

Case Management – Erfahrungen aus neun Ländern  
Materialband und Workshop-Diskussion



# **Case Management – Erfahrungen aus neun Ländern Materialband und Workshop-Diskussion**

Ergebnisse des Internationalen Kooperationsprojektes  
„Koordination komplexer Hilfeleistungen für ältere Menschen:  
Case Management in verschiedenen nationalen Altenhilfesystemen“

des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

*Zusammengestellt von:*  
Dr. Heike Engel und Dr. Dietrich Engels

Köln, im Januar 2000

Band 189/3  
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 – Erfahrungen aus 9 Ländern : Ergebnisse des internationalen Kooperationsprojektes „Koordination komplexer Hilfeleistungen für ältere Menschen: Case-Management in verschiedenen nationalen Altenhilfesystemen“ des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend / [Hrsg.: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend]. Bearb.: Heike Engel und Dietrich Engels. – Stuttgart ; Berlin ; Köln : Kohlhammer 2000

(Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend; Bd. 189.3)  
Engl. Ausg. u.d.T.: Experiences in case-management from nine countries  
ISBN 3-17-016789-8

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  
2000

Verlagsort: Stuttgart  
Printed in Germany

Gedruckt auf chlorfrei holzfrei weiß Offset

## Inhaltsverzeichnis

Baden-Württemberg .....	9
Belgien .....	43
Spanien .....	95
Hamburg .....	151
Hessen .....	171
Israel .....	217
Italien .....	263
Region Emilia-Romagna .....	335
Luxemburg .....	347
Niederlande .....	383
Österreich.....	415
Vereinigtes Königreich .....	457
Abschlussdiskussion .....	489
Liste der Projektteilnehmer.....	514



## **Vorbemerkung**

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 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. Das deutsche Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) hat daher im Rahmen des „Internationalen Jahres der Senioren 1999“ angeregt, modellhafte Erfahrungen bei der Beratung und Vermittlung von Dienstleistungen für hilfebedürftige ältere Menschen in mehreren Staaten miteinander zu vergleichen. Ausgewiesene Experten in Theorie und Praxis des Case Management wurden als Evaluatoren auf nationaler Ebene ausgewählt; sie beschrieben und analysierten ein Case Management-Projekt unter Berücksichtigung des nationalen und lokalen Kontextes. Folgende Experten konnten zur Mitarbeit gewonnen werden: Dr. Christiane Gosset und Dr. Cécile de Froidmont (Belgien), Dr. Lluisa Marrugat (Katalonien, Spanien), Dr. Ariela Lowenstein (Israel), Dr. Luisa Bartorelli und Dr. Aurelia Florea (Italien), Dr. Jacqueline Orlewski und Dr. Marc Avarello (Luxemburg), Dr. Clarie Ramakers (Niederlande), Dr. Waltraud Saischek (Österreich), Prof. Dr. David Challis (Vereinigtes Königreich) sowie aus Deutschland Prof. Dr. Wolf Rainer Wendt (Baden-Württemberg), Lothar Voß (Hamburg) und Hermann Scheib (Hessen).

Die ISG Sozialforschung und Gesellschaftspolitik GmbH wurde mit der Durchführung und wissenschaftlichen Auswertung dieses Kooperationsprojektes beauftragt. In einem Abschlussbericht wurden die nationalen Berichte zusammenfassend ausgewertet und auf dieser Erfahrungsgrundlage

Schlussfolgerungen für die konzeptionelle Weiterentwicklung und praktische Umsetzung des Case Management gezogen. Der Abschlussbericht ist als Band 189.1 (deutsch) bzw. Band 189.2 (englisch) der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend erschienen. Der vorliegende Materialband dokumentiert die Berichte der nationalen Evaluatoren in ungekürzter Form sowie die Erörterung dieser Berichte im Rahmen eines abschließenden Workshops im November 1999.



# **Baden-Württemberg**

## **Case Management im Altenhilfesystem in Baden-Württemberg**

W. R. Wendt

Stuttgart



## **Vorbemerkung**

Wie Case Management in der Altenhilfe praktiziert wird, hängt wesentlich davon ab, ob das Verfahren primär zur systematischen Gestaltung der Versorgung eingeführt wird oder ob man es sekundär in ein ausgebautes System der Versorgung implantiert. Dann kann Case Management als Verfahren eine positive Rolle nur spielen, wenn es mit Veränderungen im Versorgungssystem einhergeht und es verbessert. In Deutschland ist das Case Management in der Altenhilfe 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. Auf der Ebene eines Landes geht in Baden-Württemberg der Innovationsprozess in dieser Richtung voran, so daß es für eine komparative Studie zur „Koordination komplexer Hilfeleistungen: Case Management in verschiedenen nationalen Altershilfesystemen“ naheliegt, die Spezifik der regionalen Entwicklung in der Koordination von professioneller Unterstützung und bürgerschaftlicher Beteiligung auszuwerten.

## **1. Das Projekt in Baden-Württemberg**

Als Projekt wurde die lokale Szene des bürgerschaftlichen Engagements in der Altenpflege in Verbindung mit den sozialen Fachdiensten in der Stadt Kirchheim/Teck, einer Kommune mit 37.000 Einwohnern im Land Baden-Württemberg ausgewählt. Das Land, vertreten durch das Sozialministerium, hat 1996 gemeinsam mit den kommunalen Verbänden ein „Landesprogramm Bürgerschaftliches Engagement“ aufgelegt, das auf den Modellversuch „Senioren-genossenschaften“ von 1990-1993 und die anschließende „Initiative 3. Lebensalter“ zurückgeht (s. zu dieser Entwicklung eingehend: Hummel 1995, Otto 1995, Landschaft 1996). Im Rahmen des Förderprogramms (dazu die Schriftenreihe Bürgerschaftliches Engagement des Sozialministeriums Baden-Württemberg; im Internet: <http://www.aktiv.de/~buerger>) wird der freiwillige Einsatz von Bürgerinnen und Bürgern gerade auch in der gemeinschaftlichen Unterstützung älterer Menschen und in der Altenpflege unterstützt und begleitet. Bürgerschaftliches Engagement in Baden-Württemberg wird als ein Entwicklungs- und Lernprojekt verstanden, in dem auch das Verhältnis professioneller Sozialer Arbeit zur freiwilligen Mitwirkung von Bürgern neu zu bestimmen ist (vgl. Soziale Arbeit 1997). Von daher lag die Fragestellung nahe, inwieweit bürgerschaftliches Engagement in Verbindung mit professionellen Sozialdiensten generell und im Einzelfall zum Erfolg der sozialpflegerischen Versorgung beizutragen vermag.

In der Stadt Kirchheim/Teck wird von kommunaler Seite die Altenhilfeplanung als Teil der Sozialplanung betrieben. Die Stadt beteiligt(e) sich an einer Reihe von regionalen Initiativen zur Modernisierung des sozialen Dienstleistungsangebots und zur Förderung engagierter Bürgerschaft. Von 1993 bis 1996 war die Stadt am Gemeinschaftsprojekt „Solidarisch mit Angehörigen“ (gefördert durch die Robert-Bosch-Stiftung) beteiligt, wobei über eine lokale Kontaktstelle Wege erprobt wurden, um pflegenden Angehörigen mehr Anerkennung und Wertschätzung, ihnen den Pflegealltag zu erleichtern und sie durch Erfahrungsaustausch und Lernangebote zu unterstützen. In Kirchheim/Teck ging aus der „Initiative 3. Lebensalter“ ein *Bürgerbüro* hervor. Von 1996 bis 1999 nahm das dortige DRK-Seniorenzentrum Fickerstift zusammen mit der Kommune an einem Modellverbund „Bürgerschaftliches Engagement und Tagespflege“ (BETA-Projekt) teil. Weitere Projekte schlossen sich an, so daß von zuständiger Stelle in der Landesregierung empfohlen wurde, am Beispiel Kirchheim/Teck zu prüfen, inwieweit das Engagement von Bürgern im Zusammenwirken mit den professionellen Diensten in der personenbezogenen Sozialen Arbeit mit und für pflegebedürftige alte Menschen reicht.

Das Interesse in der Evaluation richtet sich speziell auf die Verteilung der Funktionen von Case Management im Kontext von bürgerschaftlichen Engagement und professioneller Sozialarbeit bzw. in Zusammenwirken von beidem.

## **2. Rahmenbedingungen der Altenhilfe im Einzelfall: Nationaler und regionaler Kontext**

Wird Pflege im Alter erforderlich, gibt es für den Bürger in Deutschland ein vielfältiges Angebot an stationären, teilstationären und ambulanten Versorgungsmöglichkeiten. Dem Umfang nach ist das Angebot auch den demographischen Gegebenheiten, also dem zunehmenden Anteil älterer Menschen und Hochbetagter in der Bevölkerung, gewachsen. Eine andere Frage ist, ob die sozialpflegerische Infrastruktur angemessen ist in Hinblick auf

- den Zugang der Bürgerinnen und Bürger zu den Diensten und Einrichtung (bzw. auf ihre Erreichbarkeit),
- die Information und Beratung der Bürgerinnen und Bürger in Angelegenheiten der Unterstützung und Pflege im Alter,
- die Kontinuität der Versorgung („continuum of care“) bei Wandel des Bedarfs,
- Möglichkeiten der Rehabilitation („vor Pflege“),

- besonderen Hilfebedarf (z.B. in der gerontopsychiatrischen Versorgung),
- Unterstützung von pflegenden Angehörigen.

Der letzte Punkt ist besonders bedeutsam, da 80 bis 90 % der nicht in einem Heim lebenden Pflegebedürftigen auf die informelle Unterstützung durchweg von nahen Angehörigen, meistens von Tochter oder Ehepartner angewiesen sind. Der Gesetzgeber hat mit der Pflegeversicherung (SGB XI) darauf abgehoben, die Pflegebereitschaft von Familien zu fördern.

Für das bundesdeutsche System des Sozial- und Gesundheitswesens ist seine Fragmentierung charakteristisch. Es trennt Sozialdienste und Gesundheitsdienste organisatorisch, so daß es bei komplexem Behandlungs-, Pflege- und Hilfebedarf zu inselhaften Lösungen kommt. Medizinische, pflegerische und soziale Maßnahmen werden diskontinuierlich durchgeführt und kaum aufeinander abgestimmt. Dazu trägt bei, daß die ärztliche Versorgung privatwirtschaftlich erfolgt, daß innerhalb des Gesundheitswesens die stationäre Krankenbehandlung und die ambulante Krankenbehandlung sowie von beiden die Rehabilitation getrennt sind. Von daher sind Schnittstellen- bzw. Übergangsprobleme zwischen den Teilsystemen typisch. Im sozialdienstlichen Bereich ist die bevorrechtigte Stellung der freigemeinnützigen Wohlfahrtspflege in Deutschland bedeutsam, wonach die kommunalen Sozialdienste im Prinzip nur insoweit tätig werden als der Bedarf nicht von den Diensten und Einrichtungen der freien Wohlfahrt abgedeckt wird. In den letzten Jahren macht sich allerdings die Konkurrenz privater, gewerblicher Anbieter sowohl im ambulanten wie im stationären Sektor der Versorgung bemerkbar. Gerade im Hinblick auf die Altenpflege ist diese Konkurrenz gewichtig geworden (vgl. Schmidt 1999).

Die seit 1995 durch Gesetz für alle Bürger eingeführte Soziale Pflegeversicherung (SGB XI) ist auf den Mix der Anbieter („welfare mix“) eingestellt, fordert aber ein koordiniertes Handeln der Leistungserbringer. Die Gesetzgebung hat eine „Marktöffnung“ gebracht, die insbesondere privaten Pflegediensten ein weites Betätigungsfeld bietet. Der anspruchsberechtigte Bürger kann wählen, welche Unterstützungsangebote auf dem „Pflegemarkt“ er zu seinem häuslichen Pflegearrangement beziehen will. Von ihm wird erwartet, daß er sich an Vorsorgemaßnahmen beteiligt und daß er selbstaktiv seiner Bedürftigkeit abhilft (§ 6 SGB XI). Diese Position der Eigenverantwortung des Pflegebedürftigen und seiner Angehörigen ist aber nur soviel wert, wie die Betroffenen informiert sind oder sich informieren können und inwieweit ihnen Hilfen tatsächlich zugänglich sind. Nach Untersuchungen ist das recht unterschiedlich der Fall (Blinkert/Klie 1999, 167 ff.).

Die Pflegeversicherung hat durch die organisatorische Verkoppelung mit der Krankenversicherung die oben genannten Dichotomien zwischen medizinisch-pflegerischer und sozialer Versorgung, stationären und ambulanten Strukturen, zwischen Pflege und Rehabilitation nicht beseitigt. Trennungen und Teilungen sind sogar verschärft worden, da die Einschätzung der Pflegebedürftigkeit rein medizinisch (vom Medizinischen Dienst der Kassen) vorgenommen wird und die soziale Unterstützung (durch professionelle Soziale Arbeit) nicht in die gesetzlich vorgesehene Fachlichkeit der Pflege einbezogen ist. Sie ist erst gefordert, wenn im Einzelfall medizinisch eine Einstufung in die Pflegestufe I (gemäß den gesetzlichen Vorgaben) erfolgt ist. Damit beginnt die Zuständigkeit der Pflegekassen. Die kommunale Zuständigkeit ist durch die Pflegeversicherung ins Vorfeld und Umfeld der fachlichen Pflege verlegt worden. Diesseits der Pflegestufe I sind Pflegemaßnahmen und soziale Unterstützung (und auch die häusliche Krankenpflege nach einer stationären Behandlung) nicht in die Pflegeversicherung einbezogen und bleiben den Sozialdiensten und ggf. hausärztlicher Betreuung überlassen.

Die Hausärzte spielen in der Beratung und in der Vermittlung von Hilfen bei älteren Menschen eine zentrale Rolle. Da sie selbständig eine private Praxis betreiben, sind ihre Verbindungen zu Sozial- und Pflegediensten locker, so daß sie in der Regel an der Koordinierung von Hilfeleistungen nur am Rande beteiligt sind. Allerdings soll die Rolle der Hausärzte im Zuge der Gesundheitsreform gestärkt werden, und das Case Management wird als ein Schlüssel dazu betrachtet. Zum Zeitpunkt der Untersuchung gibt es allerdings erst einige Projekte, die den Hausarzt in eine entsprechende Funktion bringen (vgl. Döhner/Schick 1996, Kauss u.a. 1998).

Angesichts der vorhandenen Systemgrenzen verwundert es nicht, daß in der nationalen Fachdiskussion das Case Management im großen und ganzen in zwei Ansätzen verstanden wird, nämlich

- in der Sozialen Arbeit als Management der Unterstützung von Bürgern mit sozialen Diensten (vgl. Wendt 1991),
- im Gesundheitswesen als Fallmanagement in der medizinischen und pflegerischen Versorgung (vgl. Szathmary 1999).

Die Anwendung des Konzepts erfolgt weitgehend unabhängig voneinander in allgemeinen Sozialdiensten (z.B. wird es gerade beim kommunalen Sozialdienst der Stadt Kirchheim/Teck eingeführt), in der Suchtkrankenhilfe, in der Wohnungslosenhilfe, in der Koordination ambulanter sozialpflegerischer und rehabilitativer Dienste (vgl. Wissert u.a. 1996) und bei Krankenkassen (z.B. im „Gesundheitsmanagement“ der AOK). Die beteiligten Berufsgruppen

pen begreifen das Case Management vor allem als eine Möglichkeit, ihre fachliche Kompetenz zu stärken. Zwar wird in den Leistungsgesetzen die Stellung der Nutzer gestärkt; deren Beteiligung am Management ihrer eigenen Situation steht für die Professionellen aber nicht im Zentrum ihrer Aufmerksamkeit.

Im Versorgungssystem setzt das Case Management unter deutschen Verhältnissen ein *Schnittstellenmanagement* voraus, durch das für Koordination und Kooperation verschiedener Leistungserbringer und auch mehrerer Leistungsträger überindividuell gesorgt wird. Ohne ein Schnittstellen- bzw. Versorgungsmanagement auf der organisatorisch-institutionellen Ebene wird sich ein Versorgungskontinuum im Einzelfall nicht erfolgreich besorgen lassen. Wie an anderen Orten besteht auch in Kirchheim/Teck die Absicht, in dem einen oder anderen Dienst methodisch im Sinne des Case Managements zu verfahren, aber im Rahmen des jeweiligen Dienstleistungsangebots und monoprofessionell seitens der dort tätigen Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen. Sie beklagen, daß dienste- und trägerübergreifend wenig koordiniert gearbeitet wird. Ein Schnittstellenmanagement der Beziehung formeller Dienste zum Einsatz informell Mitwirkender und engagierter Bürger käme als Aufgabe hinzu, steht aber mangels systeminterner Koordination nicht auf der professionellen Agenda. Das Pflegeversicherungsgesetz sieht ein Zusammenwirken in der Entwicklung der lokalen pflegerischen Versorgungsstrukturen ausdrücklich vor. Kommunen, Pflegeeinrichtungen und Pflegekassen sollen gemeinsam „die Bereitschaft zu einer humanen Pflege und Betreuung durch hauptberufliche und ehrenamtliche Pflegekräfte sowie durch Angehörige, Nachbarn und Selbsthilfegruppen“ unterstützen und fördern und so „auf eine neue Kultur des Helfens und der mitmenschlichen Zuwendung“ hinwirken (§ 8 SGB XI).

Das System begünstigt indes eine segmentäre *Angebotsorientierung*. Im Umgang mit seinen Kunden hat der einzelne Dienst naturgemäß seine Leistungspalette und seine personellen Ressourcen im Blick („service led approach“). Für eine ganzheitliche und übergreifende individuelle Versorgung wird eine von den verschiedenen Dienstleistungsanbietern unabhängige Stelle gebraucht. Die Trennung von „Beschaffern“ und „Lieferanten“, also ein *purchaser-provider-split*, ist in Deutschland nur ansatzweise vorhanden, obwohl die Einsicht in die Notwendigkeit einer getrennten Zuständigkeit wächst und es bereits Stellen gibt (s.u.), die sich einer unabhängigen Bedarfsfeststellung, Hilfeplanung und Beschaffung bzw. einer integrativen Pflegeberatung widmen. Die einschlägigen Leistungsgesetze fordern immerhin die Mitwirkung der Leistungsberechtigten an den genannten Momenten im Case Management, so daß jedenfalls die einzelnen Dienste per Bedarfsklärung und Hilfeplanung zu einer Nutzerorientierung angehalten

sind. Sie ist speziell in der Altenpflege angebracht, da seit Einführung der Pflegeversicherung von den Nutzern selber zu regulieren ist, inwieweit sie häusliche Pflege im Familienkreis, unter teilweiser Beanspruchung von Fachdiensten („Pfleagemix“) und finanziell auch durch eigene Beiträge realisieren wollen und können.

Grundsätzlich kann Nutzerbeteiligung (user involvement) entweder von den Fachdiensten ausgehen, indem sie die Mitwirkung ihrer Kunden zur Bedingung der Leistung machen, oder von einer Eigeninitiative von Nutzern und (organisierten) Nutzergruppen ausgehen, wie das beispielsweise bei Behinderteninitiativen geschieht. Daß die Konsumenten von Humandienstleistungen bei deren Gestaltung mitreden wollen und sollen („Alt genug, um selbst zu entscheiden“: Evers/Leichsenring/Pruckner 1993), ist ein Ausdruck von Demokratie und zivilgesellschaftlicher Absichten. Die aktive Beteiligung der Bürger an der Gestaltung eigener und gemeinsamer Angelegenheiten ist nun ein Hauptzweck der *Förderung bürgerschaftlichen Engagements*. Es kann in Beziehung auf die Fachdienste in eine komplementäre Funktion hineinwachsen und in Hinblick auf die Information, Beratung, lebenspraktische Unterstützung und Qualitätssicherung (somit in wesentlichen Dimensionen des Case Managements) zu einer angemessenen Versorgung beitragen. Vorausgesetzt, eine Infrastruktur ist vorhanden oder wird geschaffen, welche der freiwilligen Mitarbeit die Bahnen der Versorgung eröffnet und dem Engagement den sozialpflegerischen Einsatz ermöglicht.

In Baden-Württemberg gibt es für die Entwicklung der Infrastruktur seit 1995 ein „Landesnetzwerk Bürgerschaftliches Engagement“, getragen vom Städtetag, Landkreistag und Gemeindetag Baden-Württemberg sowie dem Sozialministeriums des Landes mit vielen Beteiligten, 28 Modellstandorten und insgesamt 133 lokalen Initiativen und Stellen (Mitte 1999). In eine neuen Vereinbarung (vom 5.Mai 1999) zwischen dem Land und den kommunalen Partnern heißt es zum Landesnetzwerk, es solle dazu beitragen, „die Bedeutung des Engagements, die Vielfalt der Tätigkeitsformen und die Zusammenarbeit der Engagierten zu stärken und zugunsten der kommunalen Gemeinschaft und der Lebendigkeit der Demokratie zu entfalten“ – und zum „örtlichen Nutzen“ der Aktivitäten:

„Auf örtlicher und regionaler Ebene haben durch Schaffung von Anlaufstellen, Runden Tischen, Projekten, Freiwilligenagenturen, Bürgerbüros, Ehrenamtsbüros, Selbsthilfekontaktstellen, Büros der lokalen Agenda 21 und andere Dienstleistungs- und Koordinationstrukturen Versuche stattgefunden, die diese praktische Umsetzung von mehr Eigenverantwortung, Gemeinsinn und flexibler Aufgabenlösung zwischen Fachkräften und Bürgern ermöglichen sollen. Neue Büros und Agenturen werden zur Lösung drin-



gender Probleme überlegt. Ressortübergreifend werden gleichermaßen Erwartungen an das Engagement der Bürgerschaft gerichtet. Diese Entwicklung bedarf sowohl gegenüber der Bürgerschaft als auch aus Kostengründen einer sinnvollen Vernetzung und qualitativen Ausrichtung. ...“

(Vereinbarung 1999, 4).

Ein lokaler Standort des Bürgerschaftlichen Engagements in Baden-Württemberg ist das *Bürgerbüro* in Kirchheim/Teck. Es trägt den Vereinsnamen „Engagierte Bürger, BÜRGERBÜRO e.V., Kirchheim unter Teck“ und ist Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Bürgerschaftliches Engagement / Seniorengenosenschaften (ARBES). Das Bürgerbüro versteht sich als Anlauf- und Vermittlungsstelle für Bürgerinnen und Bürger, die gemeinsam etwas unternehmen wollen, als „Drehscheibe für Menschen, die Kontakte suchen, etwas erleben oder kennenlernen möchten, Hilfe in besonderen Lebenslagen benötigen und mit ihren Gaben und Fähigkeiten andere unterstützen wollen“. Neben einzelnen Aktiven, die im Bürgerbüro Dienst tun, ist es mit etwa 30 Initiativgruppen verbunden, unter denen für die Altenhilfe u.a. ein Frauenforum, ein Mobiler Bücherdienst, Wander- und Gymnastikgruppen, Café-Treffs einschlägig sind.

