftigkeit erhält man in Österreich Pflegegeld nach sieben Stufen des Pflegebedarfs. Im Jahr 1997 bezogen 270.000 Personen Pflegegeld, davon 23 % in Einrichtungen und 77 % in Privathaushalten (hierunter ein Drittel allein lebend). Weiterhin übernehmen die Sozialhilfe (Land) bei Bedarf Kostenanteile der Pflegebedürftigen (46.500 Bezieher) sowie Rehabilitationsgesetz und Krankenversicherung für medizinische Pflege. Ambulante und stationäre Dienste werden von der Kommune unmittelbar subventioniert, wenn sie gemeinnützig sind; die zunehmende Zahl der privaten Dienste wird nicht unterstützt.

Für die Kosten von Pflege und Haushaltshilfe gelten sozial gestaffelte Tarife, indem von der Differenz zwischen Nettoeinkommen und Sozialhilfesatz pro Stunde

- 1 % für Haushaltshilfe (Pflegegeldbezieher: zusätzlich 2 €)
- 1,5 % für Hilfspflege (Pflegegeldbezieher: zusätzlich 4 €)
- 2 % für nicht-medizinische Hauskrankenpflege/ Grundpflege (Pflegegeldbezieher: zusätzlich 6 €)

berechnet wird (d.h. bei 200 € Differenz: zwischen 2 € und 4 € pro Stunde; die tatsächlichen Kosten bilden die Obergrenze).

Für soziale Härtefälle wird ein Mindestsatz von rd. 7 € pro Monat (als symbolische Pauschale) erhoben (subventionierte Preise; Restfinanzierung zu 65 % durch Land und zu 35 % durch Stadt). Die Medizinische Hauskrankenpflege wird als Sachleistung der Krankenversicherung gewährt. Ambulante Pflege wird nur solange gewährt, wie sie weniger oder gleich teuer ist wie stationäre Pflege; ansonsten muss ins Heim gewechselt werden.

Demografische Entwicklung

Die Zahl der über 85-Jährigen wird zwischen 1992 und 2030 um über 100 % steigen, die Relation der über 60-Jährigen zur Erwerbsbevölkerung von rd. 30 % (1960 bis 1992) auf 65 % in 2030. Im Zusammenhang mit der stei-

genden Zahl älterer Menschen wird auch mit einer steigenden Zahl von Dementen gerechnet.

Rechtliche Rahmenbedingungen und Versorgungsstruktur

Es gibt eine große Vielfalt der Dienste; 43 % der Pflegebedürftigen nehmen mehr als einen Dienst in Anspruch. Die Organisation der ambulanten Dienste ist nicht einheitlich: In Wien wurden zur Organisation und Vermittlung von Hilfen „Sozialzentren“ eingerichtet, in Oberösterreich wurden Versorgungsgebiete auf Leistungsanbieter aufgeteilt, in Kärnten gibt es in die Verwaltung integrierte Sozialsprengel, in Tirol ausgegliederte Sozialsprengel. Diese leisten einerseits ambulante Grundversorgung und sind andererseits „soziale Drehscheibe“ zur Vermittlung anderer Angebote. Eine Koordination einschließlich der Steuerung des Angebots werden angestrebt.

Es gibt keinen systematischen Überblick über die Anbieter, sondern nur Selbstdarstellungen; daher wurde (bisher einmalig in Tirol) die Finanzierung des Case Management beschlossen.

Zielsetzung des Case Management

Das Case Management soll primär ein bedarfsgerechtes „package of care“ zusammen stellen (bei Beachtung der Neutralität). Sekundär sollen ein effizienter Einsatz der Mittel und ein besserer Überblick über Versorgungssituation erreicht werden; Über- und Unterversorgung sollen aufgedeckt werden. Statt konkurrierender, generalistisch orientierter Leistungsanbieter wird eine Entwicklung hin zu abgestimmter Spezialisierung angestrebt; die von der Case Management-Stelle geleistete Marktübersicht kann Informationen über Marktlücken vermitteln.

- *Externes Case Management:* Das externe Case Management dient der Koordination des Angebotsmarktes sowie der Information von Hilfesuchenden und Angehörigen (diese entscheiden letztlich als autonome Kunden).
- *Internes Case Management:* Als internes Case Management wird die Selbstevaluation zur Effizienzsteigerung der Leistungsstruktur des Sprengels verstanden: die vereinsinterne Neustrukturierung und Ausrichtung der Leistungsstruktur „auf die Bedürfnisse der Klienten“. Die Pflegedienstleitung steuert internes Management in Form eines „package of care“, dadurch soll Bedarfsgerechtigkeit garantiert und zugleich die Dienstleistung optimiert werden. Neue Klienten werden vom externen Case Management an das interne Case Management weitergeleitet.

2. Personelle und sachliche Ausstattung des Projekts

Organisation des Case Management

Das externe Case Management besteht seit Mai 1998. Anfangs war eine Mitarbeiterin mit 20 Wochenstunden zur Erhebung der Betreuungs-Infrastruktur befasst, dies reichte aber nicht aus und wurde auf 40 Wochenstunden ausgebaut. Die Case Managerin, eine diplomierte Krankenschwester, nimmt neue Klienten auf, analysiert deren Situation und organisiert die erforderliche und gewünschte Unterstützung unter Einbeziehung aller vorhandenen (professionellen und informellen) Ressourcen.

Das interne Case Management wird durch ein Stadtteilteam geleistet, bestehend aus Krankenschwestern, Krankenschwestern-Helferinnen, Pflegehelferinnen, Altenfachbetreuerinnen, Sozialarbeitern und -pädagogen und Haushaltshilfen (ergänzend Physiotherapeutin und Logopädin); die Koordinatorin des Teams ist eine Diplom-Krankenschwester.

Die Case Manager aus den Bezirken treffen sich zu wöchentlichen Team-sitzungen.

Aufgabenverteilung

Das externe Case Management weist Klienten dem internen Case Management oder anderen Diensten zu. Es hat einen Überblick über und Kontakte zu allen ambulanten, teilstationären und stationären Anbietern. Die Klienten werden einmal pro Monat besucht, darüber hinaus steht die Case Managerin laufend mit ihnen in telefonischem Kontakt.

Das interne Case Management übernimmt

- den Erstbesuch und die Feststellung des Betreuungsbedarfs bei Klienten (Assessment)
- die Koordinierung der pflegerischen Betreuung
- die Absprache mit der externen Case Managerin über die Koordination von sonstiger Betreuung (geplant ist, dass zukünftig die interne Case Managerin die gesamte Betreuung koordiniert)
- die laufende Evaluation des Betreuungsprozesses (Übergabeblatt vom externen Case Management; Dokumentationsmappen)
- mindestens einen Klientenbesuch pro Monat
- wöchentliche Treffen mit Case Managern aus anderen Stadtteilen.

Qualifikation der Case Manager

Die Case Managerinnen sind diplomierte Pflegekräfte und verfügen über eine hohe „Sozialkompetenz“, die auch durch eine sozialarbeiterische Zusatzkompetenz zu erwerben ist (an einem entsprechenden Ausbildungskonzept wird noch gearbeitet). Ergänzend stehen 20 % der Arbeitszeit der im Sprengel beschäftigten Stadtteil-Koordinatorinnen zur Verfügung, die ansonsten in der Gemeinwesenarbeit tätig sind.

In den ambulanten Diensten des Sprengels arbeiten unter Verantwortung der Case Managerin Diplom-Krankenschwestern (Durchführung der medizinischen und nicht-medizinischen Pflege/ Grundpflege), Pflegehelfer und Altenfachbetreuer (Mitarbeit bei Pflege und hauswirtschaftlichen Hilfen), Hauswirtschaftshelfer (ganzheitliche Hilfe), Therapeuten (ambulante Physiotherapie und Logopädie), Zivildienstler (Hilfen bei Haushaltsführung, Besorgungen, Begleitung) und Praktikanten (ambulante Betreuung, Hauskrankenpflege). Weiterhin werden Angehörige durch die Case Managerin eingebunden (Ratschläge, Schulung und Überwachung, um Überforderung zu verhindern). Ehrenamtliche Mitarbeiter werden derzeit nicht eingesetzt, da keine organisatorische Struktur dafür vorhanden ist; aber für die Zukunft ist dies geplant.

Sachausstattung des Case Management

Standorte des internen Case Management sind die multifunktionalen Stadtteil-Zentren (sieben Stadtteil-Stellen zuzüglich zweier Außenstellen), da eine bürgernahe Lokalisierung ein vordringliches Ziel war. Das externe Case Management befindet sich im Zentrum von Innsbruck.

An technischer Ausstattung stehen Telefon, Anrufbeantworter, Fax, E-Mail, Handy und Dienstwagen für die Case Managerinnen zur Verfügung, weiterhin ein PC mit Zugang zu einem „Gesundheits-Informations-Netz“. Dort werden die Ressourcen, Kapazitäten und die Auslastung der Anbieter im ambulanten und stationären Bereich verwaltet; die Case Managerin kann während der Beratung auf diese Informationen zugreifen.