Im Rahmen des Bürgerschaftlichen Engagements sind in Kirchheim/Teck außerdem Projekte im Anschluß an das 1998 abgeschlossene Projekt BETA (Bürgerschaftliches Engagement und Tagespflege), der „Wegzeiger“ als niedrigschwelliges Beratungskonzept für pflegende Angehörige und die Initiative RANKE (s. u.) zu nennen. Die fortgesetzten Projekte tragen zu einem fortwährenden Dialog in der lokalen Öffentlichkeit und in Fachkreisen darüber bei, wie Altenhilfe informell und intermediär abgestützt und in Zusammenarbeit Professioneller und freiwilliger besser betrieben werden kann.

Als professionelle Partnerin der Engagierten ist im Sozialamt der Stadt („Fachstelle Bürgerengagement“) eine Sozialarbeiterin tätig. Sie ist in den allgemeinen Sozialdienst eingebunden, zu dessen Aufgaben auch die Altenberatung gehört. Der Dienst ist derzeit dabei, das Case Management als Arbeitsweise einzuführen. – Vom Seniorenzentrum Fickerstift aus betreut eine Sozialarbeiterin die bürgerschaftlich in der Altenpflege Aktiven.

### 3. Personenbezogene Koordinierung

Als Anlauf- und Kontaktstellen können das Bürgerbüro und die anderen Treffs in Kirchheim/Teck teilweise Funktionen übernehmen, für die in Baden-Württemberg von fachlicher Seite die *IAV-Stellen* vorgesehen sind.

Die *Informations-, Anlauf- und Vermittlungsstellen* (IAV-Stellen) wurden in Baden-Württemberg ab 1991 im Zuge einer Neuordnung der ambulanten Dienste („zur Förderung eines ausreichenden Angebots an ambulanten pflegerischen und hauswirtschaftlichen Hilfen und einer besseren Zusammenarbeit der örtlichen Träger“) eingerichtet. Aufgaben dieser Stellen sollten sein

- die umfassende Information der Bürgerinnen und Bürger über die im Einzugsbereich vorhandenen Hilfeangebote,
- die Entgegennahme von Hilfeanforderungen im Einzelfall,
- die erste Abklärung des Hilfebedarfs,
- auf Wunsch von Hilfesuchenden die Vermittlung der im Einzelfall erforderlichen Hilfen,
- Mitwirkung am Ausbau der örtlichen Versorgungsstruktur

(vgl. Wendt 1993, 184 ff.).

Bei der Aufgabenstellung wurde Rücksicht auf die Wünsche der freien Wohlfahrtspflege genommen, die eine obligatorische Clearing-Funktion der IAV-Stellen („one-door-access“) in Hinblick auf Bedarfsklärung, Hilfeplanung und Vermittlung von Hilfen ablehnten, weil sie darin eine Beschneidung ihrer Autonomie sahen. Die Stellen sollen also nicht im Case Management „am Ball“ bleiben, sondern nach Information möglichst an die Anbieter weiterverweisen. In der Praxis geschieht das je nach Arbeitspensum der Sozialarbeiterin, die in der Regel alleine die Stelle besetzt, mehr oder weniger, wobei es in schwierigen und komplexen Fällen auch den Leistungsanbietern gefällt, wenn die IAV-Stelle eine längere Betreuung übernimmt (vgl. zu den Arbeitsschwerpunkten der IAV-Stellen Wendt 1995, 133 ff.).

Die IAV-Stellen sind als anbieterneutraler Dienst gedacht. Komplementär zum Wirken der IAV-Stelle wurde die Schaffung einer Arbeitsgemeinschaft der ambulanten Dienste vorgesehen, in der sich die lokalen Anbieter über ihre Dienstleistungen und deren Weiterentwicklung abstimmen sollen. Diese Arbeitsgemeinschaften sind durchweg zustandekommen. Allerdings ist damit wenig Verbindlichkeit und nicht schon ein lokales Versorgungsmanagement erreicht. In der Regel übernimmt die IAV-Führung die Geschäftsführung für die Arbeitsgemeinschaft.

Für die Einrichtung einer IAV-Stelle zahlte das Land zunächst einen Zuschuß in Höhe eines Drittels der Kosten für das Fachpersonal. Es wurden bis Mitte der 90er Jahre etwa 250 IAV-Stellen in Baden-Württemberg geschaffen. Nachdem das Land 1998 aus der finanziellen Förderung ausstieg, sank die Zahl von zuvor 215 auf 173 IAV-Stellen. Man bemühte sich seit Einführung der Pflegeversicherung um eine Beteiligung der Pflegekassen an der Finanzierung. Ein Zusammenwirken hätte den Vorteil, die Übergänge aus der Akutversorgung in Rehabilitation oder Pflege zu verbessern und dazu beizutragen, daß die Leistungsgewährung durch Krankenkasse, Pflegekasse und Sozialhilfeträger im Einzelfall aufeinander abgestimmt oder harmonisiert wird. Im Rahmen von Modellprojekten hat sich insbesondere die Allgemeine Ortskrankenkasse Baden-Württemberg zu einer Mitfinanzierung bereit erklärt. Sie möchte in Modellversuchen die Arbeit ihrer Sozialdienste mit der Arbeit der IAV-Stellen verzahnen, um

- den Übergang aus der Akutversorgung in die Rehabilitation oder in Pflege zu optimieren,
- die nahtlose Leistungsgewährung (Kranken-/Pflegeversicherung/Sozialhilfe) sicherzustellen,
- das Bürgerschaftliche Engagement und die Gemeinwesenarbeit auszubauen.

Generell nimmt in dem Maße, in dem die kostentragenden Pflegekassen selber die Beratung ihrer Versicherten leisten oder leisten wollen, natürlich ihre Neigung ab, sich an der Finanzierung von IAV-Stellen zu beteiligen. (Die Kassen haben nach § 72 Abs. 5 SGB XI die Aufgabe, den Pflegebedürftigen eine Beratung darüber anzubieten, welche Pflegeleistungen in ihrer persönlichen Situation für sie in Betracht kommen.) Die Beratung durch die IAV-Stellen ist vom Versichertenstatus unabhängig und wird häufig im Vorfeld und Umfeld von Pflege im engeren Sinne nachgefragt.

Die weiter vorhandenen Dienste sind der Zahl nach etwa zur Hälfte in kommunaler Trägerschaft, zur Hälfte in Trägerschaft der freien Wohlfahrtspflege (insbesondere im ländlichen Raum). Die IAV-Stellen sollen nutzerorientiert und in der Vermittlung von Hilfen anbieterneutral arbeiten, was aber nach ihrer organisatorischen Zuordnung nur teilweise der Fall sein dürfte. Verfügt ein Träger allein über den größten Teil des Angebots im Gebiet, richtet er auch die IAV-Stelle ein, so daß diese zu einer Art Leit- und Aufnahmestelle für den Dienstleister wird.

Der Wegfall der finanziellen Förderung durch das Land erlaubt den Kommunen, soweit sie Träger von IAV-Stellen sind, diese in ihre Reorganisationsvorhaben einzubeziehen, die vor dem Hintergrund neuer Steuerungs-

modelle in der öffentlichen Verwaltung (New Public Management) erfolgen. So werden in Stuttgart im Laufe des Jahres 1999 die vorhandenen 23 IAV-Stellen zusammen mit der bisherigen Altenberatung im Allgemeinen Sozialdienst der Stadt und der Heimplatzvermittlung in einer neuen Abteilung Sozialarbeit und Betreuungsbehörde beim Sozialamt zusammengefaßt, wobei die dezentrale Ansiedlung der bisherigen Stellen beibehalten wird, sie nun aber unter einem neuen Namen firmieren: *Bürgerservice Leben im Alter*. Die Stellen werden zuständig für alle sozialen Angelegenheiten von Bürgern über 63 Jahren. Die Zusammenführung der Aufgabenbereiche in der kommunalen Altenhilfe legt nahe, auch die Ablauforganisation im personenbezogenen Dienst zu überdenken: Den älteren Menschen im Stadtteil soll in generalistischer fachlicher Beratung ein Angebot zu allen Fragen des Lebens im Alter aus einer Hand gemacht werden. Welche Hilfen in Frage kommen, soll nach Beratung und Abklärung per Hilfeplanung erfolgen.

Die Reorganisation erscheint insofern konsequent, als die IAV-Stellen mit ihren Aufgaben im Vorfeld und im Umfeld von Pflege (vgl. Wendt 1995) die möglichst enge Verknüpfung den verschiedenen Ressourcen formeller und informeller Unterstützung brauchen. Dazu zählen Bildungs- und Begegnungsangebote, Selbsthilfegruppen, Nachbarschaftshilfen, Angebote des betreuten Wohnens usw. Die Isolation der alten Menschen (und pflegender Angehörigen) bedroht die selbständige Lebensführung und die häusliche Versorgung, so daß die Erschließung der ganzen sozialen Szene und der lokalen sozialen Kultur für die Unterstützung im Alter nötig ist. In Baden-Württemberg wird deshalb die Verknüpfung der IAV-Tätigkeit auch mit dem hier politisch geförderten Bürgerschaftlichen Engagement diskutiert.

#### **4. Strukturen und Ressourcen**

Kommen wir auf das lokale Feld der Altenpflege zurück, in dem der Stand einer einzelfallbezogenen Koordinierung von Hilfeleistungen zu untersuchen ist, so ist zunächst festzustellen, daß die Stadt Kirchheim/Teck über ein ausgebautes Angebot an sozialen Diensten und Einrichtungen verfügt. Auf den Internetseiten der Stadt wird stolz auf ein „umfassendes soziales Netz“ verwiesen: „Die soziale Unterstützungslandschaft wird durch die Freie Wohlfahrtspflege, die Kirchen, Stiftungen, andere freie Träger, Stadt und Landkreis sowie durch eine hohe Bereitschaft der Bürgerinnen und Bürger zu freiwilligem Engagement, getragen. Bei den unterschiedlichsten Aufgabenstellungen haben öffentliche und private Träger immer wieder unter Beweis gestellt, daß sie in der Lage sind, in enger Kooperation gemeinsame Lösungen anzubieten. Ein besonderes Augenmerk legt die Stadt in ihrer Sozialpolitik auf eine enge Vernetzung aller Dienste, Förderung der Selbst-

hilfeskäfte und Mobilisierung freiwilligen bürgerchaftlichen Engagements“ (<http://www.kirchheim-teck.de/soziales.htm>).

Was die Koordinierung sozialpfelegerischen Handelns betrifft, hatte man in Kirchheim/Teck seinerzeit die Einrichtung einer *IAV-Stelle* in kommunaler Trägerschaft vorbereitet. Sie kam dann nicht zustande, weil die vom Gemeinderat geforderte finanzielle Beteiligung der Pflegekassen ausblieb.

Indes gibt es die (in der Verordnung des Landes zur Neuordnung der ambulanten Dienste vorgesehene) *Arbeitsgemeinschaft ambulanter Dienste*, in der sich die örtlichen Leistungsanbieter austauschen und abstimmen. Da das Gremium nur ab und an tagt, sind geschäftsführende und koordinierende Aufgaben anderweitig zu erledigen. Da nun in Kirchheim/Teck keine IAV-Stelle vorhanden ist, denen diese Aufgaben (wie es andernorts geschieht) zu übertragen wären, ist ad hoc der kommunale Sozialdienst gefragt. Er kann aber kaum koordinierend auf den Handlungsbereich der Dienste und Einrichtungen freier Träger der Wohlfahrtspflege einwirken. Von daher entfällt auch ein träger- und diensteübergreifendes Case Management.

Es gibt in der Stadt schätzungsweise 600 Einwohner in häuslicher Pflege, die größtenteils von Angehörigen geleistet wird. Dem Bürger stehen bei Pflegebedürftigkeit in Kirchheim/Teck (neben den Ärzten) eine Reihe von Diensten, die unabhängig voneinander arbeiten, zur Verfügung:

- die Diakonische Bezirksstelle (zur Beratung) und die Diakoniestation,
- das DRK-Zentrum Fickerstift mit ambulanten Diensten, Tagespflege, Gesprächskreisen für pflegende Angehörige und einer Kontaktstelle zur Beratung,
- der Malteser-Hilfsdienst,
- drei private Pflegedienste,
- der Krankenhaussozialdienst im Kreiskrankenhaus,
- das Gemeindepsychiatrische Zentrum in Nürtingen (in gerontopsychiatrischen Fragen),
- Einzelfallberatung bei der Allgemeinen Ortskrankenkasse und der Innungskrankenkasse,
- ein Bereitschaftsdienst des Deutschen Roten Kreuzes bei Entlassungen aus stationärer Versorgung (wahrgenommen durch ehrenamtliche Helfer),
- der Verein für Betreuungen,
- die Altenbetreuung bei der Arbeiterwohlfahrt,
- der kommunale Sozialdienst mit fünf Sozialarbeiterinnen, die wohngebietsbezogen zuständig sind.

Die fünf Alten- und Pflegeheime im Stadtgebiet und zwei Altenbegegnungsstätten leisten gelegentlich auch Beratung für Bürger, die sich dahin wenden. An weiteren lokalen Unterstützungsstrukturen gibt es in beschränktem Maße das Betreute Wohnen (das Angebot soll ausgebaut werden).

Gegenwärtig erstellen für die Fachkräfte in den verschiedenen Diensten im Auftrag der Stadt Studierende der Fachhochschule für Sozialwesen Esslingen ein Beraterhandbuch.

Zu den professionellen Diensten kommt die Beratung, die telefonisch („Offenes Ohr“) vom Bürgerbüro aus gegeben wird und durch pflegeerfahrene engagierte Frauen im Projekt „Wegzeiger“ angeboten wird. Der „Wegzeiger“ soll speziell eine Anlaufstelle für Angehörige von Demenzkranken sein. Ihnen sollen Wege zur Hilfe und Entlastung aufgezeigt werden.

Nicht einzelfall-, sondern projektbezogen in der Entwicklung der sozialpflegerischen Versorgung existiert eine Zusammenarbeit zwischen der Stadtverwaltung, dem DRK-Seniorenzentrum Fickerstift und dem Bürgerbüro e.V. Die Partnerschaft bezieht sich auf die Gestaltung von Angeboten für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen und auf den Einsatz der Fachkräfte und der freiwillig mitwirkenden Bürger.

Eine sozialpflegerische Kooperation von Fachkräften und engagierten Bürgern wird in einem Stadtteil von Kirchheim/Teck (mit 160 Altenwohnungen im Umfeld) seit Juni 1999 in der neu begonnenen *Initiative RANKE* erprobt. Die Abkürzung steht für „Rat und Tat“ (R), „Auskunft und Beratung“ (A), „Nachbarschaftliche Unterstützung und professionelle Dienstleistung“ (N), „Kontakt und Begegnung“ (K), „Engagement von Bürgern und Fachkräften“ des Deutschen Roten Kreuzes (E). RANKE wird getragen von den ambulanten und sozialpflegerischen Diensten des DRK im Seniorenzentrum Fickerstift, vom Bürgerbüro e.V., der Begegnungsstätte „Silberne Rose“ in Zusammenarbeit mit der Stadt und der Kreisbaugenossenschaft. Die Absicht ist, wohnortnah alten Menschen und ihren (pflegenden) Angehörigen individuelle Hilfen zu bieten. Dafür stehen einesteils engagierte Bürger bereit. Sie führen Begegnungsstunden durch, leisten Wohnberatung, beraten in Fragen zur Demenzerkrankung sowie zur Patientenverfügung und bieten in Veranstaltungen „Verschnaufpausen“ für pflegende Angehörige. – Von professioneller Seite wird fachliche Beratung, die Beratung nach § 37 SGB XI (bei sogen. „Pflegekontrollbesuchen“) und die Vermittlung von pflegerischen und pflegeunterstützenden Diensten (Haushaltshilfen, Einkaufshilfen, Essen auf Rädern) geboten.

Da die Initiative RANKE ihre Tätigkeit gerade erst begonnen hat, kann über die Realisierung im Detail noch nichts gesagt werden.

## **5. Methoden im Management der sozial-pflegerischen Unterstützung**

Besehen wir jetzt, wie in Kirchheim/Teck einzelfallbezogen eine koordinierte Hilfeleistung funktioniert und was insbesondere bürgerschaftliches Engagement dazu beiträgt. Festgestellt wurde bereits, daß in der Stadt ein regelrechtes, die verschiedenen Dienste und den Zeitverlauf übergreifendes Case Management bisher nicht eingeführt ist, obwohl einzelne Fachkräfte sich bereits an den Prinzipien und Schritten des Case Managements orientieren. Auch ist festzuhalten, daß die Dimensionen im Case Management – von der Zugangseröffnung über das Assessment und die Hilfeplanung bis zur Überwachung (Monitoring) und Qualitätssicherung – an verschiedenen Stellen wahrgenommen werden. Nur fügen sie sich eben nicht zu einem personenbezogenen kontinuierlichen Verfahren zusammen, und „integrierte Versorgungspfade“ (Schaeffer 1999, 245) sind nicht ausgemacht.

Bei Befragung der Fachdienste und der (im Bürgerbüro und im Fickerstift) aktiven Bürger wird deutlich, daß die meisten der schätzungsweise 600 Kirchheimer Bürger, die in und mit häuslicher Pflege zurechtkommen müssen, ihr Pflegearrangement selber bzw. unter Inanspruchnahme einzelner Dienste gestalten, so daß an keiner Stelle eine Übersicht über die Pflegeverhältnisse existiert. In der überwiegenden Zahl der Fälle sind die Betroffenen bzw. ihre Angehörigen offenbar in der Lage, ihre Situation selber zu „managen“, und sie beanspruchen dafür nur fragmentarisch und sporadisch die Fachdienste. Kirchheim/Teck ist ein vergleichsweise wohlhabendes Gemeinwesen, deren (ältere) Bewohner zumeist in finanziell abgesicherten Verhältnissen leben, auch mit Wohnungen (oft Eigenheimen) gut versorgt sind. Im Sozialplan „Älterwerden in Kirchheim unter Teck“ wurde 1992 festgehalten, daß nur 2,4 % der über 60jährigen Einwohner Empfänger von Sozialhilfe sind und daß sich in den Alten- Pflegeheimen „erstaunlicherweise bis zu 69 % Selbstzahler“ befinden.

Bei häuslicher Pflege wissen die meisten Betroffenen und ihre Familien offenbar von sich aus informelle und formelle Hilfen zu integrieren – und bieten mithin auch keinen Anlaß für die Einführung eines systematischen Case Managements. Wo es aber wegen einer chronisch defizitären oder prekären Lage nötig wäre, läßt sich das mangels Systematik nicht so leicht feststellen. Und wenn der Bedarf dienstlich festgestellt wird, ist er oft ein akuter,

und es sind ohne weiteres Case Management unverzüglich Maßnahmen erforderlich – etwa Aufnahme in ein Krankenhaus oder in ein Pflegeheim.

Das vielfältige Versorgungsangebot – bei gleichzeitig weitgehender Selbstversorgung – ist dazu geeignet, seine Defizite auch zu kaschieren. Ein komplexer Hilfebedarf löst sich in der Diversität auf, in welcher er (nach unterschiedlichen, nicht kompatiblen Kriterien) abgedeckt wird. Man kann an jeder Stelle des Systems sich damit zufrieden geben, daß wohl durch andere Dienste besorgt wird, was man nicht im eigenen Dienst leistet. Zumindest der professionellen Sozialarbeit ist allerdings der Mangel an Durchsicht und Zusammenwirken deutlich. Bereits im Sozialplan von 1992 wird konstatiert, daß „der Wunsch und die Notwendigkeit nach Vernetzung und Koordination durchgängig sind“.

## 6. Der Beitrag bürgerschaftlichen Engagements

Im Vorfeld und Umfeld der professionellen Sozial- und Pflegedienste bietet nun das *bürgerschaftliche Engagement* in Kirchheim viele *Gelegenheiten*, bei einzelnen Begegnungen, in Gesprächskreisen, an Altnachmittagen und in Veranstaltungen niedrigschwellig, informell und locker die Problematik von Pflege im Einzelfall anzusprechen und für Betroffene adäquate Hilfen und Lösungen zu finden. Dabei arbeiten die bürgerschaftlich Aktiven nicht mit dem Verfahren Case Management, aber ihre Tätigkeiten lassen sich den Dimensionen des Case Managements zuordnen.

Was die Mitwirkung von engagierten Bürgern betrifft, hat der Evaluator mehrere Gespräche mit einzelnen Beteiligten geführt, die bei den Initiativen „Wegzeiger“ und RANKE sowie im Bürgerbüro mitwirken. Es handelt sich um ältere Frauen, die selber pflegeerfahren sind, sei es daß sie beruflich zuvor in der Krankenpflege tätig waren, sei es, daß sie im Familienkreis Angehörige zu versorgen hatten oder haben. Sie übernehmen Gruppengespräche und halten im Einzelfall Kontakt. Die Kontakte haben sich bisher vorwiegend in den Veranstaltungen der verschiedenen Projekte ergeben.

Frau F. beispielsweise ist in der Werkstatt „Erinnerungsarbeit“ und im Gesprächskreis „Pflegebrücke“ für pflegende Angehörige aktiv. Sie findet, daß bei Erörterung etwa des Themas „Pflegen Männer anders?“, das kürzlich behandelt wurde, Probleme der häuslichen Pflege zur Sprache kommen, die gegenüber Fachkräfte kaum so benannt werden. – Frau S. wirkt beim „Wegzeiger“, in einer „Akademie für Lebenskunst“ und im Bürgerbüro mit. Sie begegnet dort Interessenten, die Alltagshilfen wie zur Erledigung der Kehrwoche oder von handwerklichen Arbeiten oder die Seniorenfahrten



nachfragen. Gelegentlich werden ihr Erfahrungen und Beschwerden mit Pflegediensten mitgeteilt („Wer ist eigentlich für mich zuständig?“). – Frau T. berät u.a. bei der Gründung von Gesprächskreisen. Selber pflegeerfahren, schließen sich ihr insbesondere pflegende Angehörige mit ihren intimen Problemen auf („Ich kann meine Schwiegermutter nicht waschen“), äußern Unzufriedenheit mit fachpflegerischen Leistungen und fühlen sich dabei von ihr besser verstanden („Sie schwätzen genau so, wie ich es empfinde“) als an formeller Stelle. Frau M. vermittelt im Bürgerbüro Hilfen für den Haushalt, berät bei der Erstellung von Patientenverfügungen und berät speziell Ältere in einem Aussiedlerwohnheim, die anders schwer Zugang zum Angebot der Dienste und Einrichtungen finden.

In den Gesprächen mit den Aktiven wurde deutlich, daß sie zwischen professioneller Dienstleistung und informeller mitmenschlicher Hilfe verschiedene Rollen spielen und sich dessen auch bewußt sind. Es sind Engagierte, die sich durch eigene berufliche und paraberufliche Vorerfahrungen im formellen System der Dienste, Einrichtungen und kommunalen Vorgänge schon auskennen oder durch längerdauernde aktive Beteiligung entsprechende Kenntnisse erworben haben. Sie geben ihr Wissen an Ratsuchende weiter und stehen in der Beratungssituation z.B. im Bürgerbüro den Professionellen nahe, von denen sie Unterstützung erhalten und die ihrerseits Bürgernähe suchen. Daß die solchermaßen Engagierten sich von den Bürgern, die sie aufsuchen, abheben, zeigt sich auch darin, daß letztere das Bürgerbüro nicht selten als eine dienstleistende Stelle wahrnehmen, wo man günstig Hilfen für den Haushalt oder kulturelle Veranstaltungen nachgewiesen bekommt. Auch in der Organisation von Unternehmungen und in der Leitung von Gruppen übernehmen die bürgerschaftlich Engagierten eine paraprofessionelle Funktion. Andererseits stehen sie Rat- und Hilfesuchenden informell „als eine von ihnen“ zur Seite – mit dem Vorteil, daß sie dabei ihre Kenntnisse und Erfahrungen in den lebensweltlichen Horizont gemeinsamer, mitmenschlicher Ratsuche und praktischer Unterstützung transformieren können.

Weitere Gespräche wurden mit Fachkräften im kommunalen Sozialdienst und im Seniorenzentrum Fickerstift geführt. Die Erkundungen werden im folgenden ausgewertet – und zwar in Hinblick auf die einzelnen Prozessschritte im Case Management sowohl nach der Seite der fachdienstlichen Beiträge als auch nach der Seite bürgerschaftlicher Aktivität.

Nicht festgestellt werden kann im Rahmen dieser Evaluation, in welcher Weise in Kirchheim/Teck je für sich im Medizinsektor (bei den frei praktizierenden Ärzten und im Krankenhaus) und in den ambulanten Pflegediensten bezogen auf pflegebedürftige alte Menschen im Sinne eines Case Mana-

gements gehandelt wird. Es ist ein Charakteristikum der Versorgungslandschaft, daß der Zugang zu ihr immer ein partikularer bleibt, der den Blick auf das Geschehen im ganzen nicht freigibt, so klar auch die Strukturen als solche angegeben werden können.

## 7. Zugangseröffnung (outreach)

Zum Management der Versorgung auf kommunaler Ebene ist eine Erfassung des vorhandenen lokalen Versorgungssystems notwendig. Das geschieht in Kirchheim/Teck im Rahmen der kommunalen Sozialplanung (1992 wurde ein Teilplan „Älterwerden in Kirchheim unter Teck“ erstellt; ein neuer Plan wird gegenwärtig erstellt). Kapazitätsprobleme, insbesondere Defizite in der Versorgung, können in der Arbeitsgemeinschaft der ambulanten Dienste zur Sprache kommen. Sie werden in der politischen Planung, z.B. bei der Förderung des Baus von betreuten Altenwohnungen berücksichtigt. Da die freigemeinnützigen und die gewerblichen Anbieter von Pflegediensten nicht an quantitative Vorgaben gebunden sind, werden Überkapazitäten nicht ausgeschlossen. Die Konkurrenz im ambulanten Bereich hat zugenommen.

Über das vorhandene Versorgungssystem sollten andererseits die Bürger Bescheid wissen. In einer im Sozialplan von 1992 ausgewerteten Untersuchung in Kirchheim/Teck wurde festgestellt: „Die alten Menschen verfügen über wenig konkrete Informationen über das soziale Netz und haben deshalb auch keine Möglichkeit zu planen. Sie wissen nichts über unterschiedliche ambulante Hilfeformen, die bei verschiedenen Einschränkungen in Anspruch genommen werden können ...“. Zwar finden offenbar die meisten häuslich zu versorgenden Personen bzw. ihrer Angehörigen geeignete Hilfen, aber es gibt von fachlicher und amtlicher Seite keinen Überblick darüber, wo und wie sie diese finden.

Reichlich Informationen sind für die Einwohner von Kirchheim/Teck über Angebote und Veranstaltungen im Rahmen bürgerschaftlichen Engagements vorhanden. Die Presse berichtet laufend darüber; Informationsmaterial liegt im Rathaus, beim Bürgerbüro (das u.a. einen „Demenz-Wegweiser“ herausgibt) und an anderen Stellen aus. Im Internet sind die sozialen Dienste, Beratungsmöglichkeiten, Selbsthilfegruppen, Angebote für ältere Menschen aufgelistet (<http://www.kirchheim-teck.de/soziale.htm>). Mit der Verbreitung dieser Informationen ist natürlich nichts darüber gesagt, wieweit damit der persönliche Informationsbedarf von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen gedeckt ist: die „Treffsicherheit“ (*target efficiency*) der Bekanntmachung von Hilfen bleibt unbekannt.

Indes ist das öffentliche Bemühen zu würdigen. Die Stadt beteiligte sich im Vollzug ihres Sozialplans „Älterwerden in Kirchheim unter Teck“ seit 1993 an der landesweiten „Initiative Drittes Lebensalter“. Damit wollte sie

- das Angebotsspektrum für die Menschen im 3. Lebensalter durch Vernetzung der Angebote im Bildungs-, Sozial- (Altenhilfe-) und Kulturbereich bedarfsgerecht und zeitgemäß halten;
- die Menschen nach Eintritt in die Nacherwerbsphase für ihre Anliegen und die der Gesellschaft gewinnen;
- Voraussetzungen schaffen, daß der älter werdende Mensch stärker als bisher handlungsfähig, eigenständig, sozial verbunden ist und bleiben wird, wenn die Bedingungen dafür schwieriger werden;
- die Verbesserung der Voraussetzungen für die Formen sozialer Kultur, Kommunikation und sozialer Prävention durch Schaffung einer Infrastruktur, die selbstorganisiertes bürgerschaftliches Engagement ermöglicht.

(<http://www.kirchheim-teck.de/initiati.htm>)

Durch die Initiative, das Projekt „Solidarisch mit Angehörigen“ und das nachfolgende BETA-Projekt wurden viele Bürgerinnen und Bürger erreicht und zu gelegentlicher oder regelmäßiger Mitarbeit (Assistenz in der Tagespflege, Vorbereitung von Veranstaltungen, Teilnahme an Gesprächskreisen) gewonnen.

Für einzelne Betroffene, insbesondere pflegende Angehörige wird der Zugang zu Hilfen und das Erreichen angemessener Unterstützung per Teilnahme an den Veranstaltungen und anderen Aktivitäten im Rahmen des bürgerschaftlichen Engagements erleichtert, darunter das „Offene Ohr“ als telefonische Beratungsmöglichkeit beim Bürgerbüro (ein allerdings bisher selten genutztes Angebot). Die Möglichkeiten des informellen Zugangs zum Hilfesystem sind per Mitwirkung von Fachkräften verbunden mit dem formellen Zugang über das Seniorenzentrum Fickerstift und die Altenberatung und Fachstelle Bürgerengagement im kommunalen Sozialamt – und nicht verbunden mit dem Zugang, der über die Hausärzte und die Pflegekassen läuft oder bei direkter Inanspruchnahme von Pflegediensten erfolgt (es gibt eben keinen *one-door-access*).

## **8. Situationseinschätzung und Bedarfsklärung (Assessment)**

Bei Pflegebedürftigkeit ist seit Einführung der Pflegeversicherung für das Assessment der Medizinische Dienst der Pflegekassen zuständig. Er prüft zwecks Einstufung die Bedürftigkeit nach dem vom Gesetz vorgegebenen Schema, wobei soziale Gesichtspunkte weitgehend außen vor bleiben. Ein pflegerisches Assessment (eine Bedarfsfeststellung pflegeprozessbezogen) nehmen die Dienste (z.B. die Diakoniestation) vor, die zur Leistungserbringung herangezogen werden. Die soziale Situationsklärung erfolgt unabhängig von den Fachdiensten dann beim kommunalen Sozialdienst, wenn entweder eine Einstufung gemäß Pflegeversicherung noch nicht erfolgt ist oder zur Feststellung gebraucht wird, ob Hilfe in besonderen Lebenslagen (gemäß BSHG) zu gewähren ist. – Für IAV-Stellen sind detaillierte Erhebungsbögen erstellt worden, die ein erstes Assessment standardisieren und es erleichtern sollen.

Unabhängig von Leistungsansprüchen kann informell über Situation und Bedarf gesprochen werden. Betroffene vermuten bei bürgerschaftlich Aktiven, die sie im Bürgerbüro, in Gesprächsrunden oder bei Veranstaltungen im Rahmen der verschiedenen Projekte treffen, eine gleiche lebensweltliche, situative Orientierung, die es ihnen erlaubt, „von Frau zu Frau“ Einschätzungen zu ihrer Lebenssituation auszutauschen und miteinander unverbindlich Möglichkeiten der Bedarfsdeckung zu erwägen. Diese prüfenden Gespräche können die fachlichen Sichten ergänzen oder auch korrigieren.

Prinzipiell wird, der Varianz der Lebenslage und der Pluralität der Lebensführung entsprechend, das Assessment sehr verschieden ausgerichtet sein müssen. Es gibt typologisch Pflegebedürftige „mit familienbezogen-traditionalistischem Lebensentwurf“, die sich auf ihre Angehörigen stützen, und Pflegebedürftige „mit einer auf Individualisierung verweisenden Biographie“ (Blinkert/Klie 1999, 59 ff.). Die empirische Untersuchung, die Blinkert und Klie zur Situation häuslich versorgter Pflegebedürftiger in Baden-Württemberg (u.a. auch im Kreisgebiet, zu dem Kirchheim/Teck gehört) durchgeführt haben, ergab, daß 85 % der Pflegebedürftigen von informellen Helfern versorgt werden, die im gleichen Haushalt leben. Das Unterstützungsnetzwerk weist in diesen Fällen eine relativ stabile, traditionell-familiär geprägte Konfiguration auf (Blinkert/Klie 1999, 83 ff.). Der Bedarf an ergänzender oder ersetzender, formeller oder informeller Unterstützung ist hier nicht nur anders im Inhalt, sondern auch in der Art und Weise, in der dieser Bedarf zu erheben ist (nämlich mit der Familie), als in den Fällen, in denen ein Pflegebedürftiger keine Angehörigen im Wohnbereich hat und wenig

informelle Hilfe von entfernt wohnenden Angehörigen, von Freunden oder Nachbarn erwarten kann. Hier sind im Assessment Überlegungen angebracht, wie die alleinstehende Person durch bürgerschaftliche Aktivitäten Unterstützung finden kann. Jedenfalls wird die Aussicht, daß der/die Pflegebedürftige in der eigenen Wohnung bleiben kann, nach den Möglichkeiten zu beurteilen sein, inwieweit im Nahraum eine Absicherung der sozial-emotionalen und instrumentell-materiellen Versorgung erreichbar ist.

Die „individualisierte“ Lebenslage ist aber (noch) nicht so häufig, wie man heutzutage erwartet. Dies stellen Blinkert und Klie in ihrer Untersuchung fest, und in Kirchheim/Teck ist zu erfahren, daß für die häusliche Pflege meistens Anghörige vorhanden sind. Im Hinblick auf das Potential bürgerschaftlichen Engagements ergibt sich daraus, daß es vorwiegend auf den Bedarf von pflegenden Angehörigen abzustellen ist (die denn auch in erster Linie die Gesprächspartner der bürgerschaftlich Aktiven, auch in Einschätzungsfragen, sind), daß es aber andererseits im Wohnquartier die Rolle übernehmen kann, zu vereinzelt lebenden Menschen den Kontakt zu finden, die mit der Problematik ihrer Lage alleine überfordert sind.

## 9. Hilfeplanung

Zwar schreiben die bundesdeutschen Leistungsgesetze vor, eine Hilfeplanung mindestens in den Fällen vorzusehen, in denen eine längere bzw. intensivere oder komplexe Dienstleistung notwendig wird. Wegen der diversen und fragmentierten Zuständigkeit im Versorgungssystem erfolgt eine ganzheitliche, gar rechtzeitige Hilfeplanung aber nicht, die soziale, gesundheitliche, pflegerische und rehabilitative Gesichtspunkte gleichermaßen abdeckt.

Die Hilfeplanung ist in der Altenpflege auf vorhandene oder absehbare oder bedarfsentsprechend anzustrebende *Pflegearrangements* zu beziehen. „Ein Pflegearrangement ist die auf die Versorgungsbedürfnisse einer Person abgestellte Kombination von Pflegeleistungen und Helfern. Pflegearrangements beschreiben also, welche Hilfearten ein Pflegebedürftiger erhält, von wem die Hilfen erbracht werden, wann diese Leistungen erfolgen und evtl. auch, über welchen Zeitraum sie sich erstrecken, ob eine Bezahlung erforderlich ist und gegebenenfalls in welcher Höhe. Pflegearrangements können geplant sein; es kann aber auch sein, daß ein solches Arrangement nach und nach entsteht, oder daß ein geplantes Arrangement sich im Laufe der Zeit verändert und den Gegebenheiten und Möglichkeiten anpaßt“ (Blinkert/Klie 1999, 101).

Die *Organisation* präventiver und rehabilitativer Unterstützung bleibt durchweg den Betroffenen überlassen. Die dienstlich-professionelle Organisation (Koordination für den Bürger) wäre von einer Stelle zu leisten, die sachlich und fachlich zuständig für eine Koordination in Steuerung des Einzelfalles vor Inanspruchnahme einzelner Dienstleister ist. Eine solche Stelle ist in Kirchheim/Teck nicht vorhanden (und die IAV-Stellen anderswo haben, wie oben ausgeführt, eine solche Zuständigkeit nicht). Oft in Anspruch genommen wird eine spezielle *Wohnberatung*, die im Bürgerbüro angeboten wird. Zu finanziellen Planungsaspekten gibt es diverse Beratungsmöglichkeit – im Sozialamt, bei den Pflegekassen und z.B. beim „Senioren-Service“ der örtlichen Volksbank. – Da sich offenbar in der überwiegenden Zahl der Fälle die Betroffenen selbst zu helfen wissen bzw. mit den Beratungs- und Pflegeangeboten der Stellen, die sie aufsuchen, wohl zufrieden sind, kann natürlich geschlossen werden, daß eine eigenständige, generell zuständige Hilfeplanungsinstantz nicht erforderlich ist.

Persönliche vorsorgende Planung ist Teil der individuellen Lebensplanung. Auf sie kommen Menschen eher in ihrer informellen Kommunikation zu sprechen, als daß sie diese Planung einem formellen Dienst vortragen. Die verschiedenen Gesprächskreise im Rahmen bürgerschaftlichen Engagements in Kirchheim/Teck bieten Gelegenheiten, sich auch vorsorgend auszutauschen. Die Ergebnisse eines solchen Austausches mögen in die persönliche Lebensplanung von Betroffenen eingehen, in eine formelle Hilfeplanung gehen sie (bisher) nicht ein.

## **10. Qualitätssicherung und Evaluation**

Im Sozial- und Gesundheitswesen und speziell im Bereich der professionellen Pflege wird erwartet, daß die Dienstleister die Qualität ihrer Leistungen sichern und belegen. Die Qualitätsentwicklung wird u.a. per Standardisierung und Pflegedokumentation betrieben. Für den Bereich der häuslichen Pflege, welche von den Leistungsberechtigten der Pflegeversicherung selbst gestaltet wird, sind „Pflegekontrollbesuche“ (gemäß § 37 Abs. 3 SGB XI) vorgesehen.

Die Dienstleister bei häuslicher Pflege unterliegen fachlich keiner direkten öffentlichen Aufsicht. Ihre Leistungen im Einzelfall sind durch Vertrag zwischen der dienstleistenden Stelle bzw. ihrem Träger und dem Kunden des Dienstleisters geregelt, so daß sich der Nutzer selber melden muß, wenn er Leistungsmängel feststellt und sie als Verletzung der vertraglichen Vereinbarung ansieht. Daß sich der Dienstleister in seinen Beziehungen zu Leistungsträgern zur Einhaltung von Qualitätsstandards verpflichtet, ist keine

personenbezogenen Abmachung und bringt keine Überwachung im Einzelfall mit sich.

Formell ist eine Beschwerdestelle nicht vorgesehen, wenngleich jede Stelle – die Pflegekasse oder das kommunale Sozialamt oder ein freier Dienstleister und sein Träger bereit sind, Beschwerden entgegenzunehmen.

Der Erfahrungsaustausch in den Gruppen und Veranstaltungen des bürgerschaftlichen Engagements kann als „Zwischenträger“ eines Monitoring dienen. Im Gespräch mit den engagierten Frauen ergibt sich, daß sie gelegentlich Beschwerden entgegennehmen und weiterreichen. Es muß sich aber erst noch zeigen, inwieweit bei wohnortnaher und niedrigschwelliger Betreuung von einem Stützpunkt wie RANKE aus eine bürgerschaftliche „Überwachung“ der ambulanten Versorgung Pflegebedürftiger und ihres Ergehens in der Familie möglich ist.

Bewertungen der Versorgungsstruktur und ihrer Defizite durch die Nutzer lassen sich informell leichter vortragen. Allerdings müssen diese Bewertungen dann auch in das kommunale Versorgungssystem gemeldet werden.

## **Zusammenfassung**

Die Erfahrungen in Baden-Württemberg zeigen, daß bürgerschaftliches Engagement sich in Lernstrukturen entfaltet, in denen den Beteiligten erst nach und nach deutlich wird, über welche Potenzen sie verfügen. Sollen bürgerschaftlich Aktive wirkungsvoll in der Altenpflege und speziell im Case Management mitwirken, bedarf es auch dafür Erprobungs- und Einübungsstrukturen. Die verschiedenen Projekte in Kirchheim/Teck können als solche (Gelegenheits-)Strukturen betrachtet werden. Es zeigt sich, daß sie mit dem formellen Hilfesystem trotz organisatorischer Anknüpfung an ein professionelles Versorgungszentrum und an ein kommunales Amt noch wenig verbunden sind. Damit sind auch Lernchancen für die Fachkräfte kaum genutzt, wie sich einzelfallbezogen die Mitwirkung bürgerschaftlichen Engagements nutzen läßt und was die Fachkräfte (im direkten Dienst) zu dessen Entfaltung beitragen können.

Besonderes Interesse verdient die intermediäre Stellung und Funktion einzelner bürgerschaftlich Engagierter. Sie können im Einzelfall informell Aufgaben der Zugangseröffnung, des Assessment und der Hilfeplanung übernehmen, wobei evaluatorisch offen bleibt – und vielleicht auch bleiben muß –, wieweit quantitativ und qualitativ diese Beteiligung an einem Case

Management in schwierigen und komplexen Fällen der Pflegebedürftigkeit reichen kann.

Auf der Ebene des Gemeinwesens bietet sich in Kirchheim/Teck ein buntes Bild von Aktivitäten, die kommunal und im Wohnquartier zu einer „neuen Kultur des Helfens“, wie sie politisch gewünscht wird, beitragen können. Die gesamtstaatlich vorgegebenen Strukturen des Versorgungssystems lassen aber von den Betriebsabläufen in ihnen her eine integrierte kooperative, informelle Unterstützung einbindende Gestaltung sozialpflegerischen Vorgehens schwerlich zu. Es fehlt gerade in schwierigen Fällen an einer kontinuierlichen Fallführung, welche die Bearbeitung sozialer Probleme, die Gestaltung der Pflege und medizinische (kurative und rehabilitative) Erfordernisse übergreifen könnte. Das System erlaubt dafür (bisher) keine einheitliche Zuständigkeit. Da diese Strukturvorgaben „von unten her“ auf kommunaler Ebene nicht eliminiert werden können, sind auf diesem Gebiet nationale Entscheidungen fällig, wie sich denn auch in den beabsichtigten Gesundheitsreformen ankündigen.

## **Bibliographie**

- Blinkert, Baldo / Klie, Thomas: Pflege im sozialen Wandel. Eine Untersuchung über die Situation von häuslich versorgten Pflegebedürftigen nach Einführung der Pflegeversicherung im Auftrag des Sozialministeriums Baden-Württemberg. Vincentz, Hannover 1999
- Döhner, Hanneli / Schick, Birgit (Hrsg.): Gesundheit durch Kooperation. Die Rolle der Hausarztpraxis in der geriatrischen Versorgung. Lit, Münster 1996
- Evers, Adalbert / Leichsenring, Kai / Pruckner, Birgit: Alt genug, um selbst zu entscheiden. Internationale Modelle für mehr Demokratie in Altenhilfe und Altenpolitik. Lambertus, Freiburg i.Br. 1993
- Große Kreisstadt Kirchheim unter Teck: Älterwerden in Kirchheim unter Teck. Sozialplan – Teilplan I -. Hektographiertes Manuskript, Kirchheim/Teck 1993
- Hummel, Konrad (Hrsg.): Bürgerengagement. Seniorengenossenschaften, Bürgerbüros und Gemeinschaftsinitiativen. Lambertus, Freiburg i.Br. 1995
- Kauss, Thomas, u.a.: Vernetzung in der ambulanten geriatrischen Versorgung – die Schlüsselstellung des Hausarztes. Lit, Münster 1998



- Landschaft Bürgerschaftliches Engagement. Das Praxis-Handbuch der ARBES. Kontaktstelle für praxisorientierte Forschung e.V. an der Evangelischen Fachhochschule Freiburg. Freiburg 1996
- Naegele, Gerhard / Schmidt, Waldemar (Hrsg.): Mehr Bürgernähe und wohnortbezogene Vernetzung in der kommunalen Altenarbeit. Das Modellprojekt „Sozialgemeinde“ in Nordrhein-Westfalen. Lit, Münster 1996
- Otto, Ulrich: Seniorengenossenschaften. Modell für eine neue Wohlfahrts-politik? Leske + Budrich, Opladen 1995
- Schaeffer, Doris: Care Management – Pflegewissenschaftliche Überlegungen zu einem aktuellen Thema. In: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften, 3, 3, 1999. S. 233-251
- Schmidt, Roland: Pflegedienste im Wandel ambulanter Versorgungsstrukturen: Neue Konkurrenzen, veränderte Anforderungen. In: Naegele, Gerhard / Schütz, Rudolf-M. (Hrsg.): Soziale Gerontologie und Sozialpolitik für ältere Menschen. Westdeutscher Verlag, Opladen 1999. S. 354-374
- Soziale Arbeit mit älteren Menschen und bürgerschaftliches Engagement. Sozialarbeiterstudie in Baden-Württemberg. Herausgeber: Kontaktstelle für praxisorientierte Forschung an der Evangelischen Fachhochschule Freiburg im Auftrag des Sozialministeriums Baden-Württemberg. Stuttgart 1997
- Steiner-Hummel, Irene: Gemeinwesenorientierte Pflege als Weg der kommunalen Altenhilfeentwicklung. In: Schmidt, Roland, et al.: Die Versorgung pflegebedürftiger alter Menschen in der Kommune. Mabuse, Frankfurt am Main 1999. S. 138-147
- Szathmary, Balazs: Neue Versorgungskonzepte im Gesundheitswesen. Luchterhand, Neuwied 1999
- Vereinbarung zum Ausbau des Landesnetzwerkes Bürgerschaftliches Engagement (LBE) der Landesarbeitsgemeinschaft zur Förderung des bürgerschaftlichen Engagements (AG/BE). In: Bürger engagiert, Infodienst der Seniorengenossenschaften, Bürgerbüros und Gemeinschaftsinitiativen, 7-9/1999, S. 4-5
- Wendt, Wolf Rainer (Hrsg.): Unterstützung fallweise. Case Management in der Sozialarbeit. Lambertus, Freiburg i.Br. 1991
- Wendt, Wolf Rainer (Hrsg.): Ambulante sozialpflegerische Dienste in Kooperation. Lambertus, Freiburg i.Br. 1993

- Wendt, Wolf Rainer: Kooperation im Vorfeld und Umfeld der Pflege: Die IAV-Stellen in Baden-Württemberg. In: Igl, Gerhard / Kühnert, Sabine / Naegele, Gerhard (Hrsg.): SGB XI als Herausforderung für die Kommunen. Vincentz, Hannover 1995. S. 129-142
- Wendt, Wolf Rainer: Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen. Eine Einführung. Lambertus, Freiburg i.Br. 1997
- Wissert, Michael, u.a.: Ambulante Rehabilitation alter Menschen. Beratungshilfen durch das Unterstützungsmanagement. Lambertus, Freiburg i.Br. 1996

## Diskussion des Berichtes aus Baden-Württemberg

### Wendt:

Ich möchte noch einige Anmerkungen zu der Besonderheit des Projekts in Baden-Württemberg machen; es hebt sich von den anderen Projekten insofern ab, als wir uns mit dem bürgerschaftlichen Engagement (*civic engagement*) im Zusammenhang mit der Pflege und mit der Versorgung alter Menschen befasst haben. Ich wähle einmal die Perspektive der Sozialwirtschaft, d.h. einen Standpunkt, von dem aus man fragt, wie die Versorgung *ökonomisch* gestaltet sein kann und zugleich qualitativ und „nachhaltig“ (um einen Begriff aus der Agenda 21 aufzunehmen). Ich denke, dass wir auch im Sozial- und Gesundheitswesen zu einer Gestaltung von Wohlfahrt in dieser nachhaltigen Weise verpflichtet sind.