Externe Kooperation und Schwierigkeiten

Bei der Zuweisung von Klienten durch Sozialarbeiterinnen der Klinik gab es zunächst Konkurrenzprobleme: Diese befürchteten eine Beschneidung ihrer Kompetenzen, können aber mangels eines klinischen Außendienstes keine dem Case Management vergleichbaren Leistungen erbringen. Hier war eine

Aufgabenklärung erforderlich. Auch bei anderen Beteiligten stieß die Umstrukturierung und der Aufbau des Case Management auf Widerstände.

Kostenträgerschaft

Das Case Management wird durch Land und Stadt finanziert. Die Kosten werden als „nur unwesentlich mehr als bisher“ eingeschätzt, da das Case Management zu erheblichen Einsparungen geführt habe.

3. Mit welchen Instrumenten arbeitet die Case Management-Stelle?

Prozess des Case Management

Assessment: In einem Anfangskontakt der Case Managerin mit der Klinik-Sozialarbeiterin oder dem Hausarzt sowie mit den Betroffenen, ihren Angehörigen und Nachbarn werden der (Gesundheits-) Zustand des Klienten sowie mögliche Unterstützungsressourcen ermittelt, Unterstützungsbereitschaft und weiterer Hilfebedarf. Dabei sollen die Wünsche des Klienten möglichst berücksichtigt werden.

Package of care: Nach Klärung des Bedarfs wird recherchiert, welche Angebote geeignet sind; dann, ob diese Anbieter die erforderlichen Kapazitäten zur gewünschten Zeit haben.

Dokumentation: Zwischen externem und internem Case Management wird ein Übergabebogen mit den erforderlichen Klienten-Informationen ausgetauscht. Zur Pflegedokumentation wird eine „Betreuungsmappe“ beim Klienten hinterlegt. Sofern der Klient an andere Dienste vermittelt wird, wird dies durch das externe Case Management dokumentiert, auch hier ermöglicht der Übergabebogen einen lückenlosen Informationsfluss.

Pflegekonferenz: Für Klienten, die über das externe Case Management aufgenommen wurden, wird von hier aus eine Pflegekonferenz einberufen, in der Pflegedienste und der Hausarzt gemeinsam jeden individuellen Fall erörtern. Sofern die Pflege und Betreuung durch die Dienste des Sprengels selbst geleistet werden, übernimmt das interne Case Management diese Erörterung von Einzelfällen. (Es wurde in Erwägung gezogen, Hausärzte auch als Case Manager vorzusehen, aber wegen der fehlenden Kommunikationsstruktur zwischen ärztlichem System und ambulanter Pflege erschien dies unrealistisch; stattdessen nehmen sie an den Pflegekonferenzen mit den Case Managern teil.)

Sprengel-Konferenz: Weiterhin finden vierteljährliche Treffen mit allen beteiligten Akteuren statt, auf denen fachliche und organisatorische Fragen erörtert werden.

Ressourcen-Nachweissystem (in Trägerschaft des Instituts für Biostatistik): In diesem System werden Kapazitäten der Anbieter nachgewiesen, die für die Case Manager per PC abrufbar sind. Die Daten werden wöchentlich durch die Anbieter aktualisiert (was derzeit noch durch telefonische Recherchen ergänzt werden muss, da die Aktualisierung unzuverlässig sind).

Case Management als politische Entscheidungsgrundlage

Die Erfahrungen der Case Management-Stelle werden bei der Planung von Pflegestrukturen einbezogen, um Unter- oder Überversorgung zu vermeiden. So konnte z.B. die Case Managerin die Organisation einer Hilfestruktur für Verwahrlosung initiieren.

4. Leistungsprofil des Case Management

Das Case Management in Innsbruck wird nur bei komplexem Hilfebedarf tätig. Zu den Arbeitsschwerpunkt im Einzelnen:

- Durchführung eines umfassenden Assessments und Analyse des Hilfebedarfs
- Zusammensetzung eines „package of care“
- Vermittlung und Koordination der geeigneten Dienstleistungen
- Begleitung und Evaluation während des Pflege- und Betreuungsprozesses, ggf. Anpassung der Leistungen an veränderten Hilfebedarf
- Begleitung bei Krankenhauseinweisung, Krankenhausüberleitung, Heimumzug
- Vermittlung in Betreutes Wohnen.

Die Funktion der externen Kontrolle der Leistungserbringung rückt in den Hintergrund, da die meisten Leistungen vom eigenen Dienst des Sprengels durchgeführt werden. Für den Fall externer Kooperationserfordernisse steht aber auch ein breites Spektrum an Diensten und Einrichtungen zur Verfügung.

3.11 Care Management im Vereinigten Königreich

Evaluator: Prof. Dr. David Challis

1. Nationaler Kontext

Im Vereinigten Königreich nahm die staatlich finanzierte stationäre Versorgung älterer Menschen in den 80er-Jahren stark zu, ohne eine Kontrolle des tatsächlichen Bedarfs vornehmen zu können. Zudem war das Dienstleistungsangebot stark fragmentiert, was eine erhebliche Unübersichtlichkeit zur Folge hatte. Aus diesen Gründen wurde 1998 von der Regierung ein Richtungswechsel vorgenommen, der in der Konzeption „Caring for people“ zum Ausdruck kommt. In dieser Konzeption wurden die folgenden sechs Schlüsselbereiche identifiziert:

- Förderung von Diensten mit dem Ziel, dass ältere Menschen so lange wie möglich zu Hause wohnen bleiben können,
- hohe Priorität für die Bedarfe der Pflegenden,
- qualitativ hochwertiges Assessment und Case-Management als Eckpfeiler der öffentlichen Versorgung,
- Förderung eines gut funktionierenden unabhängigen Dienstleistungssektors neben den öffentlichen Dienstleistungen,
- Klärung der Verantwortlichkeiten zwischen gesundheitlichen und sozialen Dienstleistern sowie
- bessere Ausschöpfung der monetären Mittel durch Reduzierung der stationären Versorgung.

Diese neuen Aufgaben wurden den Abteilungen für Sozialwesen in den Gemeinden übertragen. Sie sind verantwortlich für das Assessment des Bedarfs, für die Erstellung eines individuellen Versorgungsplans und dessen Umsetzung sowie für die Bereitstellung von Care Managern, die den gesamten Prozess begleiten und überprüfen und den einzigen Zugang zu den Dienstleistungen darstellen.

Dieser politische Richtungswechsel - weg von der stationären Versorgung und Stärkung der häuslichen Pflege - war in erster Linie finanziell motiviert und mündete 1993 in einer gesetzlichen Verankerung des Care Management. Das Ziel der Kostenregulierung kann erreicht werden, indem durch das Care Management der hohe Fragmentationsgrad sowohl von Dienstleistern im Sozialwesen als auch im Gesundheitswesen überwunden wird und beide Bereiche zusammengeführt werden. Zudem sollten laut der Konzeption die Verhältnisse in der Pflege sowohl hinsichtlich stationärer und häuslicher Pflege als auch hinsichtlich formeller und informeller Pflege neu strukturiert werden.

In dem kürzlich erschienenen Papier „Modernisierung des Sozialwesens“ wurde nochmals die Rolle des Care Management betont:

‘In April 1993, social services’ responsibilities for people needing long term care expanded significantly. Until that time, people who lived in independent residential or nursing homes were funded through DSS (Social Security) benefits. The Community Care reforms gave social services the responsibility not only to fund this type of care placement (subject, as before, to a means test) but also to carry out an assessment of care needs for the individual concerned, and ensure that the care being given was what that person needed. This focus on individual care management, focused towards helping more people to live in their own homes, was the key change to the system.(White Paper ‘Modernising Social Services’, Cm 4169, 1998, p13)

2. Organisatorische und operationale Merkmale des Care Management

Care Management ist eine Aufgabe, die von den insgesamt 150 Abteilungen für Sozialwesen der Gemeinden übernommen wird, die sich jeweils in Bezug auf die Definition von Care Management unterscheiden: 65% der verantwortlichen Behörden definieren Care Management als einen organisatorischen Prozess, 15% als eine spezifische Arbeitsstelle und 20% verstehen darunter beides.

Care Manager sind im Vereinigten Königreich prinzipiell Angestellte der Behörden und arbeiten größtenteils innerhalb eines Spezialistenteams für ältere Menschen. In den Abteilungen für Sozialwesen, die mit Care Management befasst sind, werden in der Regel Care Manager, Sozialarbeiter und Beschäftigungstherapeuten beschäftigt. In 21% der Abteilungen werden Beschäftigte des Gesundheitswesens, hauptsächlich zur Unterstützung beim Assessment, herangezogen. Ein Großteil der Behörden hat das Care Management im Bereich der Organisation von Leistungen verortet, während 17% der Behörden berichteten, dass Care Management bei ihnen sowohl im Bereich der Organisation als auch im Bereich der eigenen Leistungsanbietung verortet ist. Hier können organisatorische Probleme einer sauberen Trennung dieser beiden Bereiche entstehen.