Bei der Frage der Gestaltung der Versorgung haben wir es ja nicht nur zu tun mit Pflegebedürftigkeit im engeren Sinne, also mit *long-term-care*, sondern mit einem sehr viel weiteren Bereich, gerade dann, wenn wir auch präventiv handeln wollen, und wenn wir neben der Pflege auch die Rehabilitation einbeziehen wollen. Wenn ich also den Standpunkt wähle, dass ich zunächst einmal die Gesamtheit der Versorgung betrachte, dann kommen neben den *care arrangements* auch die *living arrangements* im Alter in den Blick. Wenn der ganze Bereich der Pflegebedürftigkeit im weiteren Sinne vorgeschaltet ist, dann muss ich mich damit befassen, wie die Leute leben und inwieweit sie selber in der Lage sind, ihre im Alter wachsende Bedürftigkeit zu bewältigen. Denn man kann ja statistisch davon ausgehen, dass 60 bis 80 % (Genaueres weiß man nicht, weil das auch eine Frage der Definition ist) der im Alter unterstützungsbedürftigen Menschen sich selber versorgen können bzw. die Angehörigen das tun, ohne dass sie schon in der Statistik der Pflegebedürftigkeit auftauchen. Speziell in Deutschland ist die Pflegebedürftigkeit im Rahmen der Pflegeversicherung definiert, und sie beginnt erst, wenn in erheblichem Grade die selbstständige Besorgung der Angelegenheiten eingeschränkt ist. Aber oft ist es schon vorher so, dass Vieles getan werden muss (wobei wir in Deutschland von der „Pflegestufe Null“ reden), wenn Unterstützung notwendig ist, die in 80% der Fälle von Angehörigen übernommen wird und in einem kleineren Teil auch noch von anderen informellen Helfern. Dies muss bei der Betrachtung der Versorgung zunächst einmal in den Blick genommen werden. Frau Lowenstein hat von *independant elderly* und *frail elderly* gesprochen und sich dann im Wesentlichen auf die *frail elderly* konzentriert; aber es geht eben auch um die *independant elderly*, zumindest solange sie noch wirklich für sich alleine sorgen können. Ich denke, dass wir auch beim Case Management zunächst

vom „Selbstmanagement“ ausgehen müssen, von der Selbsthilfe und von der informellen Unterstützung. Dies ist auch deshalb notwendig, weil wir nur dann zu einem richtigen *welfare-mix* kommen, wie es auch politisch gefordert ist, nämlich dazu, dass zur Selbsthilfe ergänzend freie Anbieter, die öffentliche Hand und die professionelle Arbeit hinzu kommen.

Dabei müssen wir zuerst abschätzen können, wie viel wir durch Selbstmanagement erreichen können. Ich habe in dem Projekt, das ich begleitet habe, festgestellt, dass im größten Teil der Fälle ein solches Selbstmanagement stattfindet. Die Frage ist aber, ob es kompetent genug stattfindet. Bei den Unzulänglichkeiten des Selbstmanagements käme dann das Case Management von professioneller Seite zum Tragen.

Dieser Ansatz bei der sozialen Unterstützung, bei der Selbsthilfe, beim eigenen Selbstmanagement oder *life-management* ist für mich ein Ausgangspunkt gewesen. Das bürgerschaftliche Engagement in Baden-Württemberg kommt von den sogenannten „Seniorenengossenschaften“ her, also von Gruppen älterer Menschen, die sich zu gegenseitiger Unterstützung, zu gegenseitiger Anregung und auch zur Hilfe für Andere zusammen gefunden haben. Diese Seniorenengossenschaften, die es in Baden-Württemberg schon seit mehreren Jahren gibt, waren ein Kernbereich dessen, was wir heute an bürgerschaftlichem Engagement in Baden-Württemberg fördern. Das Land Baden-Württemberg hat uns beauftragt, zu prüfen, inwieweit sich das, was im engeren Sinne an Case Management notwendig ist, mit der freiwilligen Mitarbeit, also mit dem Bürgerengagement, verbinden lässt. Das war der Ausgangspunkt für meine Aufgabenstellung.

Mit der Stadt Kirchheim-Teck (mit 37.000 Einwohnern) wurde ein kleinerer Ort in Baden-Württemberg ausgewählt. In Kirchheim-Teck werden etwa 600 Personen zu Hause gepflegt, für die eine Vielzahl von Einrichtungen zur Verfügung steht, von denen aber jeder unkoordiniert sein Angebot macht. Und da es in Deutschland so ist, dass die freie Wohlfahrtspflege selbstständig diese Aufgaben wahrnimmt und nicht etwa von kommunaler Seite in ihrer Selbstständigkeit beeinträchtigt werden darf, kann man auch nicht erreichen, dass hier wirklich eine Koordination erfolgt.

So kommt es, dass in Kirchheim-Teck von verschiedenen Stellen in dem Sinne ein Case Management durchgeführt wird, in dem man von „Pflegeplanung“ spricht; wenn feststeht, dass hier dieser und jener Betreuungsbedarf gegeben ist, führt der jeweilige Anbieter für sich intern ein Case Management durch. Aber es gibt keine Stelle, die einen Fall über verschiedene Anbieter hinweg begleitet oder dafür sorgt, dass die richtigen Anbieter

überhaupt herangezogen werden. Das liegt daran, dass es keinen *purchaser-provider-split* und auch keinen *one-door-access* gibt, sondern man kann sich direkt an die Dienste wenden. Dabei kommt ein recht ausgeprägtes Selbstmanagement zum Tragen: Offenbar finden die meisten Leute, die einen Pflegebedarf haben – sei es der Pflegebedürftige selber oder seien es seine Angehörigen – von sich aus zu den zuständigen Stellen.

Die Frage ist natürlich, ob die besonders Bedürftigen diesen Zugang finden. Es gibt darüber keine Feststellungen, wer diesen Zugang findet und wer nicht. Das hängt auch damit zusammen, dass die Stadt Kirchheim-Teck eine gut funktionierende Wirtschaft hat und die Verdienstmöglichkeiten relativ hoch sind; nur ein bis zwei Prozent der älteren Bürger sind sozialhilfebedürftig, während die meisten über ein nicht geringes Vermögen verfügen, meist in Form von Immobilien.

Abschließend kann man sagen, dass der Bedarf gering ist: Warum sollte man ein gesondertes Case Management einführen, wenn die meisten Leute selber dazu in der Lage sind? Aber die andere Seite ist die: Man weiß nicht, ob die besonders Bedürftigen den richtigen Zugang finden, und ob sie dann qualitativ und quantitativ richtig versorgt werden. Ich denke, dass es notwendig wäre, für die Fallführung im Einzelfall auch ein Versorgungsmanagement im Ganzen durchzuführen, sonst kann man nicht zu dem hin kommen, was ich am Anfang gesagt habe: Zu einer nachhaltigen, qualitätsvollen, ökonomischen Gestaltung der Versorgungssituation.

#### **Engels:**

Wir haben jetzt eine ganze Reihe von Kompetenzen diskutiert: Wir haben über die professionelle Kompetenz des Case Managers gesprochen und haben jetzt zwei weitere Kompetenzbegriffe im Raume stehen: Die Kompetenz der Ehrenamtlichen bzw. der engagierten Bürger, und die Selbstkompetenz der Betroffenen und ihrer Angehörigen.

Meine Frage ist jetzt, wenn es um Case Management als ein professionelles Profil geht: Wo ist die Grenze? Wenn es, was Sie angedeutet haben, manchmal tatsächlich ausreichen würde, die Probleme über Selbstmanagement und über informelles Management zu lösen, dann sollten wir uns fragen, ob ein professionelles Management als eigene Struktur überhaupt erforderlich ist. Wenn ich aber an andere Beispiele denke, dann ist in vielen Fällen genau die Professionalität eines Case Managers gefordert – das haben Sie ja auch kritisch angemerkt.

**Voß:**

Ich finde, dass man natürlich darüber diskutieren kann, dass es auch ehrenamtliche oder freiwillige Helfer gibt, die eine ganze Menge Kompetenz mitbringen. Bei näherer Betrachtung habe ich aber Zweifel: Wenn bei 50% aller Pflegebedürftigen der Pflegebedarf durch Demenz ausgelöst wird und wenn weiterhin Depression als Erkrankung im Alter berücksichtigt wird, dann heißt das, ein ehrenamtlicher Helfer muss in einem Assessment erkennen können, ob eine Demenz vorliegt oder ob eine Depression vorliegt, die auch Ursache für den Zusammenbruch des sozialen Netzes sein kann. Um sich mit Demenz und Depression auseinanderzusetzen, muss man eine abgeklärte Haltung haben zu Siechtum, Sterben und Tod, und man muss mit den ganzen Übertragungsmechanismen – gerade in der Häuslichkeit des depressiven oder dementen Pflegebedürftigen – zurecht kommen. Und damit ist man noch immer beim Assessment.

Eine weitere Qualifikation besteht dann darin, sich in dem nicht sehr großen Hilfenetz für diese Zielgruppen auszukennen, auch Profis ansprechen zu können wie Neurologen oder eine Memory-Klinik oder Ähnliches und wirklich Hilfe zu organisieren; und zusätzlich noch die Angehörigenorganisationen anzusprechen, dass vielleicht auch Hilfe für Angehörige organisiert wird. Wenn das ein Laie alles leisten kann, dann ist es in Ordnung; ansonsten, finde ich, verbirgt sich hinter den Begriffen der Laienarbeit und des ehrenamtlichen Engagements sehr viel Ideologie.

**Wendt:**

Ich bin natürlich dafür, dass Fachkräfte das Case Management durchführen; es wäre jetzt ein totales Missverständnis, dass ich anderer Meinung wäre – gerade auch für die Gruppen, die Sie benennen. Aber beispielsweise bei der Gruppe der Demenzkranken ist auch zu fragen, wie man das Versorgungssystem so gestalten kann, dass rechtzeitig das Richtige getan wird und nicht erst dann, wenn die Erkrankung ein fortgeschrittenes Stadium erreicht hat. Dann muss man auch eine *continuity of care*, eine begleitete Versorgung erreichen, selbst da stellt sich diese Frage. Ich bin bei meiner Darstellung davon ausgegangen, dass es sehr viele Fälle gibt, in denen dem Bürger Begleitung angeboten werden sollte, ohne dass eine Schwerpflegebedürftigkeit vorliegt – gerade auch, um solchen Entwicklungen vorzubeugen. Ich meine, dass das bürgerschaftliche Engagement gerade in diesen Fällen vorbeugend und präventiv einen sinnvollen Beitrag leisten kann. Im Übrigen möchte ich aber feststellen, dass gerade bei den Unterstützern von Demenzkranken viele Engagierte sind, die in einer Selbsthilfegruppe die Angehörigen unterstützen bzw. sich als Angehörige selbst unterstützen.

Auch da ist ein Case Management erforderlich; wir sollten das Case Management nicht immer nur auf die Bedürftigen selber fokussieren, bedürftig im weiteren Sinne sind auch die pflegenden Angehörigen, in vielen Fällen sogar stärker als die Pflegebedürftigen selber, sodass die Versorgung der Angehörigen mit bedacht werden muss.

Ich bin natürlich der Meinung, dass das Case Management in der Einzelhilfe ein professionelles Instrument ist. Aber die Einbeziehung von Ehrenamtlichen, von bürgerschaftlich Engagierten, ist eine nicht unwichtige Aufgabe. Der Gegenstand meines Projektes war nun einmal, zu sehen, wie weit dies geht.

**Ziller:**

Die Frage nach einem „selbstorganisierten“ oder „naturwüchsigen“ Case Management oder auch nach dem „heimlichen“ Case Manager haben wir in einer vorbereitenden Sitzung diskutiert – sie ist von großem Interesse, und sie ist äußerst gefährlich.

Sie ist von großem Interesse, weil wir natürlich nicht leugnen können, dass eine systematische Koordination von Hilfeelementen bei komplexem Hilfebedarf auch jetzt schon dort stattfindet, wo es kein professionelles Case Management gibt. Aber die Frage ist eben, wo und bei wem und unter welchen sozialen Bedingungen dieses Case Management stattfindet – oder anders gefragt: bei wem es nicht stattfindet. Wenn ich mir nur vergegenwärtige, dass der erste Altenbericht der Bundesregierung – der liegt schon einige Jahre zurück – zu dem Ergebnis kam, dass 40% der alten Menschen, die nach Entlassung aus dem Krankenhaus in die stationäre Dauerpflege kommen, noch hätten selbstständig leben können, wenn sie die erforderlichen Hilfen bekommen hätten, dann sieht man die strukturelle Bedeutung von Case Management. Denn nichts anderes als Case Management wäre erforderlich gewesen, um die Heimeinweisung zu vermeiden, es hat aber nicht stattgefunden.

Die besondere Gefährlichkeit dieser Diskussion liegt darin, dass diejenigen, die das Case Management aus nahe liegenden Interessen heraus nicht wollen, weil sie Konkurrenzmechanismen fürchten, weil sie kein Geld für das Case Management ausgeben wollen und aus anderen Gründen, nur zu dankbar Aussagen aufgreifen werden, die sagen: Da schaut doch, es geht auch ohne! Das heißt, wir müssen sehr sorgfältig darauf achten, dass wir deutlich machen, dass es soziale und biografische Lebenslagen gibt (die zunehmende Anzahl der Einpersonenhaushalte, auch die wachsende Hochaltrigkeit lässt das soziale Umfeld verschwinden), in denen ohne pro-

fessionelle Hilfe von außen kein „heimlicher“ Case Manager aus dem Busch kommt und das Ganze von sich aus regelt. Vor diesem Hintergrund, auch mit Blick auf das soziale Umfeld und die Ehrenamtlichen, sollte nicht die Diskussion „Case Management versus Ehrenamtliche“ oder „Case Management versus Familie“ geführt werden. Denn es ist eine der wichtigsten Aufgaben des Case Managements, das soziale Umfeld, wenn es da ist, nicht zu eliminieren, sondern zu unterstützen.

**Lowenstein:**

Was Sie zuerst über die Prävention und Rehabilitation gesagt haben, ist meiner Meinung nach sehr wichtig. Aber ich denke, das ist eine andere, vom Case Management unabhängige Funktion. Ich denke nicht unbedingt, dass Case Manager Prävention und Rehabilitation leisten müssen. Sie sollten, wenn seitens des Patienten Rehabilitation gewünscht wird, entsprechende Rehabilitationsdienste bereitstellen. Aber ich denke nicht, dass dies synonym zu Case Management ist.

Ein anderer Kommentar betrifft Ihre Aussage, dass viele der Älteren nicht in die Case Management-Stellen gelangen, und diese deshalb nicht brauchen oder sich selbst managen. Ich denke nicht, dass dies die richtige Schlussfolgerung ist: „Wenn sie dort nicht hingehen, versorgen sie sich selber.“ Viele Untersuchungsergebnisse zeigen, dass die Älteren die Hauptnutzer ambulanter Dienste sind, und auch da muss seitens der Dienste viel unternommen werden, um die Älteren zu erreichen.

Ich denke, die Rolle der Freiwilligen ist sehr wichtig; aber wenn eine Frau mit einer ehrenamtlichen Frau beispielsweise über ihre Schwierigkeiten mit ihrem Schwiegervater spricht, bedeutet das nicht, dass sie unbedingt Case Management benötigt, denn vielleicht hat diese eine Unterhaltung ihr geholfen. Dies ist eine andere Funktion, und ich denke, es trägt nicht zur Klärung der Frage bei: Was sind die Funktionen eines Case Managers, was ist die Zielgruppe und was sind die Ziele des Case Managements?

**Wendt:**

Ich würde gerne gleich auf einen wesentlichen Punkt zu sprechen kommen, zu dem Sie eine Aussage gemacht haben, nämlich: Rehabilitation ist das eine, Pflege ist das andere. Es gibt auch im Rehabilitationsprozess Case Manager. Das Grundproblem ist, dass wir, wenn wir die Forderung „Rehabilitation vor Pflege“ realisieren wollen, schon an dem Ausgangspunkt der Entscheidung, ob hier im Einzelfall eine Rehabilitationsmaßnahme angebracht und Erfolg versprechend ist oder ob häusliche Pflege das Richtige



ist, das Case Management haben müssen. Wir müssen Kompetenz sowohl für Rehabilitation als auch für Pflege haben, und eigentlich müssten wir auch die Präventivfunktion einbeziehen, wenn wir rechtzeitig, bevor die Pflegebedürftigkeit sich entsprechend ausgebildet hat, zu Rehabilitationsmaßnahmen kommen wollen. Bisher ist es in Deutschland so, dass es am Ende einer Behandlung in der Regel dem Krankenhaus überlassen bleibt, über die Anschlussmaßnahme zu entscheiden – rein medizinisch, ohne die Gesamtsituation zu berücksichtigen. Gerade im negativen Fall – dass man sich gegen Rehabilitation ausspricht – ist das sehr prekär, wenn die soziale und psychische Situation nicht berücksichtigt wird. Von daher denke ich doch, dass wir im Case Management Rehabilitation, Pflege und präventive Maßnahmen zusammen sehen müssen.

Da bin ich wieder bei dem für mich noch nicht wirklich gelösten Problem, wie zeitig wir das Case Management ansetzen: Erst dann, wenn eine entsprechende Pflegebedürftigkeit gegeben ist – oder ob wir das Case Management im Vorfeld schon so ansiedeln, dass der Bürger sich präventiv beraten kann, dass er ganz verschiedene Hilfen, die im engeren Sinne gar nicht mit der Pflegebedürftigkeit zusammenhängen müssen, in Anspruch nehmen kann, und wie das zu organisieren ist. Das sehe ich als ein offenes Problem an – ich habe dafür keine Lösung. Die Lösungen sind ja offenbar unterschiedlich in verschiedenen Ländern, aber ich denke, dass das ein wichtiger Diskussionspunkt ist.

**Saischek:**

Was mich interessieren würde, ist die Bekanntheit dieser ehrenamtlichen Einrichtungen und welches Spektrum an Angeboten sie haben. Es ist nämlich zumindest in Österreich so, dass Ehrenamtliche schnell zu begeistern sind, aber meistens sehr schnell wieder weg brechen. Gibt es da kontinuierliche Begleitung?

Eine zweite Frage ist der Weg: Wie lange ist der Weg, bis sie an der Stelle landen, wo sie bedarfsgerecht versorgt werden?

**Wendt:**

Die mangelnde Dauerhaftigkeit des Engagements sehe ich auch. Gerade deshalb setzt man auch in Kirchheim-Teck darauf, dass dieses ehrenamtliche Engagement professionell begleitet wird – insofern ist das Ehrenamtliche durchaus eingebunden in die professionelle Arbeit. Das ist, glaube ich, hier sehr wesentlich. Man kann im Rahmen des Case Managements auch bestimmte Dinge auf solche ehrenamtliche Mithilfe verlagern, soweit es von

der Kompetenz her möglich ist. Man kann dabei einige erreichen, die man sonst nicht erreicht: im Wohnumfeld, im Nahbereich, gerade auch eventuell sehr isoliert lebende Leute. Das ist schon ein Vorteil dabei, aber man braucht die professionelle Unterstützung, was wieder zu der Schlussfolgerung führen könnte: Hätte man ein *wirkliches* Case Management, könnte man vielleicht die Ehrenamtlichen besser als ergänzende Möglichkeit einbinden, als wenn man – siehe „Gefährlichkeit“ der Sache – das eine gegen das andere ausspielt.

# Belgien

## Case Management in verschiedenen nationalen Altenhilfesystemen

C. de Froidmont  
C. Gosset

Universität von Lüttich  
Abteilung Gesundheitswesen und Epidemiologie  
Leiter: Prof. J.-Y. Reginster

### Danksagung

Wir möchten uns für die Kooperation in den verschiedenen Projektphasen bei allen Krankenhäusern, Pflegeeinheiten und Einrichtungen bedanken, ebenso bei all denjenigen, die einige Jahre unsere Case Management Partner waren, besonders bei P. Rondal, A. Dejace, L. Englebert, P. Moons, K. Milisen, E. Steeman et B. Wouters.



## **Vorwort**

Wegen der Überalterung der Bevölkerung, der Zunahme an älteren Pflegebedürftigen und deren sozio-ökonomischen Konsequenzen wurden alternative Pflegeformen entwickelt mit dem Ziel, Pflege und Behandlung der Patienten zu optimieren. Diese Alternativen, vor allem die auf den Verbleib der Älteren in ihren Wohnungen gerichtet sind, versuchen einer „Institutionalisierung“ und einem erneuten Krankenhausaufenthalt rechtzeitig vorzubeugen.

Durch die Entwicklung von Pilotprojekten mit dem Ziel, Institutionalisierungen und Krankenhausaufenthalten zu vorbeugen und die Qualität der Vorbereitungsmaßnahmen zur Krankenhausentlassung zu verbessern, wurde eine der Fragen zum Verbleib dieser Patienten in ihrer Wohnung beantwortet.