Das zur Verfügung stehende Budget für die Unterbringung in Einrichtungen wird auf nationaler Ebene festgelegt, während das Budget für häusliche Dienstleistungen von den Gemeinden festgelegt wird.

3. Praxis und Prozess des Care Management

Assessment

In die folgende Darstellung gehen 50 Assessmentinstrumente ein, die in den verschiedenen Stellen benutzt werden. Qualität und Inhalt der Instrumente sind sehr unterschiedlich und oftmals ist kein klarer Zusammenhang zwischen den identifizierten Bedürfnissen und der Formulierung adäquater Lösungen zu erkennen. Besonders groß sind die Unterschiede bei der Erfassung von Pflegebedarf, Depressionen, Altersdemenz und Verhaltensauffälligkeiten. Die Erfassung der Bewältigung alltäglicher Aufgaben (ADL) stimmt dagegen in der Regel inhaltlich überein, wobei auch hier Unterschiede im Grad der Strukturiertheit bestehen.

Das Assessment wird hauptsächlich von Care Managern, Sozialarbeitern und Beschäftigungstherapeuten durchgeführt, wobei häufig auch Personal aus dem medizinischen Bereich, wie beispielsweise Pflegepersonal, zum Assessment hinzugezogen wird. Die Einbeziehung von Medizinern in den Assessmentprozess ist allerdings nicht vorgeschrieben.

Beim Assessment können je nach Komplikation des Falls und Ausmaß des Hilfebedarfs mehrere Abstufungen vorgenommen werden. Einige Care Management-Stellen führen das Assessment für alle Nutzergruppen auf einem einheitlichen Level durch, während die Mehrzahl hier zwei Level unterscheidet: Ein Assessment für leichtere Fälle und eines für schwierigere Fälle, in das weitere Spezialisten einbezogen werden. Allerdings gibt es auch Stellen, die beim Gesamtassessment auf einer Ebene weitere Spezialisten je nach Schwere des Falls hinzuziehen.

In einer beispielhaft ausgewählten Care Management-Stelle werden zwei Level beim Assessment unterschieden; ein komplexeres kommt bei kostenintensiven Fällen zur Anwendung, bei denen eventuell ein Heimaufenthalt in Frage kommt. In diesen Fällen wird qualifizierteres Personal in das Assessment einbezogen. Die Dokumentation wird dagegen bei beiden Assessments in gleicher Weise erstellt.

Erstellung eines Versorgungsplans

Auch an der Erstellung des Versorgungsplans sind in der Regel Care Manager, Sozialarbeiter und Beschäftigungstherapeuten beteiligt. Bei der Erstellung des Hilfeplans werden die Kosten kalkuliert, wobei meistens sowohl die Kosten von intern bereit gestellten Dienstleistungen als auch von externen Dienstleistungsanbietern einbezogen werden. Fast vier Fünftel der

Verantwortlichen gaben an, dass für mindestens eine der Nutzergruppen das Ausgabenvolumen begrenzt ist. Oftmals bestehen auch relative Ausgabengrenzen für die Versorgung älterer Menschen, die für ältere Menschen häufiger zur Anwendung kommen als für andere Nutzergruppen. Diese Praxis lässt sich mit dem besonders hohen Ausgabenvolumen für ältere Menschen begründen.

Die Obergrenze für die häuslichen Leistungen wird sehr häufig anhand der Kosten einer vergleichbaren Versorgung in einer Einrichtung definiert. Weitere Kriterien sind das zur Verfügung stehende Budget sowie der Bedarf; so werden beispielsweise verschiedene Grenzen für verschiedene Level des festgestellten Bedarfs festgelegt.

In einer beispielhaft ausgewählten Stelle sind Sozialarbeiter, Mitarbeiter der kommunalen Fürsorge und Beschäftigungstherapeuten verantwortlich für die Implementierung des Hilfeplans. Das gesamte Paket der Hilfeleistungen wird kalkuliert und anhand des Limits abgeglichen, das für die wöchentlichen Ausgaben der entsprechenden Bedarfskategorie festgelegt ist. Der Care Manager erläutert dem Nutzer und dem Pflegenden den erstellten Hilfeplan und ist für die Umsetzung zuständig.

Überprüfung

Die Überprüfung findet in der Regel im Beisein des Hilfesuchenden statt, etwa die Hälfte der Stellen berücksichtigen regelmäßig und 30% gelegentlich Informationen des Pflegenden. Andere Wege des Monitorings sind Telefongespräche und Mitteilungen über Veränderungen durch andere Stellen. Im Allgemeinen ist für diese Aufgabe auf Grund der großen Nachfrage nach Assessments sehr wenig Zeit. In einigen Stellen beschränkt sich der Care Management auf das Assessment und die Hilfeplanerstellung.

Einbeziehung der Nutzer und deren Familie

Im Vereinigten Königreich haben die Pflegenden ein Recht auf ein Assessment ihres eigenen Bedarfs, was in der Praxis allerdings kaum berücksichtigt wird. Der Evaluator sieht es dem gegenüber als sehr sinnvoll an, die Nutzer und Pflegenden in die Implementierung des Hilfeplans, in die Überprüfung und die folgenden Assessments einzubeziehen.

4. Durchführung und Ergebnisse des Care Management

Effektivität des Care Management

Die meisten Studien befassen sich in der Evaluierung von Care Management mit Risikogruppen von dementen älteren Menschen, die ein hohes Maß an Hilfen benötigen. Aus diesem Grund liegt der Fokus auf Aufnahme oder Wiederaufnahme in Krankenhäusern oder anderen Pflegeeinrichtungen.

Abgesehen von den Unterschieden und Schwierigkeiten, allgemein gültige Definitionen für beispielsweise mentale Problemlagen oder das Risiko einer Heimeinweisung zu finden, können einige gemeinsame Punkte bezüglich der Bewertung aufgezeigt werden. Diese sind: kommunale Ersparnis, Lebensqualität und Qualität der Hilfen. In einer Reihe von Studien wurden darüber hinaus folgende Faktoren identifiziert, anhand derer die Ergebnisse des "Long-term Care Management" überprüft werden können. Diese sind:

1. Integration der Kostenrechnung in das Programm
 2. Logische Verknüpfung zwischen dem Hilfemodell, den Zielen des Programms und den Anreizen in der Praxis
 3. Klarheit der Aufgaben
 4. Zielgruppenbestimmung
 5. Kontinuität der Beteiligung.
-
1. Die Einbindung des Programms in die kommunalen Behörden und die damit verbundene Integration der Kostenrechnung kann zur Folge haben, dass kontraproduktive Anreize geschaffen werden, wenn beispielsweise auf Grund von organisatorischen Zwangslagen (zu) enge Budgetgrenzen bestehen bleiben. Um diese kontraproduktiven Anreize zu vermeiden, müssen Kostenrechnung und Programm gut aufeinander abgestimmt werden.
 2. In Bezug auf die praktische Umsetzung programmatischer Ziele wird ein hohes Maß an Flexibilität verlangt, weil ansonsten die Gefahr besteht, dass standardisierte Lösungen, die einfach umzusetzen sind, bevorzugt würden. Dies hätte eine Abkehr von individuellen Lösungen hin zu Standards zur Folge und wäre damit nicht im Sinne des Programms.
 3. Die Aufgaben können sich entweder auf die Bedürfnisse der Nutzer und den Prozess der Hilfeorganisation oder auf das Ergebnis wie Hospitalisationsgrad oder Lebensqualität beziehen.

4. Mithilfe einer genauen Definition der Zielgruppen können diejenigen Hilfesuchenden selektiert werden, die eine Hilfe durch das Care Management am meisten benötigen.

5. Durch eine kontinuierliche Beteiligung des Managers an Assessment, Hilfeplanerstellung, Monitoring etc. können sowohl effiziente als auch ineffiziente Strategien ermittelt werden. Dies gilt sowohl auf der individuellen als auch auf der allgemeineren Ebene.

5. Schlussfolgerungen

Die Bandbreite beim Assessment sowohl bezogen auf die verwendeten Instrumentarien als auch bezogen auf die beteiligten Berufsgruppen ist im Vereinigten Königreich, wie in anderen Ländern auch, sehr groß. Um eine diesbezügliche Vereinheitlichung zu erreichen, könnte ein landesweit geltendes Rahmenwerk entwickelt werden.

Die gesetzlich vorgeschriebenen Aufgaben des Care Management werden beschrieben als *"the process of tailoring services to individual needs. Assessment is an integral part of care."* (Department of Health, 1991, 11) Diese Definition lässt eine große Bandbreite an Auslegungsmöglichkeiten zu und umfasst nicht zwingend alle Aufgaben, die das Care Management beinhalten sollte, nämlich: Assessment, Erstellung eines Hilfeplans, Implementierung und Monitoring.