Das Case Management-Projekt für Ältere wurde 1994 vom Ministerium für Soziales, Gesundheit und Umwelt durchgeführt. Dieses Pflegemodell wurde in drei Phasen entwickelt und ist ein Instrument zur Erreichung einer zugleich umfassenden, multidisziplinären und kontinuierlichen Pflege für Risikopatienten. Es wurde als Antwort auf eine dreifache Entwicklung konzipiert:

Erstens die Umstrukturierung der Krankenhäuser, einerseits durch eine Reduktion der Bettenzahl und andererseits durch eine Verkürzung der durchschnittlichen Krankenhausaufenthalte gekennzeichnet. Beides hat dazu geführt, dass das Krankenhaus zu einem Ort für „vorübergehende“ Aufenthalte geworden ist, ausgerichtet auf Diagnose und eine aktive therapeutische Phase. Eine Rückkehr nach Hause, die nicht genug vorbereitet wurde, kann für die physische, geistige oder soziale Gesundheit der Älteren ein Risiko darstellen.

Zweitens hat die Begrenzung der Plätze in Altenheimen und Pflegeheimen die Rückkehr nach Hause, sofern der Gesundheitszustand des Patienten es ermöglicht, gefördert.

Drittens kommt der Partizipation der älteren Patienten an der Lebensqualität, angesichts der demografischen Entwicklung, der Zunahme der älteren Pflegebedürftigen und der Abnahme informeller Helfer, Priorität zu und muss in Zukunft eines der wichtigsten Ziele der Gesundheitspolitik werden.

Die Rezeption des Pflegemodells „Case Management“ in den belgischen Kontext weist charakteristische Merkmale auf:

Erstens verläuft es, dank eines festgelegten Hilfeplans, in strukturieren Phasen. Eine wichtige Etappe dieses Plans ist eine gründliche Evaluation der Bedarfe und der Wünsche des Patienten und seiner Verwandten.

Zweitens spielt der Case Manager eine Schlüsselrolle in der Entwicklung der Kooperation mit den häuslichen Pflegern und Diensten. Diese Zusammenarbeit wird zwischen behandelndem Hausarzt und häuslichen Pflege- und Dienstleistungen verstärkt.

Drittens wird das Case Management durch eigene Interventionen charakterisiert, wie z.B. emotionale Unterstützung, Information, Gesundheitsaufklärung, was sehr wichtige Hilfen für die ältere Person und ihre Familie sind. Der Case Manager muss über spezifische soziale Fähigkeiten verfügen, um eine Vertrauensbeziehung mit der älteren Person und deren Familie aufbauen zu können.

Viertens soll er eine Expertise über die betroffene Population erstellen können. Dieser letzter Punkt bedeutet eine wichtige Verstärkung des Aufgabenprofils des Case Managers.

Das Projekt „Référént hospitalier pour la continuité des soins“ (Krankenhaus-Referent für die Fortführung der Pflege, 1998 – 1999) wird in diesem Bericht in seiner aktuellen Phase beschrieben.

## **I. Nationaler Kontext**

### **1. Demografische Daten**

Die Gesamtbevölkerung Belgiens beträgt 10.213.752 Einwohner (Stand 01.01.1999). Die Verteilung nach Altersgruppen und Geschlecht (Tabelle 1) wird in den unten stehenden Tabellen ebenso dargestellt wie die Prognosen von 1999 bis 2050 (Tabelle 2).

**Tabelle 1: Bevölkerung nach Geschlecht und Altersgruppen (INS, 1999)**

		Männer	Frauen	Insgesamt	Männer	Frauen	Insgesamt
		Absolute Werte			In Prozent der Bevölkerung		
Alters- gruppe	0-19 Jahre	1.240.900	1.184.717	2.425.617	24,85	22,70	23,75
	20-59 Jahre	2.808.450	2.754.973	5.563.423	56,24	52,78	54,47
	ab 60 Jahren	944.368	1.280.344	2.224.712	18,91	24,53	21,78
	ab 70 Jahren	446.137	726.403	1.172.540	8,93	13,91	11,48
	ab 80 Jahren	104.033	249.466	353.499	2,08	4,78	3,46
	ab 90 Jahren	11.467	44.498	55.965	0,23	0,85	0,55

**Tabelle 2: Bevölkerungsprognose von 1999 bis 2050 (INS, 1999)**

	20-59 Jahre		ab 60 Jahren	
	abs. Wert	%	abs. Wert	%
1999	5.563.423	54,47	2.224.712	21,78
2010	5.589.554	53,93	2.408.066	23,33
2020	5.348.563	51,74	2.743.121	26,53
2030	5.024.468	48,76	3.077.823	29,87
2040	4.878.042	47,92	3.168.952	31,13
2050	4.754.685	47,55	3.170.445	31,70

## 2. Pflegerische Infrastruktur

Drei Aspekte sind in Betracht zu ziehen: die Versorgung der Älteren durch Krankenhäuser, durch Altenheime und Pflegeheime und schließlich die Dienstleistungen häuslicher Hilfe und Pflege.

### 2.1. Klinische Einrichtungen

Die Älteren können in verschiedenen Krankenhausabteilungen aufgenommen werden, die entsprechend ihrer Aufgabe durch einen Buchstaben gekennzeichnet sind:

- Abteilung für innere geriatrische Medizin (G)
- Abteilung für die gesamte innere Medizin und ihre Unterabteilungen (D)

- allgemeine chirurgische Abteilung und ihre Unterabteilungen oder Dienste (C)
- diagnostische Abteilung spezifische Bereiche der Pathologie (Sp, S1 bis S9)
- Abteilung für akute Psychiatrie/ psychiatrische Diagnose und Behandlung im Allgemeinkrankenhaus oder in der psychiatrischen Klinik (A)
- Abteilung für psychiatrische Behandlung in der psychiatrischen Klinik (T).

Es ist darauf hinzuweisen, dass sich der Krankenhausbereich seit Anfang der 80er-Jahre auf Grund der Notwendigkeit einer Ausgabenkontrolle verändert hat. In Folge dessen sind die durchschnittliche Dauer des Krankenhausaufenthalts sowie die Gesamtzahl der Betten immer weiter reduziert worden (mit der Einschränkung einiger Betten für chronisch Kranke).

## **2.2. Altenheime und Alten-/ Pflegeheime**

Die Altenheime (maisons de repos pour personnes âgées, MRPA) sind Wohneinrichtungen, in denen Wohnen, Pflege und hauswirtschaftliche Leistungen für Personen über 60 Jahre, die dort ständig wohnen, in kollektiver Form geleistet werden.

Die Alten-/ Pflegeheime (maisons de repos et de soins, MRS) unterscheiden sich von diesen insbesondere durch die medizinischen Merkmale ihrer Klienten. Dort leben „chronisch kranke Personen, die der Pflege bedürfen“ (nach dem „arrêté royal“ vom 2.12.1982, MB 07.12.1982, S. 14086 – 14089). Der Gesundheitszustand dieser Personen erfordert also Behandlungspflege, Grundpflege und Hilfe bei der alltäglichen Lebensführung.

Der Bereich der Altenheime hat in den letzten Jahren eine spektakuläre Entwicklung erfahren, wodurch die Ausgaben der Kranken- und Pflegeversicherung stark gestiegen sind. Um eine ungeordnete Entwicklung dieses Bereiches und eine Explosion der Ausgaben zu vermeiden, wurde zwischen der Bundesregierung und den Gemeinschaften/ Regionen eine Vereinbarung ausgehandelt (Juni 1997), die ein Moratorium für die Zulassung neuer Altenheime und eine umfassende Planung für diesen Bereich in Kraft setzt (Tabellen 3 und 4).



**Tabelle 3a : Kapazitäten der Altenheime (MRPA) – Anzahl der Betten**

Jahr	Belg. Königreich	Flandern	Wallonie	Brüssel
1970	55.087	-	-	-
1975	63.980	35.328	18.326	10.326
1980	69.368	37.126	20.747	11.495
1985	85.708	45.445	26.940	13.323
1986	88.321	46.970	27.913	13.438
1987	91.170	47.571	29.172	14.427
1988	93.906	48.290	31.841	13.775
1989	96.693	48.918	32.805	14.970
1990	93.377	48.799	33.979	10.599
1991	94.700	48.912	35.807	9.981
1992	98.593	49.932	38.628	10.033
1993	91.182	50.783	40.399	-
1994	-	52.182	-	-
1995	96.465	53.522	42.943	-

**Tabelle 3b : Kapazitäten der Altenheime (MRPA) – Anzahl der Betten pro 1.000 Einwohner**

Jahr	Belg. Königreich	Flandern	Wallonie	Brüssel
1970	5,7	-	-	-
1975	6,5	6,4	5,7	9,8
1980	7,0	6,6	6,4	11,5
1985	8,7	8,0	8,4	13,6
1986	9,0	8,3	8,7	13,8
1987	9,2	8,4	9,1	14,6
1988	9,5	8,4	9,8	14,2
1989	9,7	8,5	10,1	15,5
1990	9,3	8,5	10,4	11,0
1991	9,4	8,4	10,9	10,5
1992	9,8	8,6	11,7	10,6
1993	9,0	8,7	12,2	-
1994	-	8,9	-	-
1995	9,5	9,1	13,0	-

**Tabelle 4a : Kapazitäten der Alten-/ Pflegeheime (MRS) – Anzahl der Betten**

Jahr	Belg. Königreich	Flandern	Wallonie	Brüssel
1984	2.304	1.719	297	288
1985	3.837	2.759	790	288
1986	4.779	3.366	1.111	302
1987	12.874	8.594	3.252	1.075
1988	13.789	9.452	3.317	1.020
1989	15.305	10.206	3.794	1.305
1990	17.264	11.468	4.256	1.540
1991	17.877	11.973	4.281	1.623
1992	18.593	12.056	4.801	1.736
1993	18.753	12.008	4.999	1.746
1994	19.240	12.307	4.945	1.988
1995	19.475	12.423	5.034	2.018

**Tabelle 4b: Kapazitäten der Alten-/ Pflegeheime (MRS) – Anzahl der Betten pro 1.000 Einwohner**

Jahr	Belg. Königreich	Flandern	Wallonie	Brüssel
1984	2,3	3,0	0,9	2,9
1985	3,9	4,9	2,5	2,9
1986	4,8	5,9	3,5	3,1
1987	13,0	15,1	10,1	11,1
1988	13,9	16,5	10,3	10,5
1989	15,4	17,8	11,7	13,5
1990	17,3	19,9	13,1	16,0
1991	17,8	20,7	13,1	17,1
1992	18,5	20,7	14,6	17,2
1993	18,6	20,5	15,1	18,4
1994	19,0	21,0	14,9	20,9
1995	19,2	21,1	15,2	21,3

(Quelle : IBES 1998)

### 2.3. Service-Wohnhäuser

Es handelt sich hier um individuelle Wohnungen, die eine funktionelle Einheit bilden und durch eine Infrastruktur von Dienstleistungen ergänzt werden, deren sich die Ältere „à la carte“ bedienen können. Das Service-Wohnhaus richtet sich an Personen über 60 Jahren, die relativ selbstständig sind. Es sollte an ein Altenheim, Pflegeheim oder eine andere Pflegeeinrichtung angebunden sein.

### 2.4. Häusliche Pflege- und Dienstleistungen

Die verschiedenen Netze der professionellen Hilfe für Ältere, die zu Hause wohnen, sind Folgende:

#### *Häusliche Krankenschwestern*

Diese Krankenschwestern sind entweder selbstständig oder anderen Diensten angeschlossen wie z.B. kommunalen Diensten, dem Gelb-Weißen Kreuz, verschiedenen Versicherungen oder Zentren für häusliche Pflege. Die meisten dieser Dienste richten sich nach einer Vergütungsvereinbarung für Leistungen der Krankenpflege und ihre Refinanzierung. Es handelt sich um einen Vertrag zwischen den Versicherungsgesellschaften und den Pflegekräften. Diese arbeiten mit den Hausärzten der Patienten zusammen und gewährleisten Pflege auf der Basis der ärztlichen Verschreibung. Über diese Pflegeleistungen hinaus wurden pauschale Pflegeleistungen vereinbart, die vom Grad der Pflegebedürftigkeit des Patienten (ermittelt nach der Skala von Katz) abhängig sind.

#### *Weitere häusliche Pflegeleistungen*

Weitere häusliche Pflegeleistungen sind Krankengymnastik, Logopädie, Ergotherapie, zahnmedizinische Behandlung, Krankenbetreuung und andere mehr.

#### *Hilfsdienste für Familien und für Senioren*

Diese Dienste unterstützen Familien, Ältere, Kranke oder Behinderte mit Einschränkungen, um ihnen die alltägliche Lebensführung zu erleichtern. Ihre soziale Aufgabe besteht darin, den Verbleib dieser Personen in ihrer Wohnung und die Sicherung von Lebensqualität zu gewährleisten.

Die regulär ausgebildete Familienhilfe ist in einem zugelassenen Dienst für Familien und Ältere angesiedelt. Ihre Aufgaben sind: den Betroffenen im alltäglichen Leben zu helfen (Hilfe beim Verlassen der Wohnung, Einkaufen, Putzen, Bügeln, Wäsche, bei der Essenszubereitung, ...), eine gesundheitliche Funktion (Aufgaben, die sich auf die Gesundheit beziehen, auf die Hygiene, auf Komfort und Sicherheit) und eine informative Funktion (Ratschläge zur Hygiene, zur Wohnanpassung, bei der Familienunterstützung, bei der Ermittlung und Anregung der Potentiale im alltäglichen Leben, über die die Person noch verfügt). Im weiteren leistet sie eine Beziehungsarbeit (Zuhören, Wahrnehmung von Schwierigkeiten, Unterstützung und Begleitung im Rahmen der ergänzenden Pflege) und schließlich eine soziale Hilfe (Begleitung bei Verwaltungsangelegenheiten und bei der Verwaltung der Finanzen).

Die Anfragen für diese Hilfen werden von einem/einer Sozialarbeiter/in oder einem/einer Krankenpfleger/in geprüft. Ein Zuschuss wird pro Stunde der tatsächlich erbrachten Leistungen gewährt. Der Dienst verlangt von dem

Leistungsempfänger einen persönlichen Beitrag, der vom Einkommen abhängig ist.

#### *Lebenszeichen-Fernüberwachung*

Diese Dienstleistung besteht aus einem Gerät, das in der Wohnung der älteren Person installiert wird und das mit einem Sender verbunden ist, der im Notfall aktiviert werden kann. Das Signal wird dann durch das Telefon zu einer Telefonzentrale gesendet. Die Telefonistin ruft die Person zurück oder setzt sich mit den vorgesehenen Kontaktpersonen in Verbindung. Dieser Dienst gibt den Älteren und ihren Verwandten Sicherheit.

#### *Essen zu Hause*

Es handelt sich um einen Dienst, der warme Mahlzeiten oder aufzuwärmende Mahlzeiten verteilt.

#### *Koordinationszentren für Pflege und häusliche Dienstleistungen*

In der französisch-sprachigen Gemeinschaft werden die Pflegeleistungen sehr spezifisch in Form von Koordinationszentren durchgeführt. Diese Zentren organisieren selber Hilfe- und Pflegeleistungen oder dienen als Koordinatoren für die Versorgung der Älteren mit Hilfe- oder Pflegeleistungen durch andere Dienste und Professionelle, mit denen sie einen Kooperationsvertrag haben.

Ihre Ziele sind, die Bedürfnisse der Patienten umfassend zu evaluieren und der Übersiedlung in eine Institution vorzubeugen, um „Krankenhausaufenthalte oder Aufnahme in ein Heim aus eher sozialen als aus medizinischen Gründen zu verhindern“ (Sohy, 1992). Sie decken einen multidisziplinären Pflegebedarf ab.

Die Bedingungen der Vereinbarung wurden im Dekret von 1989 durch die französische Gemeinschaft bestimmt. Nach diesem Dekret soll das Zentrum die Koordination leisten zwischen

- den folgenden Diensten:
- häusliche Krankenpflege
- Familienhilfe
- soziale Dienste

und

- Zwischen mindestens vier der folgenden Dienste:

- Krankengymnastik, Lebenszeichen-Fernüberwachung, Hilfsmittelverleih, Zahnpflege, Wohnanpassungen, Ergotherapie, Logopädie, Fußpflege, häusliche Mahlzeitenversorgung
- und
- den Hausärzten, die von den Patienten ausgewählt worden sind.

In der flämischen Gemeinschaft wurde ein ähnlicher Vertrag vereinbart, dessen Ziel die Koordination und Unterstützung häuslicher Pflege ist.

#### *Öffentliche Zentren der Sozialhilfe*

Diese Zentren behandeln soziale Probleme, die Verwaltungsprobleme und finanzielle Probleme der Patienten. Es handelt sich um einen kommunalen Dienst.

#### *Tageszentren*

Diese Zentren bieten eine Tagesbetreuung sowie eine Reihe von Pflege- und kulturellen Leistungen an. Die Leistungsempfänger sind Ältere über 60 Jahre, die ihre Selbstständigkeit verloren haben, aber noch in ihrem Haus wohnen. Pflegeleistungen können dort erbracht werden, weil diese Zentren an ein Altenheim, ein Pflegeheim oder ein Koordinationszentrum für Pflege angebunden sind.

#### *Zentren für Kurzzeitpflege*

Dieses Angebot richtet sich an ältere Personen, die vereinsamt sind oder die sich in der Rekonvaleszenzphase befinden und die soziale und leichte Pflegehilfe benötigen.

#### *Rehabilitationseinrichtungen*

Es gibt davon zwei Typen, deren Zugang von medizinischen Kriterien abhängig ist:

- Krankenhäuser für Akutkranke mit der Zugangsbedingung, dass sie in dem Monat vor einem chirurgischen Eingriff oder wegen einer schweren Erkrankung ins Krankenhaus aufgenommen wurden.
- Krankenhäuser für Kranke, die unter chronischer Krankheit leiden oder nicht unbedingt auf einen Krankenhausaufenthalt angewiesen sind. Es reicht, wenn der Patient unter einer fortschreitenden chronischen Krankheit leidet und daher Pflege benötigt.

#### *Technische Hilfe in der Wohnung*

Es handelt sich um Wohnraumveränderungen für Personen mit Mobilitäts-Schwierigkeiten.

#### *Haushaltshilfe*

Dieser Service umfasst die typischen Leistungen einer Haushaltshilfe.

#### *Hilfsmittelverleih und Transportdienste*

*Selbsthilfegruppen.*

### **3. Politische Implikationen des Case Management für Ältere**

Die Verantwortung für ältere Patienten hat einen hohen politischen Stellenwert. Das Ministerium für Soziale Angelegenheiten, Gesundheit und Umwelt beteiligt sich seit 1994 aktiv an den Case Management-Projekten, um älteren Menschen eine umfassende und qualitätsvolle Versorgung anzubieten, die darauf ausgerichtet ist, erneute Krankenhausaufenthalte und Heimübersiedlungen zu vermeiden.

- Die erste Untersuchung (1994 – 1996) wurde von diesem Ministerium angeregt. Sie wurde „Case Management in der Krankenpflege für psychogeriatrische Patienten und ihre Familien“ genannt und wurde innerhalb von zwei Jahren durch zwei Forschungsteams durchgeführt. Ihr Ziel war die Verbesserung der Pflege für Ältere und die Unterstützung ihres Verbleibs zu Hause. Dabei wurde ein amerikanisches, multidisziplinäres Modell der integrierten Altenpflege in den belgischen Kontext übertragen (Dejace A., Abraham I. und coll., 1996).

Diese erste Untersuchung richtete sich also auf die individuellen Bedürfnisse gerontopsychiatrischer Patienten, die Zuhause wohnten und ein hohes Risiko der Institutionalisierung oder der Langzeitpflege aufwiesen. Parallel zu den Bedürfnissen der Patienten widmeten die Case Manager eine besondere Aufmerksamkeit auch der unmittelbaren Umgebung des Patienten. Da jede Situation zugleich einzigartig und komplex ist, wurde ein Pflegeplan auf der Grundlage einer intensiven Evaluation ausgearbeitet und dann von einem interdisziplinären Team durchgeführt.

- Seit 1996, ebenfalls mit der Unterstützung des Ministeriums, haben die Forschungsteams die zweite Phase des Projekts entwickelt mit dem Titel „Integriertes Case Management in belgischen Krankenhäusern“, an der etwa 20 Krankenhäuser freiwillig teilnahmen. Ziel dieses Projekts war



die Entwicklung eines klinischen Case Management für Geriatriepatienten mit hohem Risiko erneuter Krankenhauseinweisung oder Institutionalisierung, die in die Abteilungen G (Geriatrie) oder Sp (Gerontopsychiatrie, Rehabilitation) eingewiesen wurden.

Die Evaluation der Bedürfnisse der Patienten und ihrer Familien, nach einem ganzheitlichen Gesundheitsansatz durchgeführt, begann mindestens 10 Tage vor der Krankenhausentlassung und wurde zweimal innerhalb von sechs Monaten in Form von Hausbesuchen fortgeführt (Dejace A., Abraham I. und coll., 1998).

- 1998 begann die dritte Phase mit dem Pilotprojekt „Krankenhaus-Referent für die Kontinuität der Pflege“. Dieses Projekt sollte die Positionen des Case Managers, der nun als „Krankenhaus-Referent“ bezeichnet wurde, innerhalb der Krankenhäuser verstärken und die Zusammenarbeit mit den Pflegediensten der ersten Linie intensivieren. Die Rolle des Referenten konzentriert sich von der Krankenaufnahme an auf die Vorbereitung der Krankenhausentlassung eines Patienten, und dies auf der Grundlage einer am ganzheitlichen Gesundheitsansatz orientierten, interdisziplinären Evaluation der Bedürfnisse der Patienten und ihrer Familien. Das Projekt stellt also eine Koordinierung aller Professionen des Gesundheitswesens dar, im Rahmen eines auf die Bedarfsdeckung des Patienten ausgerichteten Planungsprozesses.

In 94 belgischen Krankenhäusern wurde dieses Projekt für Patienten mit hohen Risiken der Rehospitalisierung und Institutionalisierung angewandt, die in den Abteilungen G, Sp und D behandelt wurden.

Das Ministerium für soziale Angelegenheiten, Gesundheit und Umwelt hat also diese Studien in Auftrag gegeben und finanziert. Die föderale Verwaltung des Gesundheitswesens und die Ressorts für Soziales und öffentliche Gesundheit arbeiten zusammen mit den Forschungsteams, um diese Studien erfolgreich durchführen zu können. Das für diese Untersuchung vorgesehene Budget ist bedeutend, da es nicht nur die Finanzierung der Forschungsteams umfasst, sondern alle beteiligten Krankenhäuser haben die finanziellen Mittel für eine Teilzeitkraft erhalten, um diese Funktion in ihrer Einrichtung bis zum 31. 12. 1999 umzusetzen. Die Ergebnisse des Projektes werden vielleicht eine langfristige Etablierung dieser Funktion innerhalb des Krankenhauses ermöglichen.