In vielen Care Management-Stellen werden vor allem die komplizierteren und schwereren Fälle bearbeitet, bei denen es einen Heimaufenthalt zu verhindern gilt. Allerdings stellt sich diesbezüglich die Frage, wie die leichteren Fälle versorgt werden sollen, zumal die politische Intention eine Versorgung aller Hilfesuchenden beinhaltet. Im Jahresbericht über "Social Services Inspectorate" wurde die Schlussfolgerung gezogen, dass drei verschiedene Typen des Care Management notwendig sind, um die verschiedenen Bedarfslagen effizient befriedigen zu können: Erstens ein administratives Care Management, bei dem Informationen gesammelt werden, die nach Bedarf abgerufen werden können. Zweitens eine Koordinierungsstelle für leichtere Fälle, die nur wenige Dienstleistungen benötigen und drittens ein intensiver Typ des Care Management mit entsprechender Personalausstattung für jene komplizierten Fälle, die derzeit hauptsächlich betreut werden.

4 Schlussfolgerungen für die konzeptionelle Weiterentwicklung und praktische Umsetzung des Case Management

Die Evaluationen aus neun Staaten und der strukturelle Vergleich haben in mancher Hinsicht Gemeinsamkeiten deutlich werden lassen, aber auch zum Teil erhebliche Unterschiede. Wenn nun im Folgenden der Versuch unternommen wird, Grundstrukturen des Einsatzes von Case Management vor diesem Hintergrund heraus zu arbeiten und bewährte Formen zu empfehlen, so ist dabei zu berücksichtigen, dass eine Anpassung von Modellen an den jeweiligen situativen Kontext unabdingbar ist.

4.1 Internationale Gemeinsamkeiten und Differenzen

Gemeinsame Trends

Den am Projekt beteiligten Ländern ist eine Reihe von Trends gemeinsam:

- der demografische Trend einer starken Zunahme insbesondere der Hochaltrigen, der einen Ausbau der pflegerischen Versorgung erforderlich macht
- die Prioritätensetzung auf ambulanter vor stationärer Versorgung, die zum Einen mit Kostensenkung und Steigerung von Effizienz, zum Anderen mit den Interessen der Betroffenen und der Steigerung der Versorgungsqualität begründet wird (mit unterschiedlicher Gewichtung beider Argumente, wobei im Vereinigten Königreich der finanzielle Aspekt eindeutig im Vordergrund steht),
- das Bestreben, die Selbstständigkeit der Älteren zu fördern und mit flankierenden Hilfen zu unterstützen sowie
- der Ansatz einer ganzheitlich ausgerichteten, interdisziplinär erbrachten Hilfe, um der Komplexität der Bedarfssituation gerecht werden zu können.

Zuordnung von Sozial- und Gesundheitssystem

Einen grundlegenden Unterschied macht es aus, ob die gesellschaftlichen Systeme für Gesundheit und Soziales einer einheitlichen Struktur angehören oder voneinander getrennt sind. Im Falle einer strukturellen Trennung, die wir in den meisten am Projekt beteiligten Staaten vorfinden (einheitlich

dagegen im Vereinigten Königreich und - außerhalb unseres Projektes – in den skandinavischen Staaten), stellt sich die Frage der Lokalisierung des Case Management: Wenn es im gesundheitlichen Sektor etabliert ist (z.B. im Krankenhaus oder in Kooperation mit Hausärzten), ergeben sich Vermittlungsprobleme in der Kooperation mit Pflege und Sozialarbeit. Ebenso sehen sich umgekehrt Case Manager, die dem Kontext von Pflege und Sozialarbeit entstammen, bei der Zusammenarbeit mit dem medizinischen Sektor vor Probleme gestellt, etwa mangelnder Informationsweitergabe oder fehlender Akzeptanz. Auch in einheitlichen Gesundheits- und Sozialsystemen sind Kommunikationsprobleme auf der professionellen Ebene nicht unbekannt (auch dort gibt es Statusunterschiede zwischen Medizinern und Sozial- und Pflegeberufen), aber durch eine Systemtrennung zwischen Sozial- und Gesundheitsbereich werden zusätzlich strukturelle Barrieren wirksam, die in spezifischer Weise Aufgaben der Kooperation und Vernetzung stellen.

Pluralität der beteiligten Akteure

An der pflegerischen Versorgung sind auf verschiedenen gesellschaftlichen Handlungsebenen Organisationen und Akteure beteiligt, deren jeweilige Aufgabenverteilung zu den nationalen, regionalen und lokalen Spezifika gehört. Zum Einen ist die sozialpolitische und sozialplanerische Verantwortung in unterschiedlicher Weise auf die Ebenen Staat und Kommune sowie evtl. bestehende Zwischenebenen (Bundesland, Reggione, Comunidad Autonoma etc.) verteilt. Reibungsverluste kann es geben, wenn politische Zuständigkeit, fachliche Kompetenz und finanzielle Verantwortung auf unterschiedliche Ebenen verteilt sind. Zum Andern kooperieren innerhalb regionaler oder lokaler Versorgungssysteme unterschiedliche Akteure miteinander – von gewerblichen Organisationen über Non-Profit-Organisationen und staatliche Behörden bis zu den informellen Hilfesystemen (Familie, Nachbarschaft, Ehrenamtliche). Die Vielfalt dieser Akteure ist unterschiedlich groß, was unmittelbare Auswirkungen auf das Case Management und die zu überwindenden Kooperationsschwierigkeiten hat.

Gesetzliche Grundlage

Eine entscheidende Frage im Hinblick auf die Stabilität der Case Management-Struktur ist ihr politischer Stellenwert, der sich in entscheidender Weise am Entwicklungsstand gesetzlicher Verankerung bemisst. Sowohl die Planbarkeit und Akzeptanz des Case Management seitens der Kooperationspartner und der Adressaten als auch der Grad der Professionalität und Arbeitsplatzsicherheit der Berater werden dadurch beeinflusst, ob das Case

Management ein fester Bestandteil der Regelversorgung ist (wie im Vereinigten Königreich, Luxemburg und der Emilia Romagna), ob ein solcher Schritt noch unsicher ist (wie in Belgien und – nach Entwicklungsrückschritten – in Hessen und Baden-Württemberg) oder ob sich die Strukturentwicklung noch erst auf der Ebene modellhafter Erprobung befindet (wie in den meisten der hier betrachteten Fälle). In Deutschland sieht ein im Entwurfsstadium befindliches „Altenhilfegesetz“ eine gesetzliche Verankerung des Case Management vor, ungelöst ist aber noch die Konsensfindung zwischen den politischen Ebenen Staat, Länder und Kommunen (vgl. vorhergehenden Absatz).

Die hiermit angesprochenen parallelen Trends und strukturellen Unterschiede ergeben kein vollständiges Bild, sondern spiegeln lediglich diejenigen Aspekte wider, die im Verlaufe des Modellvergleichs beleuchtet wurden. Zumindest diese Aspekte, aber auch weitere, hier nicht genannte, beeinflussen und variieren die konkrete Umsetzung der im Folgenden skizzierten grundlegenden Formen des Case Management.

4.2 Formen des Case Management für Ältere

Als Ergebnis des Austausches nationaler Erfahrungen und des Vergleichs konkreter Projektbeispiele lassen sich in verschiedenen Perspektiven Grundstrukturen der Umsetzung des Case Management benennen:

(1) Kliententypen und Bedarfssituationen

In Bezug auf die Adressatengruppe lassen sich ein *umfassendes* Case Management und ein *spezifisches* Case Management unterscheiden. Als „umfassend“ wird ein Case Management bezeichnet, das sich grundsätzlich als Angebot für alle Bürgerinnen und Bürger mit Hilfebedarf versteht und allenfalls generelle Konkretisierungen der Zielgruppe hinsichtlich des Alters oder der Hilfebedürftigkeit vornimmt. Typische Bedarfssituationen sind Alltagssituationen im Privathaushalt, die ohne fremde Hilfe nicht bewältigt werden können. Adressaten eines umfassenden Case Management können sein

- alle hilfebedürftigen Bürger eines Stadtteils, also neben den Pflegebedürftigen im höheren Alter auch Behinderte aller Altersgruppen
- nur ältere Bürger mit Hilfe- und Pflegebedarf
- nur Pflegebedürftige (nach gesetzlichen Kriterien, wie etwa die Kriterien der Pflegeversicherung in Luxemburg und Deutschland)

- ausdrücklich auch Angehörige von Hilfe- und Pflegebedürftigen.

Unter spezifischem Case Management sind die Formen zu verstehen, die Klienten in außergewöhnlichen Situationen Beratung und Unterstützung anbieten. Dies kann an verschiedenen Stellen angesiedelt sein – in einem Krankenhaus, einem Wohnheim, einer Arztpraxis oder einer anderen Stelle. Diese Anbindung bestimmt zugleich die konzeptionelle Ausrichtung dieser Stelle und den Personenkreis, auf den sie abzielt. In unserem Projekt waren dies beispielsweise

- Klinik-Patienten aus Privathaushalten mit Risiko der Rehospitalisierung bzw. Heimeinzug (Beispiel Belgien)
- Bewohner einer Wohnanlage, für die passende Service-Leistungen zu organisieren sind (Beispiel Niederlande)
- Antragsteller auf einen Heimplatz, bei denen die Bewilligungsinstanz zunächst prüft, ob alle Möglichkeiten des Verbleibs in ambulanter Pflege ausgeschöpft sind (ebenfalls aus den Niederlanden berichtet).

Empfehlung:

Wenn es dem Grundgedanken des Case Management entspricht, dass eine (ältere) Person mit Hilfebedarf sich an einen Ansprechpartner wenden kann mit der Bitte, sie über alle möglichen Hilfeleistungen zu informieren und beim Zugang zu diesen behilflich zu sein, dann erfordert dieser Bedarf ein umfassendes Case Management. Dies schließt aber nicht aus, dass dieses durch weitere, spezifische Formen sinnvoll ergänzt werden kann; so ist gerade die Rückkehr in die Privatwohnung nach einer Krankenhausbehandlung ein schwieriger Schritt, der durch die Begleitung eines im Krankenhaus tätigen Case Managers wesentlich erleichtert werden kann. Grundsätzlich sollte jedoch zunächst der Aufbau einer umfassend ausgerichteten, für alle Älteren mit Hilfebedarf leicht erreichbaren und mit allen Anbietern in gutem Kontakt stehende Case Management-Struktur im Vordergrund stehen.

(2) Institutioneller Kontext und Trägerschaft des Case Management

Mit dem anvisierten Adressatenkreis steht die institutionelle Verankerung des Case Management in engem Zusammenhang; entsprechend lässt sich unterscheiden zwischen bürgernaher und bereichsspezifischer Lokalisierung.

- Wohnortnahes Case Management: kommunale Beratungsstelle (Teil des Sozialamts), in Bürgerzentrum (Teil der sozialen Stadtteilarbeit), Teil des

ambulanten Gesundheits- oder Pflegesystems (Stellen zur Gesundheitsberatung oder zur Begutachtung der Pflegebedürftigkeit);

- Case Management in Einrichtungen: in einer Klinik (als Teil der Krankenhausüberleitung), in einem Wohnheim (zur Organisation des Service) oder einem Pflegeheim vorgelagert (zur Vermeidung des Heimeinzugs).

Das *bereichsspezifische* Case Management ist meist von vornherein in einen institutionellen Kontext eingebunden (in unseren Projektbeispielen etwa in ein Krankenhaus oder eine Wohnanlage); hier gibt es lediglich Unterschiede im Detail, etwa das Case Management nur für eine Wohnanlage zuständig ist oder übergreifend für mehrere Wohnanlagen. Der Träger des Case Management ist in der Regel mit dem Träger der Institution identisch.

Größere Unterschiede gibt es dagegen bei der institutionellen Einbettung eines *umfassenden* Case Management. Es soll für alle (älteren) Bürger mit komplexem Hilfebedarf ansprechbar sein, was eine „wohnortnahe“ Lokalisierung in der Gemeinde bzw. im Stadtviertel voraussetzt. Grundsätzlich bietet sich die Kommune als neutraler Träger einer Case Management-Stelle an. Da es sehr aufwändig wäre, eine solche Struktur neu aufzubauen, gibt es verschiedene Modelle der Anbindung an bereits bestehende, bürgernahe Einrichtungen wie etwa Bürgerzentren oder Beratungsstellen. Auch in den Gebäuden staatlicher Behörden lässt sich eine Case Management-Stelle ansiedeln; problematisch würde dies aber, wenn dadurch beratende mit leistungsregulierenden Funktionen vermischt würden – in Deutschland etwa durch eine Ansiedlung des Case Management innerhalb des Sozialamtes (wobei auch der stigmatisierende Effekt eines Sozialamts gegen diese Verknüpfung spricht).

Die Trägerschaft einer umfassend ausgerichteten Case Management-Stelle kann auch von mehreren Institutionen gemeinsam übernommen werden. Eine solche Konstruktion mag vom Aufbau her recht komplex wirken, kann aber mit positiven Effekten verbunden sein hinsichtlich

- der Synergie: die Kooperationsbereitschaft der beteiligten Einrichtungen muss nicht erst durch den Case Manager hergestellt werden, sondern ist bereits institutionell vorgegeben; unterschiedliche Kompetenzen können sich wechselseitig ergänzen, technische Infrastruktur kann gemeinsam genutzt werden; anteilige Arbeitszeiten können kombiniert und die Zeiten der persönlichen Erreichbarkeit damit ausgedehnt werden;
- der Neutralität: das Ziel einer Träger übergreifenden Neutralität kann entweder durch eine der Trägerkonkurrenz entrobene oder durch Einbeziehung der (allerdings dann auch: aller relevanten) Träger erreicht werden;

- und der Finanzierungsbereitschaft (siehe hierzu Punkt 5).

Empfehlung:

Ein Case Management, das umfassend auf alle älteren Bürger mit komplexem Hilfebedarf ausgerichtet ist, sollte wohnortnah lokalisiert sein, sodass es für die Älteren ohne großen Aufwand erreichbar ist. Dies kann in Form einer Anbindung an bestehende wohnortnahe Bürgerzentren, Seniorenzentren oder Beratungsstellen erfolgen (oder in ländlichen Gebieten in Form einer Zentrale, die mit dezentralen Anlaufstellen in den Gemeinden verbunden ist). Jede institutionelle Verknüpfung hat jedoch zu beachten, dass Klientel und konzeptionelle Ausrichtung miteinander kompatibel sind (also nicht eine leistungerschließende Beratungsstelle in unmittelbarer Nachbarschaft eines leistungsregulierenden und auf eine spezifische Klientel ausgerichteten Sozialamts⁶).

Die Trägerschaft des Case Management sollte übergreifend und neutral sein. Unter diesem Gesichtspunkt bietet sich eine staatliche bzw. kommunale Trägerschaft an. Alternativ lässt sich Neutralität auch durch einen Zusammenschluss mehrerer Träger erreichen (mit oder ohne kommunale Beteiligung bzw. Moderation⁷); dies setzt allerdings voraus, dass alle Anbieter einbezogen werden.

(3) Instrumente, Methoden und Kompetenzen im Case Management

Betrachtet man die konkrete Arbeitsweise der Case Manager, die von ihnen eingesetzten Instrumente und Methoden, so zeigt sich ein grundlegender Unterschied zwischen der Arbeit unmittelbar mit dem Klienten (Mikro-Ebene) und der Kooperation auf der Ebene der Dienste und Einrichtungen des Sozial- und Gesundheitsbereichs sowie der Kontakte mit Ämtern, Versicherungen und anderen Institutionen (hier als „Makro-Ebene“ bezeichnet).

(3.1) Mikro-Ebene: Individuelles Case Management

Der Prozess des Case Management beginnt mit einem Sondierungsgespräch, in dem der Case Manager einen ersten Eindruck über die Bedarfs-

⁶ Zu ähnlichen Konflikten kann es kommen, wenn das Case Management mit der Beurteilungsinstanz der Pflegeversicherung (wie in Luxemburg) oder mit der Genehmigungsinstanz für Heimplätze (wie in den Niederlanden) verknüpft wird.

⁷ Zweifelhaft war beispielsweise die Neutralität der IAV-Stellen in Baden-Württemberg, die i.d.R. von einem Zusammenschluss freigemeinnütziger Träger, aber unter Ausschluss privater Anbieter getragen wurden.

lage des Klienten, insbesondere über seinen Bedarf an Case Management gewinnt. Der Klient erhält Informationen über in Frage kommende Beratungs- und Hilfemöglichkeiten sowie über das Case Management. Wenn sich aus diesem Erstkontakt ein Case Management-Prozess entwickelt (was nur bei einem Teil der Klienten erforderlich ist), besteht dieser aus den folgenden Grundelementen (die in der Praxis unterschiedlich gewichtet sein können, aber alle enthalten sein sollten).

- *Zugang der Klienten und Klientenauswahl:* Kontaktaufnahme und Erstgespräch zur Klärung des Bedarfs an Case Management, Zugangssteuerung bzw. Auswahl der Klienten, für die das Case Management eine hilfreiche Methode sein könnte;
- *Assessment:* Aufnahme von medizinischen, psychologischen, pflegerischen, familialen, sozialen, architektonischen Aspekten sowie Wünschen/ Erwartungen/ Ängsten des Klienten; Information und Beratung zum Case Management und zu Möglichkeiten der Pflege;
- *Hilfeplanung:* Auswertung einerseits des Assessment und andererseits der verfügbaren Hilfeangebote; Erstellung eines Dienstleistungs-Pakets, in dem erreichbare Angebote auf den Bedarf abgestimmt werden; Formulierung von Zielen (mit Zeitplan der Zielerreichung); Absprache des Hilfeplans mit dem Klienten und seinen Angehörigen;
- *Umsetzung:* Herstellung von Kontakten zu Leistungserbringern und ggf. Vermittlung der einzelnen Dienstleistungen mit genauer Absprache der Leistungserbringung; falls erforderlich auch Vertretung von Klienten-Interessen (z.B. gegenüber Behörden oder Kostenträgern);
- *Kontrolle der Leistungserbringung:* Überprüfung der zielgenauen Leistungserbringung und Ermittlung von Fehlallokation oder unzureichender Feinabstimmung, mangelnder Einhaltung von Vereinbarungen, mangelnder Leistungsqualität, Unzufriedenheit der Klienten oder ihrer Angehörigen, Konflikte zwischen Anbieter und Klient;
- *Reassessment:* Aufnahme von Veränderungen im gesundheitlichen Befinden bzw. der Alltagskompetenz, Dokumentation der Effekte der bezogenen Leistungen und des weiterhin bestehenden oder modifizierten Hilfebedarfs;
- *Modifizierte Hilfeplanung:* Überprüfung der Zielerreichung, ggf. Neuformulierung der Ziele oder der Schritte und Zeiträume zu deren Realisierung, Anpassung der Dienstleistungen an veränderten Bedarf;
- *Evaluation:* Überprüfung des Case Management-Prozesses und alternativer Interventionen.