Damit alle förderlichen oder hemmenden Faktoren einer kontinuierlichen Pflege und des Verbleibs der Älteren mit Rehospitalisierungs- und Institutionalisierungsrisiken in ihrer Wohnung untersucht werden konnten, hat das Ministerium für Gesundheit gerade ein weiteres Case Management-Projekt

eingeführt, das sich spezifisch auf ambulante Versorgung der Patienten richtet (1999 – 2000). Die Ergebnisse dieses Projektes sollten ermöglichen, neue Ideen für die Planung häuslicher Pflege zu entwickeln und den älteren Patienten, die dies wollen, beim Verbleib in ihrer Wohnung zu helfen.

## **II. Strukturelle Bedingungen**

### **1. Anzahl und Qualifikation der Krankenhaus-Referenten**

Es gibt in Belgien etwa hundert Krankenhaus-Referenten. An diesem Modellprojekt haben sich 94 Krankenhäuser freiwillig beteiligt. Jedes Krankenhaus hat einen Verantwortlichen als Referent freigestellt und einen Vertreter bestimmt, um die Kontinuität des Projektes zu garantieren.

Die Grundausbildung des Krankenhaus-Referenten und seine Funktion können folgende sein:

- die einer Krankenpflegerin, die in einer Pflegeabteilung tätig ist;
- die einer Gemeindepflegerin, die in einer Pflegeabteilung oder im Krankenhaus-Sozialdienst arbeitet;
- die einer Sozialarbeiterin, die dem Krankenhaus-Sozialdienst angeschlossen ist.

Eine dreijährige Berufserfahrung sowie Erfahrungen mit der Zielgruppe werden gleichermaßen vorausgesetzt. Der Referent soll bereit sein, interdisziplinär zu arbeiten und über besondere Kommunikationsfähigkeiten verfügen.

Zur ergänzenden, spezifischen Schulung ist eine siebentägige Fortbildung vorgesehen, die dem Krankenhaus-Referenten Folgendes vermitteln soll:

- Bewusstsein für die Bedeutung eines Projektes entwickeln, das auf eine geriatrische Bevölkerungsgruppe zugeschnitten ist;
- die Philosophie des Projektes, das Pflegemodell, die Daten und die Instrumente der Evaluation verstehen lernen;
- die Zusammenarbeit zwischen ambulanten und stationären Akteuren fördern;
- den Stellenwert der Einberufung eines örtlichen interdisziplinären Begleitkomitees verstehen;
- mit der Moderation solcher interdisziplinärer Treffen vertraut sein;

- Verständnis für die Funktionen und spezifischen Aufgaben der Koordinationszentren entwickeln;
- informiert sein über die Einbeziehung der Hausärzte und Krankenhausärzte in die Rückkehr Älterer mit hohen Risiken nach Hause;
- sich der Schwierigkeiten des Verhältnisses zwischen Krankenhaus und Wohnung bewusst werden;
- fähig sein, eigenständige Bereiche der professionellen Mitarbeiter festzulegen, die in die Kontinuität der Pflege einbezogen sind;
- sich vertraut machen mit verschiedenen ambulanten und stationären Pflegediensten, die sich um den Patienten kümmern, um deren Zusammenarbeit zu verbessern;
- sich der Bedeutung einer interdisziplinären Herangehensweise in der Altenpflege bewusst werden;
- für die bei den Patienten vorzufindenden Krankheiten und deren Überwachung sensibilisiert werden;
- Kenntnisse über Risikofaktoren von erneuten Krankenhauseinweisungen und Institutionalisierungen haben;
- sensibilisiert werden für die wichtige Rolle der primären Pflegeperson;
- sensibilisiert werden für die Bedeutung einer Schulung des Patienten.

## **2. Arbeitsteilung und Teambesprechungen**

Die Forschergruppen befürworten eine interdisziplinäre Arbeitsweise. Gegenseitige Sustitution der Akteure oder Aufgabenüberschneidungen könnten das Projekt scheitern lassen.

Die Aufgaben des Case Management sind folgendermaßen verteilt:

- Das Pflegeteam ist für die Ausfüllung der Auswahlformulare bei jeder Anmeldung verantwortlich. Der Krankenhaus-Referent stellt dem Team diese Formulare zur Verfügung und überprüft deren Inhalt, bevor er den Patienten übernimmt.
- Referent und Pflegeteam entscheiden, welche Klienten den Auswahlkriterien für Case Management entsprechen; sie evaluieren den Bedarf dieser Patienten und von deren Hauptpflegepersonen. Die verschiedenen gesundheitlichen Aspekte können von unterschiedlichen Personen beurteilt werden: medizinische Aspekte vom Arzt, soziale Aspekte vom Sozialarbeiter, ...
- in interdisziplinärer Teambesprechung werden die Probleme analysiert, Ziele festgesetzt und ein Pflegeplan erstellt (mit spezifischer Aufgabenverteilung);

- in weiteren Teambesprechungen wird die Zielerreichung evaluiert und ggf. die Planung modifiziert;
- vor der Krankenhausentlassung wird in einem Treffen der im Krankenhaus Zuständigen mit ambulanten Diensten erörtert, wie eine kontinuierliche Pflege gewährleistet werden kann.

Auf eine klare Arbeitsteilung im interdisziplinären Team mit eindeutiger Aufgabendefinition wird großer Wert gelegt, ebenso wird die Rolle eines jeden Akteurs innerhalb des Pflegezusammenhangs eindeutig definiert. Dies ermöglicht, den Aufgabenbereich eines jeden Mitarbeiters zu respektieren. Vor allem, wenn der Case Manager aus einem Pflegeteam 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 und dabei betont, dass er Niemanden ersetzt.

### **3. Personal- und Sachressourcen**

Der Krankenhaus-Referent sollte alles, was er für seine Arbeit benötigt, zur Verfügung haben. Diese werden ihm seitens des Krankenhauses zur Verfügung gestellt: ein Büro mit Telefon, Postfach, Fotokopierer ...

Ehrenamtliche werden in Belgien selten in das Case Management einbezogen. Der Organisationsgrad von ehrenamtlichen Helfern und die Kontinuität der Pflege, die davon abhängt, unterscheiden sich je nach Region. Es gibt verschiedene Vereinigungen von Ehrenamtlichen oder Selbsthilfegruppen wie beispielsweise die Alzheimer-Liga. Daneben gibt es verschiedene Arten der informellen Hilfe durch Familienangehörige, Freunde oder Nachbarn. Die Letzteren können, mit ihrer physischen und psychosozialen Unterstützung, auch die Hauptpflegeperson des Patienten sein. Sie werden vom Krankenhaus-Referenten gleichermaßen berücksichtigt, der einzuschätzen hat, inwiefern sich diese an der Pflege beteiligen können unter Berücksichtigung der Gefahr einer Überlastung.

### **4. Finanzielle Ressourcen**

Jedem Krankenhaus steht ein Budget für einen halbezeitbeschäftigten Referenten zur Verfügung. Die Halbezeitbeschäftigung ist bestimmt durch

- Leistungen für Klienten:

- Zeit für den Patienten im Hinblick auf die Kontinuität der Pflege; mindestens 10 laufende Case Management-Akten sollte der Krankenhaus-Referent übernehmen, dies entspricht 10 Krankenhaus-Patienten
- Zeit zum Ausfüllen der Evaluationsinstrumente
- übergreifende Aktivitäten, z.B. Organisation der örtlichen Begleitkomitees, projektbezogene Informationen und Sitzungen ...

Obwohl bestimmte Krankenhaus-Ressourcen für ein qualitätsvolles Case Management festgelegt sind, sehen sich die Krankenhaus-Referenten auf der Ebene der ambulanten Pflege und Hilfeleistung mit dem Problem fehlender Ressourcen konfrontiert. Das hat zur Folge, dass die ambulanten Dienste, die von den Referenten als bedarfsgerecht vorgeschlagen wurden, nicht immer zur Verfügung stehen oder deren Kosten für den Patienten zu hoch sind.

Diese beiden Bereiche (stationäre und ambulante) gehören verschiedenen Instanzen an. Der Krankenhaussektor liegt im bundesstaatlichen Kompetenzbereich, während der ambulante Sektor in der Kompetenz der Gemeinschaften und Regionen liegt.

## **5. Verfügbarkeit der Krankenhaus-Referenten**

Die Krankenhaus-Referenten stehen als Teilzeitkraft für die zum Projekt „Krankenhaus-Referent für die Kontinuität der Pflege“ gehörenden Aufgaben zur Verfügung. Die Forschungsteams haben gefordert, dass die Teilzeittätigkeit auf fünf Tage pro Woche aufgeteilt werden soll, also vier Stunden pro Tag. Dies ermöglicht die Kontinuität des Projektes sowie eine bessere Verfügbarkeit der Referenten für die Patienten und ihre Familien. Der Krankenhaus-Referent soll die Pflegestellen über seine Arbeitszeiten informieren. Die Teams können ihn dann immer während der Arbeitszeit erreichen.

## **6. Trägerschaft und institutionelle Anbindung**

Der Leiter des Krankenhauses ist für die Umsetzung des Pflegeprojektes in seiner Einrichtung zuständig. Er muss die Vertragsbedingungen mit dem Gesundheitsministerium respektieren. Er muss einen Krankenhaus-Referent auswählen, ihn mit den zur Entwicklung des Projektes erforderlichen technischen Mitteln ausstatten. Er soll ihn auch bei seinen Aufgaben unterstützen und das örtliche Begleitkomitee in die Wege leiten.

Der Krankenhaus-Referent kooperiert mit der generellen, medizinischen und pflegerischen Leitung, sowie mit den verschiedenen Pflegeeinheiten, die am Projekt teilnehmen, und mit dem Sozialdienst des Krankenhauses. Weiterhin muss er auch mit den häuslichen Hilfs- und Pflegediensten zusammenarbeiten, damit er sie über das Projekt informieren und mit ihnen konkrete Patientenfälle besprechen kann.

Das Projekt „Krankenhaus-Referent für die Kontinuität der Pflege“ hatte auch Rückwirkungen auf die Handlungsweisen dieser Einrichtungen hervorgebracht, nämlich:

- das Erkennen von Patienten mit dem Risiko erneuter Hospitalisierung oder Institutionalisierung bereits bei der Krankenhauseinweisung. Dank des Auswahlformulars fördert dieser Schritt eine schnellere Bearbeitung des Falls;
- eine bessere Sensibilisierung des Pflegepersonals für eine umfassende Bedarfsevaluation der Patienten und deren Familien sowie für die Vorbereitung der Krankenhausentlassung;
- eine multidisziplinäre Erweiterung der Krankenhauspflege;
- eine bessere Kenntnis der verschiedenen ambulanten Pflegeleistungen und Pflegedienste, eine bessere Kooperation der Hausärzte mit den Hauspflegern, besonders auf Grund der Treffen der multidisziplinären örtlichen Begleitkomitees;
- die spontane Erstellung von „Übergabeformularen“, um die Kontinuität der Pflege zwischen Krankenhaus und ambulanten Pflegediensten zu verbessern.

### **III. Methoden**

#### **1. Evaluation des Patienten und seiner Angehörigen**

Die Evaluation erfolgt in verschiedenen Phasen, von der Anwendung der Instrumente bis zur spezifischen Evaluation. Sie beginnt mit der Auswahl der Risikopatienten bei ihrer Aufnahme und setzt sich mit der Datensammlung bezüglich des Patienten und seines Partners zu zwei Zeitpunkten während des Krankenhausaufenthalts fort. Die beiden letzten Evaluationen finden jeweils 15 und 90 Tage nach der Krankenhausentlassung statt.

Jederzeit kann die Projektteilnahme des Patienten beendet werden:

- wenn er oder seine Angehörigen es wünschen;

- wenn er in andere Abteilungen als G, D oder Sp oder in ein nicht-teilnehmendes Krankenhaus verlegt wird; wenn dieser Transfer allerdings vorübergehend ist (z.B. ein zeitlich begrenzter Transfer in die Chirurgie-Abteilung), wird die Klienten-Akte so lange aus der Bearbeitung ausgeklammert, bis der Patient wieder in eine teilnehmende Pflegeabteilung verlegt wird;
- wenn der Patient stirbt.

### 1.1 Das Auswahlformular

Um die Patienten mit hohem Risiko einer Rehospitalisierung oder Institutionalisierung in Altenheimen oder Pflegeheimen identifizieren zu können, wurde eine Literaturstudie durchgeführt. Durch diese Analyse konnten die wichtigsten Risikofaktoren bezüglich des Patienten und seines Partners bestimmt werden.

Die Klientenauswahl basiert auf:

#### Zwei obligatorischen Kriterien:

- mindestens 60 Jahre alt sein
- nicht aus einem Alten- oder Pflegeheim kommen.

#### Zusätzliche Kriterien, in drei Kategorien gruppiert:

- Physische und psychische Risikofaktoren
  - Alter: 85 Jahre und älter
  - Demenz oder Anzeichen für kognitive Störungen
  - Depression oder depressive Anzeichen
  - häusliche Krankenpflege mindestens drei Mal pro Woche erhalten
  - Einschränkungen der Aktivitäten des täglichen Lebens.

Der Grad der Pflegebedürftigkeit muss mindestens der Stufe B oder C (nach der Katz-Skala) entsprechen, die einen Anspruch auf tägliche Pflegepauschalen in einem Alten- oder Pflegeheim begründen.

Die Stufe B entspricht zwei möglichen Falltypen:

- 1) entweder der Patient ist pflegebedürftig (Ausprägung größer oder gleich drei) für folgende Aktivitäten: sich waschen, sich anziehen, sich bewegen und/oder zur Toilette gehen;

- 2) oder er ist pflegebedürftig (Ausprägung größer oder gleich drei) wegen Desorientierung in Zeit und Raum sowie bei Problemen mit dem Waschen und/oder Anziehen.

Der Stufe C entsprechen ebenfalls zwei Möglichkeiten:

- 1) Pflegebedürftigkeit (Ausprägung größer oder gleich drei) in Bezug auf: sich waschen, sich anziehen, sich bewegen, zur Toilette gehen, wegen Inkontinenz und/oder Problemen beim Essen;
  - 2) psychische Pflegebedürftigkeit (Desorientierung in Zeit und Raum) sowie pflegebedürftig in Bezug auf: sich waschen, sich anziehen, sich bewegen und/oder zur Toilette gehen und/oder essen sowie Inkontinenz.
- Soziale Risikofaktoren:
    - allein leben;
    - ohne Hauptpflegeperson
    - Risiko der Erschöpfung der Hauptpflegeperson.
  - Psychische, medizinische und soziale Indikatoren:  
Das interdisziplinäre Team berücksichtigt psychische, medizinische und soziale Probleme wie Risiko der Misshandlung, des Medikamentenmissbrauchs oder Alkoholmissbrauchs und störendes Verhalten wie Unruhe und Unverträglichkeit von Medikamenten.

Um ausgewählt zu werden, müssen die Patienten nicht nur den beiden obligatorischen Auswahlkriterien entsprechen, sondern auch zwei zusätzliche Kriterien oder Risikofaktoren aus zwei verschiedenen Kategorien aufweisen. Die Patienten, die diesem Profil entsprechen, können in das Projekt aufgenommen werden, sofern sie dem eindeutig zustimmen.

Dieses Formular ermöglicht schon eine erste Evaluation und die Erstellung eines Risikoprofils des aufgenommenen Patienten. Dadurch können Risikosituationen schneller erkannt werden (z.B. Erschöpfungsrisiko der Hauptpflegeperson).

## **1.2 Einbeziehung des Patienten**

Für jeden Patienten, der in die Abteilungen G, D oder Sp aufgenommen wird und der den beiden obligatorischen Kriterien entspricht, füllt die für die Anamnese verantwortliche Krankenschwester das Auswahlformular aus. Der Krankenhaus-Referent bekommt dann diese Auswahlformulare. Bevor der Patient in das Projekt einbezogen wird, müssen bestimmte Schritte beachtet werden:



- Der Krankenhaus-Referent überprüft, ob das Formular korrekt ausgefüllt ist und ob der Patient den Bedingungen der Einbeziehung, d.h. den obligatorischen und zusätzlichen Kriterien, entspricht;
- wenn die Zeit zwischen der Aufnahme und der Evaluation des Patienten mehr als 72 Stunden beträgt, kann der Patient nicht mehr ins Projekt einbezogen werden, da die Entlassung von der Aufnahme an vorbereitet und organisiert sein soll. Eine zu lange Zeitverzögerung könnte die Qualität dieses Prozesses beeinträchtigen, besonders wenn der Aufenthalt nur kurz ist;
- der Krankenhaus-Referent soll auf seine Verfügbarkeit achten, da die Einbeziehung des Patienten auch von der Anzahl der bearbeiteten Fälle abhängt.
  - Wenn er weniger als 10 Patienten hat, ist die Einbeziehung Pflicht,
  - wenn er mehr als 10 hat, hängt die Einbeziehung von seiner Verfügbarkeit ab;
- der Referent bemüht sich, dem Patienten und/oder seinen Angehörigen alle notwendigen Informationen über das Projekt zur Verfügung zu stellen, damit sie einverstanden sind.

Spätestens 72 Stunden nach der Aufnahme des Patienten in eine an dem Projekt teilnehmende Abteilung bestätigt der Referent die Einbeziehung des Patienten in die Studie. Diese Bestätigung erfolgt mündlich und schriftlich und wird der Krankenschwester, die für den Pflegedienst verantwortlich ist, sowie dem behandelnden Arzt übergeben.

### **1.3 Datensammlung**

Der Krankenhaus-Referent verrichtet seine Arbeit systematisch und auf den individuellen Bedarf zugeschnitten, unterstützt durch eine ganzheitliche Herangehensweise.

Die Anamnese ist die erste notwendige Etappe, um eine optimale Antwort auf die Bedürfnisse des Patienten zu erreichen, da jede Situation zugleich einzigartig und komplex ist. Diese Anamnese ermöglicht es, objektive und subjektive Details über den Patient und seine Angehörigen zu sammeln.

Diese Datensammlung ermöglicht eine systematische Evaluation des körperlichen Gesundheitszustands, des geistigen und sozialen Zustandes jedes Patienten. Dies erlaubt, Probleme zu identifizieren, eine Priorität der Ziele festzulegen und, nach einer interdisziplinären Besprechung, einen individuellen Hilfeplan in die Wege zu leiten. Somit kann der Krankenhaus-Referent vorhandene und potentielle Schwierigkeiten erkennen, auf die der

Patient und seine Umgebung im Rahmen der Fortsetzung der Pflege nach der Krankenhausentlassung stoßen können.

Um die Datensammlung zu systematisieren, wird vom Krankenhaus-Referent ein Evaluationsinstrument ausgefüllt.

Die Gesundheitsdiagnosen des Patienten und seines Partners werden zu zwei Zeitpunkten während des Krankenhausaufenthalts durchgeführt:

- T0: spätestens 72 Stunden nach der Krankenhausaufnahme des Patienten in eine beteiligte Pflegeabteilung. Sein geistiger und sozialer Zustand sowie seine körperliche Gesundheit werden begutachtet, ebenso die des Partners;
- T1: mindestens 72 Stunden vor der Krankenhausentlassung begutachtet der Krankenhaus-Referent auf gleicher Basis die jetzige Lage und den jetzigen Zustand des Patienten und seines Partners.

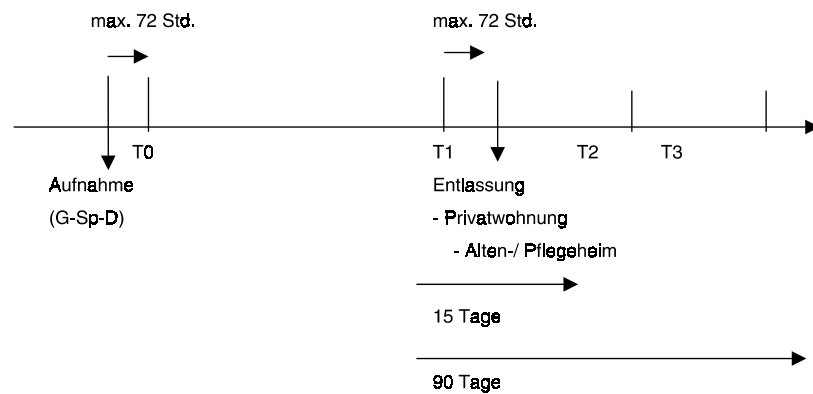
Diese Datensammlung erfolgt durch Kontakte mit dem Patienten, der Familie, dem Hausarzt, den häuslichen Pflegediensten, den interdisziplinären Treffen sowie auch auf Grund der ärztlichen, pflegerischen und sozialen Begutachtung.

Nach der Rückkehr des Patienten in die Wohnung werden zwei telefonische Evaluationen durchgeführt, um die Fortsetzung der Pflege zu überwachen.

- T2: Der Referent befragt 15 Tage nach der Entlassung den Patienten oder die Familie per Telefon über:
  - die Inanspruchnahme von häuslichen Pflege- und Hilfdiensten;
  - der Anzahl der Rehospitalisierungen und deren Dauer;
  - die Aufenthaltsdauer in einem Alten- oder Pflegeheim oder einer ähnlichen Einrichtung (z.B. einer Rehabilitationseinrichtung).
- T3: Der Referent erkundigt sich 90 Tage nach der Entlassung über:
  - die Anzahl der Rehospitalisierungen und ihre Dauer;
  - die Aufenthaltsdauer in einem Alten- oder Pflegeheim.

Um diese Daten zu sammeln, verfügt der Referent über verschiedene Informationsquellen: den Patienten, die Familie des Patienten, den Hausarzt, die beteiligten (häuslichen oder stationären) Pflegedienste etc.

### Zeitpunkte der Begutachtung



- T0 : Einbeziehung des Patienten in das Projekt, max. 72 Stunden nach der Aufnahme in die beteiligte Pflegeabteilung;
- T1 : Zweite Evaluation, mindestens 72 Stunden vor der Krankenhausentlassung
- T2 : 15 Tage nach der Krankenhausentlassung
- T3 : 90 Tage nach der Krankenhausentlassung
- G : Geriatriische Abteilung
- Sp : Rehabilitations-Abteilung
- D : Medizinische Abteilung
- MR: Altenheim
- MRS Pflegeheim

#### **1.3.1 Evaluation des Gesundheitszustands des Patienten**

Die Gesundheitsdiagnose ermöglicht, mittels eines Evaluationsinstrumentes, das spezifisch auf die Zielgruppe des Projektes abgestimmt ist, objektive und subjektive Daten systematisch zu sammeln.

Die Gesundheitsdiagnose enthält:

##### I. Die allgemeine Einschätzung der Gesundheit

Ziel ist, die subjektive Gesundheitseinschätzung eines Patienten zu evaluieren, d.h., wie der Patient selbst seinen Gesundheitszustand wahrnimmt.