Diese Schritte und ihre Reihenfolge sind nicht als starres Schema zu verstehen, das in jedem einzelnen Fall verbindlich einzuhalten wäre; sie können aber zur Orientierung dienen, ob innerhalb eines Case Management-

Prozesses alle relevanten Aspekte berücksichtigt worden sind, und sie können auch Defizite aufweisen (wenn z.B. der Case Manager lediglich bis zur Hilfeplanung agieren kann, während sich die Überwachung der Umsetzung seiner Kompetenz entzieht).

Den einzelnen Schritten des Case Management lassen sich unterschiedliche Kompetenzanforderungen an den Case Manager zuordnen: Die im Zusammenhang des Assessment und der Bedarfsanalyse stehenden Tätigkeiten erfordern medizinische, pflegerische, psychologische und soziologische Kenntnisse. Die Umsetzung und Überwachung erfordern darüber hinaus ein gut geschultes Urteilsvermögen, kommunikative Kompetenz und Durchsetzungsfähigkeit.

Empfehlung:

Das Case Management sollte die genannten Elemente enthalten; es darf sich jedenfalls nicht auf eine reine Beratung beschränken, sondern muss auch den weiteren Prozess der Vermittlung von Hilfen und der späteren Überprüfung umfassen, ob die Hilfeleistungen auch die erwartete Wirkung gehabt haben oder aber modifiziert werden müssen.

Die zum Assessment eingesetzten Instrumente sollten alle erforderlichen Informationen erfassen – nicht mehr und nicht weniger. Um eine Übererfassung zu vermeiden, wird in manchen Projekten ein zweistufiges Assessment erfolgreich praktiziert, das in der Regel möglichst kurz gehalten und nur in besonders schwierig gelagerten Fällen erweitert wird.

Die erforderlichen Kompetenzen der Case Manager berühren in fachlicher Hinsicht medizinische, pflegerische, sozialpsychologische und sozialarbeiterische Qualifikationen – eine komplexe Anforderung, die eine Präferenz für eine multidisziplinäre Organisationsform nahe legt (vgl. Punkt 4). Durch personale Qualifikationen wie soziale und kommunikative Kompetenz, Erfahrung und Überzeugungskraft wird die Tätigkeit des Case Manager wesentlich erleichtert.

(3.2) Meso- und Makro-Ebene: Einbindung des Case Management in die Versorgungsstruktur

Über die kundenbezogene Arbeit hinaus haben die Case Manager auch übergreifende Funktionen zu erfüllen. Dazu auch, wie für jede Dienstleistungsstruktur, Teambesprechungen, Trägerkontakte und Öffentlichkeitsarbeit gehören, sei hier nur erwähnt, da diese Aufgaben nicht spezifisch auf

das Case Management bezogen sind. Als unmittelbarer Bestandteil gehört aber zum Case Management die Kenntnis der verfügbaren Dienstleistungsangebote und die damit verbundene Kommunikation auf der Ebene der Dienste und Einrichtungen (als „Meso“-Ebene bezeichnet).

Diese Arbeitsebene wird erweitert durch das Erfordernis, mit staatlichen Institutionen und gesetzlichen Regelungen auch auf der „Makro“-Ebene umgehen zu können, auf der die Systemdifferenzierungen in Sozial- und Gesundheitssystem, in Pflegeversicherung und Sozialhilfe etc. verankert sind.

Folgende Arbeitsschritte sind hier im Einzelnen zu leisten:

- *Angebotsübersicht:* Eine qualifizierte Beratung setzt die möglichst vollständige und aktuelle Kenntnis der verfügbaren Dienstleistungen voraus. Dazu bedarf es einer Erhebung, Dokumentation und regelmäßigen Aktualisierung von Angeboten aus allen unmittelbar und mittelbar berührenden Bereichen. Dieses Angebotsspektrum ist einschließlich der Informationen zum Dienstleistungskonzept (z.B. Spezialisierung auf besondere Klienten oder besondere Tageszeiten), zu den insgesamt verfügbaren und den aktuell freien Kapazitäten sowie zu Ansprechpartnern zu dokumentieren.
- *Vernetzung der Anbieter:* Die Kenntnis der Anbieter ist lediglich ein erster Schritt, auf dessen Grundlage eine Kontaktaufnahme erfolgt mit dem Ziel, die Leistungserbringung auf einander abzustimmen und miteinander zu koordinieren und ggf. auch längerfristige, sinnvolle und effizienzsteigernde Absprachen und Vereinbarungen zu treffen, bis hin zu stabiler Vernetzung zu einem bedarfsgerecht funktionierenden Versorgungssystem.
- *Elektronischer Informationsaustausch:* Abgesehen von der inhaltlichen Abstimmung gewinnt zunehmend auch eine Vernetzung in technischer Hinsicht an Bedeutung; eine optimale Angebotsübersicht kann erzielt werden, wenn der Case Manager ständig, auch während des Beratungsprozesses, einen „online“-Zugang zum aktuellen Stand der Angebote und der freien Kapazitäten hat.
- *Vermittlung von Dienstleistungen:* Ist das Case Management sowohl über Informationen als auch über direkte Kontakte gut in ein solches Versorgungssystem eingebunden, so wird die Vermittlung von Dienstleistungen in konkreten Fällen qualitativ verbessert und technisch erleichtert. Einen Grenzfall stellt eine Form des Case Management dar, die ausschließlich diese Dienstleistungen vermitteln kann, sodass an diesem exklusiven „one door“-Zugang kein Weg vorbei führt (z.B. im Vereinigten Königreich, wo die Finanzierung an diesen Zugangsweg geknüpft

ist). In der Regel hat das Case Management zwar die Funktion einer konzentrierten, gebündelten Leistungerschließung über nur einen Zugang („one stop“), die aber den unmittelbaren Kontakt des Klienten zu den Diensten nicht ausschließt.

- *Kontakte:* Weiterhin ist der Aufbau regelmäßiger Kontakte zu staatlichen und kommunalen Ämtern, Leistungsträgern (Krankenversicherung, Pflegeversicherung, Sozialhilfe etc.), regionalen und überregionalen Arbeitskreisen etc. ein weiterer Bestandteil der übergreifenden Aufgaben des Case Management.
- *Sozialplanung:* Die Case Manager gewinnen im Verlaufe ihrer Arbeit eine spezifische Kenntnis der Versorgungsstruktur und ihrer Defizite aus der Perspektive der Nutzer heraus; durch die Weitergabe dieser Informationen an die für Sozialplanung zuständigen Stellen erhalten diese einen qualitativen Zugang über praktische Erfahrungen, den sie auf anderem Wege (z.B. über Planungs-Eckwerte) nicht erhalten könnten.

Empfehlungen:

Mit den Diensten und Einrichtungen in ihrem Umfeld müssen die Case Manager gute Kontakte und einen regelmäßigen Informationsaustausch pflegen. Hierzu muss eine gute Beziehungsqualität mit wechselseitiger Kooperationsbereitschaft erreicht werden. Erforderlich ist dazu einerseits eine gute kommunikative Kompetenz des Case Managers, andererseits aber auch ein klares Leistungsprofil seiner Funktion, um eine klare und eindeutige Außendarstellung zu erreichen. Ohne eine solche Profilierung ist es nur schwer zu erreichen, dass die Vertreter anderer Organisationen dem Case Manager mit Akzeptanz begegnen statt mit Konkurrenzangst und/ oder desinformierender Blockadehaltung.

Eine optimale Vernetzung mit den Anbietern sollte angestrebt werden, um deren Dienstleistungen besser aufeinander abstimmen und koordinieren, erforderliche Spezialisierungen anregen und ggf. bestehende Parallelstrukturen abbauen zu können.

In technischer Hinsicht ist eine Vernetzung im Sinne eines stets aktuellen Überblicks, der dem Case Manager durch ein entsprechendes EDV-Programm jeerzeit zur Verfügung steht, möglich und hilfreich. Die gewünschte Aktualität setzt aber die grundlegend kooperative Haltung der Anbieter voraus.