## II. Der körperliche Gesundheitszustand und die Inanspruchnahme von Pflege

- Der Pflegebedürftigkeitsgrad wird für die Aktivitäten des täglichen Lebens (AVQ) nach der Katz-Skala gemessen. Dies erlaubt eine Evaluation der Pflegebedürftigkeit des Patienten in Bezug auf die Fähigkeit, sechs wichtige Aktivitäten durchzuführen: sich waschen, sich anziehen, sich bewegen, zur Toilette gehen, kontinent sein und essen. Für diese sechs Variablen muss die Art der passenden Hilfe ausgesucht und benannt werden: der Ehepartner, die Familie, die Freunde oder informellen Helfer, private Hilfen, die häuslichen Pflegedienste,...(Auszug aus „Easy Care“, Philp und al., 1997)
- Der Pflegebedürftigkeitsgrad des Patienten für die Erledigung instrumentaler Aktivitäten des täglichen Lebens (AIVQ) (Lawton und al., 1969). Diese Evaluation bezieht sich auf acht Aktivitäten: telefonieren, einkaufen, Essen zubereiten, den Haushalt führen, Wäsche waschen, öffentliche Verkehrsmittel benutzen, seine Medikamente zu sich nehmen und sich um seine Finanzen kümmern. Diese Evaluation ist für eine eventuelle Rückkehr nach Hause unverzichtbar. Wie bei der Messung der Pflegebedürftigkeit wird auch hier die Art der geeigneten Hilfe ausgewählt.
- Für den körperlichen Gesundheitszustand werden auch ausgewertet: die Kommunikationsfähigkeit sowie die Hör-, Seh- und Schlaffähigkeiten (Quality of Live Questionnaire, New 15 D); Hautprobleme; bestimmte chronische Krankheiten (Sullivan, 1992).
- Die Inanspruchnahme der häuslichen Pflege- und Hilfeleistungen, sowohl vor dem aktuellen Krankenhausaufenthalt als auch für die Zeit nach der Krankenhausentlassung.
- Die früheren Krankenhausaufenthalte und Institutionalisierungen (in Alten- und Pflegeheimen) in den letzten drei Monaten vor dem jetzigen Krankenhausaufenthalt.

### 3. Geistiger Gesundheitszustand

- Evaluation den kognitiven Defiziten.

Diese Evaluation wird anhand des „Blessed Orientation Memory Concentration Test“ (BOMC) (Katzman und al., 1983) durchgeführt. Dieser Test ist einfach und schnell und basiert auf sechs Items, die die Beurteilung des kognitiven Verhaltens ermöglichen.

- Evaluation der Orientierung in Zeit und Raum auf der Basis der Katz-Skala.

- Evaluation depressiver Probleme.

Die „Geriatric Depression Scale“ (GDS) (Yesavage und coll., 1983) erlaubt, depressive Probleme der Älteren zu evaluieren. Wir haben eine auf 15 Items reduzierte Version eingesetzt (GDS-SF) (Yesavage und coll., 1983).

- Evaluation störenden Verhaltens

Mit der „Revised Memory an Problems Checklist“ (Teri und coll., 1992) kann der Partner depressive und kognitive Probleme sowie störendes Verhalten besser erkennen. An dieser Stelle werden nur die Items in Bezug auf „störendes Verhalten“ berücksichtigt, da die beiden anderen Dimensionen schon evaluiert worden sind (siehe oben).

#### 4. Die soziale Gesundheit

Im Zusammenhang mit der sozialen Gesundheit werden bestimmte Daten gesammelt über Wohnbedingungen, soziale Umgebung, verfügbare soziale Netzwerke und die finanzielle Lage des Patienten.

### **1.3.2 Evaluation des Gesundheitszustandes des Partners**

Diese Evaluation enthält:

1. Die Einschätzung des eigenen allgemeinen Gesundheitszustands
2. Die Wahrnehmung der mit der Betreuung des Patienten verbundenen Belastung, gemessen anhand der „Caregiver Burden Inventory“ (Novak und al., 1989). Diese Skala evaluiert fünf Bestandteile der Wahrnehmung der Pflegebelastung, nämlich die Faktoren: Pflegebedürftigkeit, geistige, körperliche, soziale und emotionale Entwicklung.
3. Subjektive Kosten, die von dem Partner anhand des „Cost of Care Index“ (Kosberg und coll., 1986) beurteilt werden; dieses Instrument umfasst 20 Items aus fünf Bereichen. Es beschreibt die Kosten der Pflege einer älteren pflegebedürftigen Person. Im Rahmen dieser Studie werden aber nur die wirtschaftlichen Kosten analysiert.

Diese Evaluation des Patienten und seines Partners erlaubt es, die Pflege und die notwendigen Maßnahmen zu planen, die im Krankenhaus ebenso wie in der Wohnung des Patienten.

### 1.3.3 Zusammenfassung der Datenerhebung

#### 1. Patient

	Adm	T0	T1	T2	T3
<b>a. Allgemeine Daten</b>					
- Auswahlformular	*				
- Identifikation des Patienten		*			
- Demografische Daten		*			
- Hospitalisation/ Institutionalisation					
* vor dem aktuellen Krankenhausaufenthalt (3 Mon.)		*			
* nach dem aktuellen Krankenhausaufenthalt (3 Mon.)				*	*
<b>b. Physische Gesundheit</b>					
- Medizinische Diagnose		*	*		
- Aktivitäten des täglichen Lebens (Katz-Skala)		*	*		
- Instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens		*	*		
- Einschätzung der subjektiven Gesundheit		*	*		
- Seh-, Hör-, Kommunikations-, Schlafstörungen		*	*		
- Hautprobleme		*	*		
<b>c. Mentale Gesundheit</b>					
- Kognitiver Status (BOMC)		*	*		
- Depression (GDS)		*	*		
- störendes Verhalten		*			
<b>d. Soziale Gesundheit</b>					
- Soziale Anamnese		*			
<b>e. Inanspruchnahme des Gesundheitssystems</b>					
- Nutzung von häuslicher Hilfe und Pflege: retrospektiv		*			
prospektiv			*		



sonders bei den Patienten, die innerhalb der letzten sechs Monate vor der Evaluation im Krankenhaus waren.

Die Dritte Phase wurde auf Grund dieser Ergebnisse, der Entwicklung im Krankenhausbereich und der aufgetretenen Schwierigkeiten mit den Hausärzten finanziert; die Hausärzte fürchteten, dass die Case Manager aus dem Krankenhaus ihre Rolle übernehmen. Diese Studie konzentriert sich auf die Kontinuität der Pflege, die bereits von der Krankenhausaufnahme an organisiert wird.

Die Umsetzung der Case Management-Methode hat oft gezeigt, dass die ambulanten Pflegedienste nicht verfügbar waren, was vor allem auf fehlende finanzielle Mittel zurückzuführen ist. Das Ministerium für Gesundheit hat deswegen eine zusätzliche Studie durchgeführt, die sich auf förderliche und hemmende Faktoren einer umfassenden Pflegekontinuität richtet. Die Ergebnisse könnten den zuständigen politischen Instanzen bei ihren Entscheidungen behilflich sein.

### **3. Pflegeplanung**

Die Planung der Pflegemaßnahmen ist auf eine Optimierung der Kontinuität der Pflege ausgerichtet. Es geht darum, einen Maßnahmenplan aufzustellen, der die Leistung einer qualitativ hochwertigen Pflege garantiert.

Dieser interdisziplinäre Pflegeplan ist nicht nur mit dem Patienten seiner Familie abgestimmt, sondern auch mit dem interdisziplinären Pflegeteam. Der „Krankenhaus-Referent“ kann gemeinsam mit dem Patienten und dem therapeutischen Team die Ziele sowie die dafür notwendigen Leistungen, die erforderlichen Ressourcen und Dienste festsetzen. Die Zielsetzung ermöglicht es, die Maßnahmen an den angestrebten Veränderungen oder an der Stabilisierung des Gesundheitszustands des Patienten auszurichten.

Während seines gesamten Vorgehens plant der Referent, eingebunden in das interdisziplinäre Team, die einzelfallbezogenen Maßnahmen im Hinblick auf die Kontinuität der Hilfe und Pflege im Rahmen eines individuellen Pflegeplans. Dies erlaubt, die Bedürfnisse des Patienten (im Rahmen der verfügbaren materiellen und menschlichen Ressourcen) auf die bestmögliche Weise zu befriedigen.



### **3.1 Festsetzung der Ziele**

Von der Aufnahme an identifizieren der Referent und das Team mit Hilfe des vorgeschlagenen Erhebungsinstrumentes die beim Patienten und seinem Partner vorgefundenen Probleme (T0). Die Pflegeplanung basiert unter anderem auch auf den Ressourcen und Motivationen des Patienten und seiner Angehörigen. Ihre Einbeziehung in die Ausarbeitung des interdisziplinären Pflegeplans ist deshalb unverzichtbar. Denn die Zielsetzungen hängen nicht nur von der erforderlichen Hilfe für den Patient (im Bezug auf seinen körperlichen, geistigen und sozialen Gesundheitszustand) ab, sondern auch von seiner Bereitschaft, Hilfe zu akzeptieren.

Die Durchführung dieser Ziele ist Bestandteil der Evaluation. Dann lässt sich besser erkennen, ob das Problem gelöst wurde, oder ob es erforderlich ist, den interdisziplinären Pflegeplan zu modifizieren. Um diese Evaluation zu erleichtern, müssen die Ziele präzise, realistisch und überprüfbar formuliert werden.

### **3.2 Die Maßnahmen**

Das interdisziplinäre Team bestimmt die Maßnahmen, die darauf gerichtet sind, das festgestellte Problem zu lösen und die angestrebten Ziele zu erreichen, alles im Hinblick auf die Förderung der Selbstständigkeit des Patienten. Diese Maßnahmen nutzen die Ressourcen des Patienten, seiner Familie und seiner Umgebung. Die Maßnahmen müssen klar voneinander abgegrenzt sein, damit es zu keiner Kompetenzüberschneidung innerhalb des Teams oder mit informellen Helfern kommt.

### **3.3 Die Evaluation**

Die Evaluation ist durch eine kritische Überprüfung der Zielerreichung charakterisiert. Sie analysiert die Entwicklung des Gesundheitsprofils und der Selbstständigkeit des Patienten, um zu Gewissheit darüber zu erlangen, ob das gewählte Vorgehen immer noch den aktuellen Bedürfnissen des Patienten und seines Partners sowie den weiteren Erfordernissen der Pflege entspricht. Die Wiederholungs-Evaluation des allgemeinen Gesundheitszustandes muss mindestens 72 Stunden vor der Krankenhausentlassung durchgeführt werden (T1). Der Patient, seine Familie, der behandelnde Arzt sowie alle stationären und ambulanten, für die Nachsorge verantwortlichen Akteure werden in die Evaluation einbezogen, um die Maßnahmen zur Rückkehr nach Hause genau festzusetzen.

### 3.4 Anleitung zur Umsetzung der Maßnahme. Tabelle 5.

1. Selektion potentieller Fälle	2. Erhebung, Analyse und Interpretation der Daten	3. Pflegeplanung	4. Überprüfung
Anhand der im Projekt definierten Auswahlkriterien  <b>Referenz</b>	Evaluation der mentalen, physischen und sozialen Gesundheit des Patienten und seines Partners (Diagnosen T0, T1) im Hinblick auf die Kontinuität der Pflege	Erörterung des Pflegeplans mit dem Patienten, seinen Angehörigen und den stationären und ambulanten Akteuren	Überprüfung der Kontinuität der Pflege, der Rehospitalisierung und Institutionalisierung innerhalb von 15 und 90 Tagen nach der Rückkehr nach Hause
Aufnahmeformular / muss dem Referenten spätestens 72 Stunden nach der Aufnahme des Patienten vorliegen		<i>Umsetzung, Evaluation</i>	
Kontaktaufnahme zum Patienten und/oder seiner Familie			
<i>Bemühen um Zustimmung des Patienten und seiner Familie</i>			

#### Multidisziplinäre Zusammenarbeit

Im Krankenhaus : multidisziplinäre Treffen: Information, Pflegeplanung im Team / an die Bedürfnisse des Patienten und seiner Angehörigen angepasst, Evaluation des Prozesses der Krankenhausentlassung (Bestimmung der Kompetenzen und Handlungsbereiche eines jeden Beteiligten)

Zwischen den beteiligten Krankenhäusern: Kontakte zwischen den Krankenhaus-Referenten, lokalen Begleitungskomitees,...

Zwischen stationären und ambulanten Akteuren : Lokale multidisziplinäre Begleitungskomitees, multidisziplinäre Treffen zur Fallbesprechung,...

#### 4. Praktisches Vorgehen, um dem Patienten notwendige Hilfe zukommen zu lassen

Das konkrete Hilfeverfahren hängt vom körperlichen, geistigen und sozialen Gesundheitszustand des Patienten und seiner Pflegeperson ab. Nach der ersten Datenerhebung (nach der Aufnahme des Patienten) übernimmt das

interdisziplinäre Team die Organisation der Pflege des Patienten und plant unverzüglich die Vorbereitung der Krankenhausentlassung. Das Interesse des Partners an der Krankenhausaufnahme des Patienten erlaubt eine schnelle Einschätzung eines Überlastungsrisikos.

Für die Organisation der Krankenhausentlassung gibt es zwei Möglichkeiten:

- a) Der Krankenhaus-Referent ist eine Krankenschwester aus dem Pflegedienst:
  - In diesem Fall arbeitet sie oft eng mit dem Sozialarbeiter zusammen. Sie teilt ihm ihre gesamten Daten über den Patienten und seinen Partner mit. Der Sozialarbeiter nimmt dann Kontakt mit den geeigneten ambulanten Pflegediensten auf und schlägt ein Paket an häuslichen Pflege- und Hilfeleistungen vor, das abgestimmt ist auf die erhobenen Bedürfnisse und finanziellen Möglichkeiten des Patienten oder seiner Familie sowie auf die Belastung der Pflegeperson. Vor der Umsetzung dieses Vorschlags muss der Patient sein Einverständnis gegeben haben.
- b) Der Referent ist ein Sozialarbeiter:
  - In diesem Fall erhebt er selbst die Daten im interdisziplinären Team und nimmt Kontakt mit den Hilfe- und Pflegediensten auf, um die Krankenhausentlassung zu organisieren.

Der Patient und seine Familie werden bei jedem Schritt dieses Verfahrens einbezogen. Sie können auch an den interdisziplinären Teambesprechungen teilnehmen. Ihre Einschätzungen haben Priorität und ihre freie Entscheidung ist zu respektieren, sowohl bei der stationären als auch bei der ambulanten Versorgung.

## **5. Recherche der lokalen Hilfemöglichkeiten**

Die Schulung, die von dem Forschungsteam organisiert wurde, hat dem Referent bei der Recherche des lokalen Hilfe- und Pflegeangebots sehr geholfen. Verschiedene Vertreter dieser Dienste haben detaillierte Informationen über ihre Einrichtung, über ihr Leistungsspektrum und ihre Preise zusammengestellt.

Die Treffen der örtlichen multidisziplinären Begleitungskomitees, die in der Projektkonzeption vorgesehen sind, bieten weitere Möglichkeiten, die Spezifik, Verfügbarkeit und Erreichbarkeit der lokalen ambulanten Hilfedienste auszuwerten.

Diese wechselseitigen Kenntnisse der ambulanten und stationären Sektoren sind die Grundvoraussetzung, um dem Patienten eine möglichst adäquate Antwort auf seine Bedarfe geben zu können. Das Ziel ist nicht, die bestehenden Dienste zu ersetzen, sondern im Interesse des Patienten mit ihnen zusammenzuarbeiten.

#### **IV. Leistungsprofile und Ergebnisse des Case Management**

Ein konkretes Beispiel erlaubt es, Antworten auf einige in diesem Zusammenhang gestellte Fragen zu geben.

##### Beispiel:

Nehmen wir den Fall von Frau Dupont, 78 Jahre, die mit einer Lungenentzündung ins Krankenhaus eingewiesen wird, nachdem sie drei Monate zuvor einen Schlaganfall gehabt hatte.

##### *a) Die Aufnahme*

Bei der Aufnahme füllt die verantwortliche Krankenschwester das Auswahlformular aus. Frau Dupont weist zwei Risikofaktoren auf:

- Pflegebedürftigkeit bei den Aktivitäten des täglichen Lebens
- Gefahr einer Überlastung der Pflegeperson.

##### *b) Die Einbeziehung*

Der Krankenhaus-Referent entscheidet, die Patientin einzubeziehen.

Er trifft sich mit der Patientin, fragt sie, ob sie an dem Modellprojekt teilnehmen möchte und versucht, eine Vertrauensbeziehung aufzubauen.

##### *c) Die Datenerhebung*

Der Referent erhebt bestimmte demografische Daten und informiert sich über frühere Krankenhausaufenthalte der Patientin. Sie fühlt sich „schlecht“, aus medizinischer und psychischer Sicht, wegen ihres Verlustes an Selbstständigkeit und der Belastung, die sie für ihren Ehemann bedeutet.

Das soziale Assessment zeigt, dass:

- sie mit ihrem Ehemann in ihrer eigenen Wohnung wohnt;
- sie Treppen hinauf- und hinabsteigen muss; fließendes warmes Wasser ist aber vorhanden, und eine gut zugängliche Toilette;
- ihr Ehemann ihr die erforderliche Hilfe geben kann und ihre Kinder ihr regelmäßig im Haushalt helfen.

Die alltäglichen Aktivitäten:

Seit ihrem Schlaganfall braucht sie Hilfe, um sich zu waschen, sich anzuziehen, sich zu bewegen, zur Toilette zu gehen, beim Essen und bei den instrumentellen Tätigkeiten des täglichen Lebens. Ihr Ehemann hilft ihr beim Anziehen, Gehen, Essen, Einkaufen und bei der Arzneimiteleinahme. Ihre Tochter hilft ihr bei der Wäsche und beim Haushalt. Die Nachbarin übernimmt ab und zu das Einkaufen.

Zusätzlich zu dieser informellen Hilfe nimmt Frau Dupont einige häusliche Pflege- und Dienstleistungen in Anspruch: der Hausarzt besucht sie zwei Mal im Monat, die ambulante Krankenschwester kommt sieben Mal pro Woche zur Körperpflege vorbei und der Krankengymnast fünf Mal pro Woche.

Der geistige Gesundheitszustand: die Patientin zeigt weder kognitive noch depressive Einschränkungen. Sie wacht aber mehrmals pro Nacht auf und stört dadurch ihren Mann beim Schlafen.

Der Partner: das Interview mit der primären Pflegeperson, d.h. dem Ehemann, zeigt, dass er die Pflege sehr intensive wahrnimmt. Die Patientin ist von ihm abhängig, und er muss ihr bei den Grundfunktionen helfen; angesichts dieser Situation fühlt er sich emotional erschöpft. Er schläft zu wenig, und sein Gesundheitszustand leidet darunter. Jedoch will er auf keinen Fall, dass seine Frau in einen Heim geschickt wird, was sie auch nicht will.

*d) Die Pflegeplanung*

Während des Krankenhausaufenthalts setzen der Referent und sein Team auf der Grundlage der Datenerhebung ihre Ziele für die Pflege der Patientin fest. Der Referent erstellt dann in Abstimmung mit dem multidisziplinären Team einen Pflegeplan. Im Falle von Frau Dupont wird angestrebt, ihre Selbstständigkeit in der täglichen Lebensführung zu verbessern und ihre Schlafprobleme zu lösen.

*e) Die erneute Evaluation*

Drei Tage vor der Krankentlassung (10 Tage nach der Aufnahme) führt der Krankenhaus-Referent eine neue Evaluation durch. Die Lungenentzündung der Patientin ist allmählich zurückgegangen, sie hat aber eine nachfolgende Bronchitis und benötigt deshalb eine Aerosoltherapie. Was die Aktivitäten des täglichen Lebens betrifft, wurden die Ziele nur teilweise erreicht, da die Patientin zwar ihre Fähigkeiten, sich zu waschen und zu bewegen, verbessert hat, aber hinsichtlich der anderen Aktivitäten das gleiche Niveau der Pflegebedürftigkeit behalten hat. Das Team informiert die Patientin und ihren Ehemann über den Termin der Rückkehr nach Hause. Ihr Ehemann ist deswegen beängstigt, er hat immer noch die gleiche Wahrnehmung zur Pflegebelastung.

*f) Nutzung der häuslichen Pflege- und Hilfsdienste*

Der Krankenhaus-Referent benachrichtigt den Hausarzt über die baldige Krankenhauserlassung und über den Gesundheitszustand der Patientin. Er organisiert ein Treffen mit der Patientin, ihrem Ehemann, ihrer Tochter, der für die Pflegeleistungen und Dienste verantwortlichen Koordinatorin und mit den einbezogenen Krankenhaus-Pflegern im Hinblick auf die Nachsorge. Zusammen besprechen sie, was notwendig ist, um die Rückkehr der Patientin nach Hause vorzubereiten.

Frau Dupont braucht immer noch eine ambulante Krankenschwester für das Waschen sowie Krankengymnastik.

Um die Pflegeperson (den Ehemann) physisch und emotional zu entlasten, schlagen die Koordinatorin und der Referent einen häuslichen Mahlzeitendienst an fünf Tagen pro Woche vor sowie die Einrichtung einer Schlafmöglichkeit für die Frau im Erdgeschoss. Die Nachbarin ist damit einverstanden, die Mahlzeiten am Wochenende vorzubereiten. Die Tochter der Patientin bietet sich an, einen Tag pro Woche ihre Mutter zu pflegen, damit ihr Vater sich ausruhen kann. Die Patientin und ihr Ehemann akzeptieren die Gesamtheit der vom Team vorgeschlagenen Hilfe.

Die Patientin verlässt dann das Krankenhaus, und der Krankenhaus-Referent ruft sie 15 Tage danach an. Der Patientin geht es gut, sie wurde seitdem nicht wieder ins Krankenhaus eingewiesen. Sie nimmt immer noch die Hilfe in Anspruch, die bei ihrer Krankenhauserlassung in die Wege geleitet wurde. Der Ehemann ist mit der Situation zufrieden und fühlt sich dank der erhaltenen Hilfe viel weniger erschöpft.

## 6. Übereinstimmung zwischen den Vorschlägen des Krankenhaus-Referenten und den Erwartungen des Patienten

Die vom Krankenhaus-Referenten und dem interdisziplinären Team vorgeschlagenen Pflegeleistungen berücksichtigen die mit spezifischen Assessment-Instrumenten erhobenen Bedürfnisse des Patienten und seiner Familie sowie ihre Erwartungen. Es kann jedoch vorkommen, dass:

- einerseits der objektive Bedarf und die daraus resultierenden Vorschläge nicht den Erwartungen des Patienten oder seiner Familie entsprechen. Sie verweigern die häusliche Pflege aus verschiedenen Gründen (die Krankheit wird nicht akzeptiert, eine fremde Person im Haus ist unerwünscht, aus finanziellen Gründen,...);
- andererseits entsprechen die Pflegevorschläge zwar den Erwartungen des Patienten, können aber nicht immer durchgeführt werden, sei es,
- dass die Ausgaben das Budget übersteigen, das sie dafür einsetzen wollen oder können,
- sei es, dass diese Pflegedienste nicht verfügbar sind.

Diese sehr komplexen Situationen müssen im Team und mit dem Patienten, mit seiner Familie, dem Hausarzt und mit den Vertretern der Zentren für ambulante Pflege- und Hilfeleistungen besprochen werden, um eine möglichst adäquate Lösung zu finden.

## 7. Verfügbare lokale Hilfestrukturen

Die lokalen Hilfestrukturen wurden im ersten Teil „nationaler Kontext“ vorgestellt.