(4) Organisatorische Formen des Case Management

In organisatorischer Hinsicht sind mehrere Varianten möglich (die auch in den evaluierten Projektbeispielen repräsentiert sind):

- das Modell eines einzelnen Case Managers
- eine Case Management-Stelle mit mehreren Mitarbeitern
- Case Management als Teilaufgabe im Rahmen eines interdisziplinären Teams.

Für einen einzelnen Case Manager spricht unter dem Aspekt der Kohärenz, dass der gesamte Prozess des Case Management in einer Person gebündelt ist, was den Vermittlungsbedarf reduziert; formal erscheint die Einrichtung einer Stelle (in manchen Beispielen sogar nur als Teilzeitstelle) eher durchsetzbar als der Aufbau einer Struktur mit mehreren Mitarbeitern. Schwerwiegender erscheinen allerdings die Gründe, die gegen eine Ein-Personen-Struktur sprechen:

Die unter Punkt 3 genannten multidisziplinären Kompetenzen stellen sehr hohe Anforderungen an den Stelleninhaber, die nur schwer von einer einzelnen Person erfüllt werden können.⁸

Weiterhin bietet diese Lösung den Case Managern keine Möglichkeit zu wechselseitiger Anregung, Beratung und fachlichem Austausch über die zu bearbeitenden Fälle.

Und schließlich sind auch zeitliche Flexibilität, Erreichbarkeit und Vertretung bei Urlaub oder Krankheit im Falle einer Ein-Personen-Besetzung nicht in befriedigender Weise lösbar.

Dem gegenüber bietet ein Case Management, das von einem multidisziplinären Team (entweder ausschließlich oder mit anteiliger Arbeitszeit) durchgeführt wird, vor allem den Vorteil, dass unterschiedliche professionelle Perspektiven eingebunden werden. Entscheidend für eine gelingende Integration dieser Perspektiven ist dann allerdings, dass eine hohe Kooperationsbereitschaft besteht und die interne Kommunikation reibungslos organisiert ist: Wird z.B. das Assessment arbeitsteilig von mehreren Professionen durchgeführt, so ergibt sich daraus die Notwendigkeit, eine gut funktionierende Arbeitsteilung zu organisieren, Kriterien der Beurteilung ab-

⁸ Die von manchen Projekten berichtete Besetzung der Case Management-Stelle mit einer doppelt qualifizierten Fachkraft (Krankenschwester und Sozialarbeiterin), zudem mit mehrjähriger Berufserfahrung in verschiedenen Bereichen, ist eher ein Glücksfall als eine langfristig verlässliche Planungskomponente.

zusprechen, die unterschiedlichen Perspektiven in einer gemeinsamen Auswertung und Hilfeplanung zusammenzuführen und in einer Atmosphäre wechselseitiger Akzeptanz zu erörtern.

Empfehlungen:

Das Case Management erfordert multidisziplinäre Kompetenzen, insbesondere pflegerische, sozialarbeiterische und ansatzweise auch medizinische und psychologische Kompetenzen. Da deren Verkörperung in einer Mitarbeiterin bzw. einem Mitarbeiter eine überhöhte Anforderung darstellen kann, ist eine Team-Lösung eher zu empfehlen - bei knappen Mitteln auch durch Kombination mehrerer Teilzeit-Stellen oder mehrerer Mitarbeiter, die mit anteiliger Arbeitszeit am Case Management beteiligt sind.

Wenn mehrere Case Manager bzw. mehrere Professionen zusammen arbeiten, müssen die Einheitlichkeit der Evaluationskriterien und die Integration der Perspektiven in einer gemeinsamen Auswertung und Hilfeplanung gewährleistet sein. Dies erfordert eine gute organisatorische Abstimmung sowie Kooperationsbereitschaft und wechselseitige Akzeptanz.

(5) Finanzierung

Die Frage der Finanzierung stellt sich auf der Ebene der Case Management-Leistungen und auf der Ebene der Case Management-Struktur. Grundsätzlich kommen staatliche Finanzierung (auf nationaler, Landes- oder kommunaler Ebene), Versicherungsleistungen und Klientenbeiträge in Betracht. In den meisten der hier betrachteten Projektbeispiele werden die Leistungen für die Klienten kostenlos erbracht, vorherrschend sind staatliche Finanzierungen (in Kombination der unterschiedlichen Ebenen). Auch die hier betrachteten Case Management-Strukturen (Personal- und Sachkosten) werden meist aus Mitteln der Modellförderung finanziert, häufig unter Beteiligung des Trägers. Nur in den Fällen, in denen das Case Management gesetzlich verankert ist (s.o. Abschnitt 4.1), werden seine Strukturen und Leistungen im Rahmen der Regelfinanzierung (des Staates oder der Versicherung) getragen.

Ein grundlegender Unterschied besteht hinsichtlich der Finanzierungsprinzipien nach Budget und nach Bedarf: Besteht die Aufgabe des Case Management primär darin, ein festgelegtes Budget zu verwalten und im Rahmen der dadurch gesteckten Möglichkeiten ein Optimum an Qualität zu verwirklichen, steht das Ziel der Kosteneinsparung im Vordergrund (so im Vereinigten Königreich). Hat das Case Management dagegen die Aufgabe, primär

den Bedarf an Hilfe zu ermitteln und die erforderliche Versorgung zu organisieren und erst sekundär auf eine kostengünstige Umsetzung zu achten, so steht das Ziel der Versorgungsqualität im Vordergrund (so in den meisten der evaluierten Projekte). Beide Ansätze sind so unterschiedlich, dass einem Vergleich (hier: zwischen den Erfahrungen aus dem Vereinigten Königreich und denen aus den übrigen Teilnehmerländern) enge Grenzen gesetzt sind.

Das internationale Kooperationsprojekt hat aber auch Belege dafür geliefert, dass eine Optimierung der Versorgungsqualität kostenreduzierende Effekte haben kann; die Untersuchungen der Universität Liège weisen einen signifikanten Rückgang weiterer Krankenhauseinweisungen („Drehtüreffekt“) für die Patienten nach, deren Krankenhauserlassung durch einen Case Manager begleitet worden war. Hieran lassen sich die Vorteile einer entwickelten Case Management-Struktur aufzeigen, die den Zugewinn an Versorgungsqualität mit gesteigerter Effizienz der Dienstleistung und entsprechender Reduktion der Kosten verknüpft.

Empfehlungen:

Für eine stabile, leistungsfähige und von den Kooperationspartnern anerkannte Case Management-Struktur ist es wichtig, dass sie auf einer gesetzlichen Grundlage mit gesicherter Regelfinanzierung aufbauen kann. Um dies auch politisch durchsetzen zu können, lassen sich dem internationalen Projektvergleich inhaltliche und organisatorische Argumente entnehmen:

- Bezüglich der inhaltlichen Zielsetzung des Case Management hat sich gezeigt, dass ein Ausbau der Versorgungsqualität kostenreduzierende Folgewirkungen haben kann. Die Ziele einer bedarfsgerechten Hilfe für ältere Menschen und einer Effizienzsteigerung der Leistungserbringung sind daher nicht gegensätzlich, sondern miteinander vereinbar.
- Organisatorisch lassen sich Beispiele nennen, in denen sich mehrere Leistungsträger zu einem Trägerverbund zusammengeschlossen haben und jeweils anteilig zur Finanzierung des Case Management beitragen. Dadurch wird nicht nur die Belastung eines neuen Strukturaufbaus auf mehrere Träger verteilt, sondern gleichzeitig auch das Ziel einer trägerübergreifenden Neutralität realisiert.

Zur Moderation einer übergreifenden Trägerschaft wird in den meisten der beteiligten Länder den Kommunen eine besondere Verantwortung zuerkannt, sei es durch unmittelbare Beteiligung oder über eine ausgegliederte Organisation.

4.3 Zusammenfassung und Perspektiven

1. Die soziale und gesundheitliche Lage älterer Menschen hat vor dem Hintergrund einer in ganz Europa – wenn auch mit gewissen Unterschieden – zu verzeichnenden demografischen Entwicklung, die eine starke Zunahme der Zahl und des Anteils älterer und sehr alter Menschen mit erhöhtem Hilfebedarf erwarten lässt, zu vielfältigen Projekt- und Modellvorhaben geführt, die übereinstimmend darauf abzielen, die gewachsenen Hilfesysteme bedarfsorientiert weiterzuentwickeln. Das Projekt „Case Management in verschiedenen nationalen Altenhilfesystemen“ des BMFSFJ hat sich zur Aufgabe gestellt, die Vielfalt dieser Entwicklungsansätze zu analysieren, sie miteinander zu vergleichen und den Versuch zu machen, hieraus Erkenntnisse für die weiteren Perspektiven der nationalen Altenhilfesysteme, insbesondere auch für die Entwicklung der Altenhilfe in der Bundesrepublik Deutschland, zu gewinnen. Hierin könnte auch ein Beitrag zur Förderung einer konvergenten Entwicklung der Altenhilfe in Europa insgesamt gesehen werden.

2. Das wichtigste Ergebnis des Projektes liegt in der Erkenntnis, dass nahezu alle Projekte in den beteiligten Ländern trotz aller Unterschiede in der Ausgangssituation und in den Rahmenbedingungen übereinstimmend zum Gegenstand haben, älteren Menschen die im Verlauf des Alternsprozesses erforderlichen spezifischen Hilfen entsprechend ihren individuellen Bedürfnissen in fachlich abgesicherter Weise und aufeinander abgestimmt, d.h. in einem kohärenten System, zur Verfügung zu stellen.

Gemeinsames Ziel dabei ist es, älteren Menschen, insbesondere auch dann, wenn ihr Hilfebedarf wächst, die größtmögliche Selbstständigkeit in der Lebensführung zu sichern.

3. Besondere Probleme bei der Bereitstellung und Koordination der erforderlichen komplexen Hilfeleistung erwachsen praktisch bei allen Projektstandorten daraus, dass die einzelnen Hilfeleistungen, insbesondere solche des Sozialwesens einerseits und solche des Gesundheitswesens andererseits, vielfach unterschiedlichen Leistungsbereichen, Institutionen und Kostenträgern zugeordnet sind. Die sich dabei ergebenden Schwierigkeiten an den Schnittstellen und Übergängen zwischen verschiedenen Interventionsbereichen, so insbesondere bei der Entlassung aus stationärer Behandlung im Krankenhaus mit dem Ziel der Rückkehr in die eigene Häuslichkeit, können nur durch eine gezielte Struktur- und Organisationsentwicklung auf gesicherter rechtlicher und finanzieller Grundlage überwunden werden. Ein herausragendes Beispiel für ein ge-

setzlich abgesichertes integriertes Hilfesystem, das alle erforderlichen Hilfen des Sozial- und des Gesundheitswesens einschließt, hat die Region Emilia-Romagna mit dem Regionalgesetz Nr. 5/94 entwickelt. Dieses Gesetz könnte in wichtigen Elementen zum Vorbild für die Weiterentwicklung der Gesetzgebung auch in anderen europäischen Regionen werden.

4. Der Aufbau und die Entwicklung integrierter Hilfesysteme muss jeweils ausgehen von den nationalen, regionalen und örtlichen Gegebenheiten und Rahmenbedingungen. Dabei erfordert der komplexe Hilfebedarf älterer Menschen grundsätzlich das Zusammenwirken aller Institutionen und Organisationen, die über entsprechende Hilfeangebote verfügen. Von besonderer Bedeutung ist dabei die Einbeziehung und Aktivierung des sozialen Umfelds der älteren Menschen sowie ehrenamtlicher Helferinnen und Helfer. An Projektstandorten, an denen das Case Management nicht an bestimmten Einrichtungen wie z.B. Krankenhäusern oder betreuten Wohnanlagen angesiedelt ist, hat sich die Koordination und Moderation der Hilfeangebote auf der Ebene der kommunalen Gebietskörperschaften besonders bewährt. Wichtig ist dabei in jedem Fall die ortsnahe Erreichbarkeit der Hilfeangebote.

5. Die beteiligten Projekte sind bis auf wenige Ausnahmen darauf angelegt, den Hilfebedarf älterer Menschen, sofern sie dies wünschen, in mehr oder weniger standardisierter Form unter Beteiligung verschiedener Berufsgruppen fachqualifiziert zu erfassen, in Abstimmung mit den Betroffenen und ihrem sozialen Umfeld auf dieser Grundlage ein umfassendes, komplexes Hilfskonzept zu entwickeln, dieses umzusetzen, erforderlichenfalls zu revidieren sowie den Verlauf des Hilfeprozesses auszuwerten und zu dokumentieren. Ein so verstandenes Case Management kann bereits heute als international bewährtes und anerkanntes Instrumentarium für die Anlage und die praktische Umsetzung von Hilfskonzepten für ältere Menschen mit komplexem Hilfebedarf angesehen werden. Es umfasst insbesondere folgende Elemente:

– casefinding	(Zugang zum Beratungsangebot),
– assessment	(Ermittlung des Hilfebedarfs),
– planning	(Aufstellung des Hilfeplans),
– linking	(Durchführung der Hilfeplanung und Vermittlung der Hilfen),
– monitoring	(Überprüfung der Hilfeplanung),
– evaluation	(Auswertung des Hilfeprozesses),
– documentation	(Dokumentation).

Praktische Erfahrungen in den beteiligten Projekten lassen erwarten, dass das Case Management dann besonders effizient sein kann, wenn es von der Funktion der Leistungserbringung bzw. von der Funktion des Kostenträgers des Sozialwesens (Sozialhilfe, soziale Fürsorge) getrennt organisiert wird, weil damit mögliche Interessenkonflikte vermieden werden können.

Es ist zu empfehlen, Strukturen, Methoden und Instrumente eines so verstandenen Case Management der Weiterentwicklung der Hilfesysteme für ältere Menschen verbindlich zu Grunde zu legen.

6. Von besonderer Bedeutung ist die Einbeziehung geriatrischer Rehabilitationsmodelle in den Gesamtrahmen des Case Management. Diesbezüglich liegen besondere Schwierigkeiten darin, dass geriatrische Rehabilitation schwerpunktmäßig in hierfür besonders disponierten Spezialeinrichtungen (Geriatrische Fachabteilungen in Allgemeinkrankenhäusern, Geriatrische Fachkliniken, Rehabilitationseinrichtungen) stattfindet, wobei die räumliche Verteilung dieser Einrichtungen, die zeitliche Dimensionierung der rehabilitativen Behandlung und deren hochspezifischen fachlichen Anforderungen die Koordination mit weiterführenden Hilfen im Rahmen der Altenhilfe erschweren. Erfolg versprechend wäre eine Kontaktaufnahme des Krankenhauses mit dem Case Management bereits während der Akutbehandlung im Allgemeinkrankenhaus, sodass die Einbeziehung der Rehabilitationsphase sich hieraus organisch ergeben kann. Ziele und Verlauf des Rehabilitationsprozesses sind dann als ein unverzichtbares Grundelement eines leistungsfähigen Altenhilfesystems in das Case Management einzubeziehen. Dasselbe gilt für ambulante und insbesondere für mobile Rehabilitationsangebote, die in besonderem Maße darauf ausgerichtet sind, den Verbleib in der eigenen Häuslichkeit zu sichern. Die im Rahmen des Krankenhaussozialdienstes angesiedelten Case Management-Projekte, so z.B. Lüttich/ Belgien, weisen die Effizienz einer qualifizierten Begleitung geriatrischer Patienten/innen vor, während nach der Entlassung aus dem Krankenhaus eindrucksvoll nach.
7. Die auf die Person des hilfebedürftigen alten Menschen bezogenen Dienstleistungen des Case Management werden in vielen der beteiligten Projekte ergänzt und erweitert durch die Verarbeitung der daraus gewonnenen Erfahrungen auf der sozialplanerischen Ebene sowie bei der regionalen Koordination der Leistungsanbieter. Dies bedeutet konkret, dass aus dem personenbezogenen Case Management Impulse für den Abbau von Versorgungsdefiziten oder Mängeln in der Zusammenarbeit der Dienstleister sowie für die Weiterentwicklung der Hilfeangebote für

ältere Menschen erwachsen. Hierin kann ein wichtiger Beitrag zur Sozialplanung insgesamt gesehen werden.

8. Die vorliegenden praktischen Erfahrungen mit dem Case Management zeigen auf, dass mithilfe dieses Instrumentariums die jeweiligen fachspezifischen Hilfen bedarfsgerecht und rechtzeitig bereitgestellt und inhaltlich wie zeitlich aufeinander abgestimmt werden können. Dies erhöht die Effizienz der jeweils eingesetzten Hilfelemente, steigert die Wirksamkeit der Hilfeleistung insgesamt und vermeidet Überversorgung. Es ist nachweisbar, dass kompetent durchgeführtes Case Management wesentlich dazu beitragen kann,

- die Behandlungsdauer im Krankenhaus abzukürzen oder Krankenhauseinweisung zu vermeiden,
- vorhandene Rehabilitationspotenziale auszuschöpfen,
- das soziale Umfeld älterer Menschen zu stärken,
- individuelle Hilfsnetze aufzubauen,
- die größtmögliche Selbstständigkeit in der Lebensführung zu sichern,
- stationäre Dauerpflege zu vermeiden oder hinauszuschieben.

Damit eröffnen Altenhilfesysteme, die sich des Instrumentariums des Case Management kompetent bedienen, die Chance, wirksamere Hilfe für eine ständig zunehmende Zahl älterer und sehr alter Menschen zu leisten, ihre Lebensqualität zu erhalten und zugleich die hohen Kosten der stationären Dauerpflege einzudämmen.

Die Entwicklung dieses Instrumentariums als regelhaftes Grundelement eines zeitgemäßen Altenhilfesystems ist also fachpolitisch, gesellschaftspolitisch und finanzpolitisch zu empfehlen.