## 8. Soziale Dienste

Verschiedene soziale Dienste sind in diesem Bereich aktiv:

- Die **Öffentlichen Zentren der Sozialhilfe** (CPAS: „Centres Publics d'Aide Sociale“) mit regionaler Zuständigkeit. Sie leisten in verschiedenen Bereichen Hilfe: für die Unterbringung Älterer, für die häusliche Pflege, für Zuschüsse zur Miete, für die Vermittlung von Plätzen im Alten- oder Pflegeheim, für die Familienhilfe, für die soziale und berufliche Wiedereingliederung, für die Plätze im Kinderheim, für die Sozialhilfe;
- die **Hilfendienste für Familien und Ältere** (services d'aide aux familles et aux personnes âgées) mit regionaler Zuständigkeit. Sie leisten den

Familien oder den Älteren Hilfe, die sich in schwierigen Situationen befinden, bei den Aktivitäten des täglichen Lebens. Ihre Aufgabe ist, den Verbleib in der Wohnung zu unterstützen und die Lebensqualität zu verbessern;

- die **Zentren für soziale Dienste** (centres de service social) mit regionaler Zuständigkeit. Sie leisten eine individuell ausgerichtete soziale Hilfe für die betroffenen Personen und deren Familie. Sie versuchen, die Personen besser in ihre Umgebung zu integrieren;
- **andere soziale Strukturen**: der Zugang zu Sozialwohnungen ist auf Personen mit niedrigen Einkünften (darunter auch Ältere) beschränkt, damit sie eine gute Wohnung zu günstigem Preis bekommen können. Es gibt auch spezifische Wohnungen für Behinderte, die dafür geeignet und eingerichtet sind, diesen eine selbstständige Lebensführung zu ermöglichen.

## **9. Bedeutung der Wohnbedingungen und finanziellen Möglichkeiten**

Die Wohnbedingungen müssen vom Krankenhaus-Referenten und vom Team beurteilt werden. Dank ihrer Erfahrung können sie Risikosituationen und die wohnungsbezogenen Bedürfnisse schnell feststellen.

Die finanzielle Lage der Patienten und ihrer Familien müssen auch evaluiert werden. Es ist nicht immer möglich, den Bedarf des Patienten nur mit Pflege- oder Dienstleistungen zu decken, besonders wenn ihre finanziellen Ressourcen unzureichend sind. Die Kosten für bestimmte Dienste, wie z.B. für Familienhilfe, hängen vom monatlichen Einkommen ab. Die Kosten für Krankenpflege hängen von dem Pflegebedürftigkeitsgrad ab und der entsprechende Pauschalbeitrag kann eine starke finanzielle Belastung für den Patienten und seine Familie werden. Deshalb ist es sehr wichtig, die finanziellen Ressourcen zu kennen, da die vorzuschlagenden Pflege- und Hilfeleistungen nicht nur vom Bedarf des Patienten, sondern auch von seinem Einkommen abhängen.

## **V. Vorteile und Schwierigkeiten des Projektes**

Die Vorteile und Schwierigkeiten in Bezug auf das Projekt wurden entnommen

- den Treffen zum Austausch mit dem Forschungsteam
- den Treffen mit den örtlichen Begleitkomitees (siehe unten).



## **1. Vorteile**

### **1.1 Vorteile für den Patienten**

- Zufriedenheit der Patienten und ihrer Angehörigen bezüglich der ihnen gewidmeten Aufmerksamkeit, der Verfügbarkeit und Betreuung;
- Berücksichtigung der Pflegeperson und der Familie und ihrer Schwierigkeiten;
- schnelle Situationsbeschreibung und Fallbearbeitung dank eines systematischen Auswahlformulars;
- systematische Pflegeplanung, die zu unterschiedlichen Zeitpunkten der Evaluation einen umfassenden Eindruck über die Entwicklung des Patienten vermittelt;
- die telephonischen Kontakte, 15 und 90 Tage nach der Rückkehr nach Hause, ermöglichen dem Patienten, seine Gefühle bezüglich seines Krankenhausaufenthaltes zu äußern;
- die Institutionalisierungen in ein Altenheim werden in interdisziplinären Teambesprechungen (mit dem Patienten, der Familie und allen Beteiligten) erörtert, dadurch werden Schuldgefühle des Pflegepersonals und der Angehörigen vermindert;
- der Krankenhaus-Referent ist ein wichtiger Gesprächspartner für das Pflegepersonal, er gibt ihnen ein Feedback bezüglich der Rückkehr nach Hause, er informiert sie über die ambulanten Pflegeangebote. Er verbessert oft ihre Arbeitsweise.

### **1.2 Vorteile für die Entwicklung einer Kultur der kontinuierlichen Pflege**

- Sensibilisierung des Pflegepersonals für die soziale Situation des Patienten, ebenso wie die Vorbereitung der Rückkehr des Patienten in die Wohnung von der Krankenhausaufnahme an eine größere Effektivität der sozialen Dienste zur Folge hat;
- die Untersuchung ermöglicht eine Reflexion des täglichen Handelns und damit eine bessere Einschätzung der Vorteile und Grenzen des Systems, dank der objektiven Methoden und gründlichen Analyse;
- Verbesserung der interdisziplinären Zusammenarbeit;
- Innerhalb des Krankenhauses:
  - durch die Errichtung interner Qualitätseinheiten mit verschiedenen Koordinatoren, die für die Fortsetzung der Pflege zuständig sind. Diese Pflegeeinheiten machen die Stärken und die Schwächen deutlich im Zusammenhang mit der Vorbereitung einer Rückkehr nach Hause und der Entwicklung konstruktiver Lösungen.

- während der Evaluation des Prozesses der Krankenhausentlassung. Die Anerkennung der Kompetenzen und Arbeitsbereiche der professionellen Mitarbeiter erlaubte es, die Aufgaben des Referenten präzise zu definieren, ohne dass er die anderen Akteure ersetzt.
- Unter den teilnehmenden Krankenhäusern:
  - durch die Zusammenarbeit zwischen den Krankenhaus-Referenten, die gefördert hat:

Erfahrungsaustausch und gegenseitig Unterstützung bei Schwierigkeiten;  
 Optimierung der Überweisung von Patienten der am Projekt teilnehmenden Krankenhäuser untereinander und Verminderung der Angstgefühle der Patienten, die dabei auftreten können;  
 Kenntniss der Akteure, die für die Krankenhausentlassung in den anderen Krankenhäusern verantwortlich sind.

- durch die Treffen der örtlichen Begleitkomitees (siehe unten) wurde eine bessere Koordination und Einschätzung der spezifischen Kompetenzen anderer Krankenhäuser erreicht.
- unter den stationären und ambulanten Diensten durch die örtlichen Treffen des interdisziplinären Begleitkomitees:  
 Die teilnehmenden Krankenhäuser müssen ein örtliches Begleitkomitee gründen, wie es im Vertrag mit dem Ministerium für Gesundheit geregelt ist. Dieses Komitee vereint die ambulanten und stationären Akteure im Einzugsbereich des jeweiligen Krankenhauses.  
 Dieses Komitee tritt alle vier Monate zusammen. Seine Ziele sind:
  - Optimierung der Zusammenarbeit zwischen den Bereichen der Pflege zur Verbesserung des Informationsaustauschs.
  - Informationsaustausch über die Entwicklung des Projekts: seine Umsetzung, die aufgetretenen Schwierigkeiten, die Vorteile,...

Teilnehmer sind:

stationäres Pflegepersonal:

- der Leiter des Krankenhauses
- die Pflegedienstleitung
- die medizinische Leitung
- die Ärzte der Pflegeeinheiten
- die leitenden Pflegekräfte
- der Sozialdienst
- die einbezogenen Krankengymnasten, Ergotherapeuten, Logopäden
- der Krankenhaus-Referent,...

und die Professionellen des ambulanten Bereichs:

- Vertreter der Hausärzte
- der Koordinationszentren
- der häuslichen Pflegedienste
- der Apotheken

- der Krankengymnasten
- und der Vereinigungen der Patienten bzw. ihrer Familien.
- das nationale interdisziplinäre Begleitkomitee  
Dieses Komitee hat zur Aufgabe, zur Umsetzung des Pflegemodells in Belgien und zur Überwachung des Projektfortschritts beizutragen und dabei die Beziehungen zwischen den Vertretern unterschiedlicher Pflegebereiche zu verbessern. Dieses Komitee dient also dem Erfahrungsaustausch und konstruktiven Dialog der Experten.  
Es setzt sich zusammen aus:
  - Vertretern der häuslichen Versorgung:  
Hausärzte  
häusliche Pflege- und Hilfsdienste,
  - Krankenhaus-Vertretern:  
Vereinigung der Krankenhäuser  
Universitäten
  - Vertretern der Ministerien für Sozialwesen und für Gesundheit und
  - Vertretern der Forschungsteam.
- Systematisierung und Frühzeitigkeit der Kontakte mit den Hausärzten und den Vertretern häuslicher Pflege- und Hilfsdienste, um einen besseren Informationsaustausch und eine größere Zufriedenheit dieser Professionellen zu erreichen;
- die Feststellung des aktuellen Angebots hat die Erstellung eines kompletten häuslichen Inventars ermöglicht;
- Entwicklung von Formularen (evtl. in mehreren beteiligten Krankenhäusern) für die Verbindung zwischen Krankenhauspflege und häuslicher Pflege. Diese Formulare sind für die ambulanten Akteure vorgesehen und enthalten die für die Kontinuität der Pflege erforderlichen Informationen, wenn der Patient das Krankenhaus verlässt.

## 2. Schwierigkeiten

- Die Integration des Referenten mit den Pflegeeinheiten verläuft nicht immer unproblematisch; vor allem, wenn er aus einem anderen Bereich kommt, können bestimmte Probleme auftreten:
  - der Krankenhaus-Referent kann seitens der Mitarbeiter der Pflegeabteilung als „Kontrolleur“ ihrer Arbeit empfunden werden und wie ein zusätzlicher, aber nicht erforderlicher Mitarbeiter;
  - wegen seiner Verkennung der spezifischen Funktionsweise pflegerischer Abläufe könnte der Krankenhaus-Referent Schwierigkeiten bekommen, wenn er den Stil einer Kontinuität der Pflege einführen will.
 Die Kontakte mit den Pflegeeinheiten werden seltener, daraus folgt ein Mangel an Integration der interdisziplinären Maßnahmen.

- Eine systematische Evaluation der Klientenbedarfe zu unterschiedlichen Zeitpunkten kann belastend wirken, besonders wenn die Aufenthaltsdauer kurz ist. Es ist dann schwierig, sich ständig intensiv um 10 Patienten zu kümmern.
- Manche Patienten verweigern sich der Untersuchung in der Meinung, die Anonymität der Daten werde nicht respektiert.
- Hohe Kosten der häuslichen Pflege- und Hilfsdienste, zu denen die Patienten einen Beitrag leisten müssen, ebenso wie die mangelnde Verfügbarkeit dieser Dienste können für den Krankenhaus-Referenten und sein Team zu ernstern Hindernissen bei der Lösung schwieriger Probleme werden.
- Die Kontakte zu den Hausärzten verlaufen nicht immer optimal, sei es wegen Überlastung, sei es wegen deren Vorurteilen gegen die „Krankenhaus-Perspektive“. In diesem Fall reagieren sie oft negativ auf das Projekt.
- Manche Krankenhaus-Referenten haben Schwierigkeiten, die Pflege- oder Sozialdienste zur Kooperation zu motivieren, obwohl die Krankenhäuser am Projekt freiwillig teilnehmen. Außerdem ist eine Krankenhausentlassung nur fünf Tage vorher sehr schwer vorzubereiten.
- Es ist für die Krankenhaus-Referenten nicht immer leicht, alle an der häuslichen Pflege beteiligten Akteure, die an der Nachsorge des Patienten interessiert sind (Hausärzte, Pflegeperson,...) aufzufinden. Daraus folgt ein Mangel an Informationen, der für die Kontinuität der Pflege von Nachteil ist.
- Die aktuelle Studie konzentriert sich auf die Abteilungen G, D und Sp. Die Krankenhaus-Referenten möchten das Projekt auch in anderen Abteilungen umsetzen, z.B. in der Chirurgie, die einen Anstoß in Richtung auf die Fortsetzung der Pflege verdienen würde.

## **Schlussfolgerungen**

Das wichtigste Ziel des Pflegemodells „Krankenhausreferent für die Kontinuität der Pflege“ ist die Prävention gegenüber Rehospitalisierung und Institutionalisierung der geriatrischen Risikopatienten, indem eine umfassende Kontinuität der Pflege gefördert wird.

Die Funktion des Krankenhaus-Referenten ist daher konzentriert auf die Vorbereitung der Rückkehr nach Hause bereits während des Krankenhausaufenthaltes. Diese Funktion ist also kein neuer Dienst, der im Krankenhausbereich geschaffen würde, sondern ein Katalysator zur Entwicklung des Konzeptes der Kontinuität der Pflege und der Interdisziplinarität. Daher ist es wichtig, dass die Krankenhaus-Referenten in keiner Weise die Aufga-

ben bestehender Dienste und Professioneller im stationären oder ambulanten Bereich substituieren. Das durch dieses Modell bereitgestellte Dienstleistungsangebot konzentriert sich auf den Patienten und seinen Partner und muss zu den bestehenden Diensten komplementär sein.

## **Diskussion des Berichtes aus Belgien**

### **Engels:**

Die Situation in Belgien unterscheidet sich in mancher Hinsicht von den übrigen Beispielen, die evaluiert worden sind. Was am deutlichsten hervorsteicht, sind zwei Aspekte: Zum einen ist es ein Case Management, das im Krankenhaus lokalisiert ist und vom Krankenhaus aus seine Arbeit betreibt. Und zum anderen haben Sie in Liège in einer Weise methodisch evaluiert, was dieses Verfahren bringt und zu welchen Ergebnissen es führt, die wir in dieser Genauigkeit in den anderen Projekten in der Regel nicht finden. Ich finde diesen Beleg, der zeigt, welche positiven Effekte nachweisbar sind, sehr beeindruckend.

### **Bar-Giora:**

Ich würde gerne fragen, ob die Verantwortung für die häusliche Pflege nicht den Entscheidungen der Akteure in der Kommune unterliegen. Ich meine: Wie ist die Beziehung zwischen dem Case Manager im Krankenhaus und den Diensten in der Gemeinde? Kann er über die Dienste in der Gemeinde bestimmen? Gibt es keine Sozialarbeiter oder Krankenschwestern in der Gemeinde, die für die Leistungen dort verantwortlich sind?

### **Ernst:**

Der Case Manager oder der „Krankenhaus-Referent“ kann nicht entscheiden, was in der Gemeinde oder was in der häuslichen Pflege geschieht. Er kann den Patienten beraten; aber es ist der Patient, der entscheidet, welche Pflege er in Anspruch nehmen möchte. Was der Krankenhaus-Referent macht ist: Er kontaktiert den Hausarzt und schaut, was dieser vorschlägt, was gut für den Patienten ist. Aber es sind immer die Patienten (oder die Familie, falls der Patient nicht dazu in der Lage ist), die die Entscheidungen treffen und über ihre Zukunft entscheiden. Der Krankenhaus-Referent hat keinen Einfluss, auch nicht darauf, wie viel ambulante Pflege stattfinden muss oder ob man diese erweitern muss. Er kann etwas vorschlagen, aber er hat darüber keine Entscheidungskompetenz.

### **Lowenstein:**

I have two questions, one continueing this one. But what happens, if the user in the community is in some type of crises and cannot find a solution to his problem? Would he call the case manager and would the case manager be able to help him?

And I would also be interested, if you can share with us, as a case manager yourself some of your experience as a case manager. You are a case manager, aren't you.

Ich habe zwei Fragen, eine, die dies fortführt. Was passiert, wenn der Nutzer in der Gemeinde in einer Art Krise steckt und keine Lösung für sein Problem findet? Würde er den Case Manager verständigen, und wäre dieser in der Lage, ihm zu helfen?

Und ich wäre interessiert, dass Sie als Case Managerin uns an Ihren Erfahrungen teilhaben lassen könnten, da niemand von den Teilnehmern hier Case Manager ist.

**Ernst:**

Wir haben ein Problem in Belgien: Es gibt ambulante Pflege, die aber nicht sehr gut verbreitet ist. In ländlichen Gegenden müssen die Patienten viel zu lange darauf warten, oder es gibt gar keine Pflege. Das betrifft insbesondere die Familienhelferinnen und hauswirtschaftlichen Kräfte, die meistens gebraucht werden.

Das ist ein Problem, für das wir zur Zeit keine Lösung haben. Krankenschwestern gibt es genug, und die kommen auch relativ schnell, aber auf die häusliche Versorgung muss der Patient zu lange warten.

**Engels:**

Und wer wäre der Ansprechpartner für häusliche Pflege? Wenn die häusliche Pflege sehr schlecht verbreitet ist, wie Sie sagen, und auch unkoordiniert ist und wahrscheinlich verschiedene Dienste konkurrieren: Ist es dann so, dass der Patient sich selber die Dienste suchen muss, oder spielt der Hausarzt hier eine gewisse Rolle?

**Ernst:**

Falls der Patient im Krankenhaus ist, ist der Sozialdienst im Zusammenhang mit dem Krankenhaus-Referenten für den Patienten da. Die beiden stellen dem Patienten vor, was optimal sei für seine Wiederkehr nach Hause und dann informieren wir den Hausarzt.

Der Hausarzt ist bei uns ein wichtiges Element; wir müssen ihn kontaktieren, weil er darüber auf dem Laufenden sein muss, dass seine Patientin oder sein Patient nach Hause kommt und was in der Domizilpflege geplant

ist. Er kann eventuell auch weiterhelfen, er kennt oft die Familiengeschichte besser oder hat ein paar Elemente hinzuzufügen, die sehr wichtig sind.

Aber, wie gesagt: Wenn die Pflege nicht verfügbar ist, dann ist das ein Problem: Z.B. Nachkrankenschwestern sind sehr schwer zu bekommen oder sie sind sehr teuer, und der Patient kann sie dann nicht bezahlen; und das Gleiche gilt auch für die Familienhelferinnen – das scheitert oft an finanziellen Mitteln.

**Saischek:**

Habe ich das richtig verstanden, dass es einerseits einen Sozialdienst gibt, der ebenfalls in der Klinik angesiedelt ist, und andererseits den Case Manager? Welche Profession hat dann der Case Manager?

**Ernst:**

Der Case Manager in Belgien kann entweder ein Sozialassistent oder eine Krankenschwester sein. Die Idee war, im Krankenhaus eine Person zu suchen, die versucht auf pluridisziplinärem Gebiet zu arbeiten, d.h. die versucht, die Eindrücke des Patienten, der Familie, der Krankenschwestern und der Ärzten zu sammeln und damit zu den Sozialassistentinnen zu gehen und zu sagen: Wir haben einen Patienten, der brauchte das und das, die Familie möchte das und das. Ich mache das so, ich gebe alles, was ich gefunden habe, weiter. Der Sozialdienst kümmert sich darum, die Domizilpflege zu kontaktieren und kennt auch die Kosten. Damit gehen wir dann gemeinsam zum Patienten. Die Idee ist, dass die Funktion, die ich jetzt ausübe, irgendwann wegfällt und dass dann jeder in diesem Sinne oder in dieser Richtung weiterarbeitet.

Unser Projekt läuft bis zum 31. Dezember 1999, und wir wissen nicht, ob sie danach weiter finanziert wird. Wenn ja, wird dieses Geld wahrscheinlich dem Sozialdienst oder Anderen in zukommen, und die sollen dann schauen, was man mit dem Geld im Krankenhaus machen kann, um Rehospitalisationen oder Institutionalisierungen zu verhindern.

**Cappell:**

Inwieweit ist es jetzt noch so, dass der Krankenhaus-Referent nach Hause geht zu den Patienten und da auch guckt, ob die Wohnung geeignet ist, ob Wohnraumanpassung notwendig ist oder so etwas in der Art?



**Ernst:**

In der zweiten Phase des Projektes ging der Krankenhaus-Referent (damals noch unter der Bezeichnung „Case Manager“) auch zum Patienten nach Hause. Das wiederum haben die Hausärzte nicht gut geheißen, weil er sich in ihrem Territorium befand. Deshalb ist das abgeschafft worden, und deshalb ist auch der Name geändert worden, damit die Hausärzte das besser auffassen. Deshalb geht der Krankenhaus-Referent auf keinen Fall nach Hause, aber er darf 15 Tage, nachdem der Patient aus dem Krankenhaus entlassen wird, anrufen, um zu fragen, ob die ambulante Pflege noch immer läuft und ob der Patient ins Krankenhaus zurück eingewiesen wurde, und das nochmal 90 Tage nach der Entlassung des Patienten.

In einem anderen Projekt, das unabhängig von diesem Projekt „Krankenhaus-Referent“ läuft, gehen die Mitarbeiter auch nach Hause zu den Patienten und schauen, ob das, was der Krankenhaus-Referent geplant hat, auf die Bedürfnisse der Patienten passend zugeschnitten ist. Aber diese Mitarbeiter haben nichts mit dem Krankenhaus zu tun, sie kommen von der Universität – dann wird das von den behandelnden Ärzten besser aufgefasst.

**Engel:**

Wenn ich es richtig verstanden habe, ist das Case Management in Belgien im Prinzip ein Management-Prozess, der nicht ganz zu Ende geführt wird. Wenn ein Case Management-Prozess an sich aus Assessment, Planung, Vermittlung, Monitoring und Evaluierung besteht, dann würde dieser Prozess in diesem Falle nach der Planung abbrechen.

**Ernst:**

Einen gewissen Bruch gibt es schon, wenn der Patient entlassen wird. Aber durch die Telefonanrufe wissen wir, was passiert und welche Pflegeleistungen er erhält; und durch die Weiterevaluierung, die jetzt gemacht wird, wissen wir auch, ob das den Bedürfnissen des Patienten entspricht. Also ist es kein Abbruch.

**Engel:**

Ich meine, wenn man es damit vergleicht, dass sonst Case Manager den Fall ganz begleiten. Das heißt also nicht, dass das Case Management des Krankenhaus-Referenten komplett abgebrochen wird, aber Sie sagten ja auch, dass die Vermittlung von häuslichen Dienstleistungen dann nicht mehr seine Aufgabe ist, sondern das liegt dann in der Verantwortlichkeit der Familie oder des Hausarztes oder des Patienten selber.

**Ernst:**

Aber wir stehen ja miteinander in Kontakt. Bevor der Patient nach Hause entlassen wird, rufe ich den Hausarzt an und sage: „Der Patient wird entlassen, das und das ist für die häusliche Pflege vorgeschlagen worden, und der Patient hat das akzeptiert.“ Ich rufe den Hausarzt auch in diesen drei Monaten an und frage nach, oder der Patient berichtet mir, wenn der Patient dazu selber fähig ist. Es ist insofern ein Abbruch, als die Patienten mich nicht sehen, ich komme nicht persönlich zu ihm nach Hause, aber wir telefonieren. Das Problem waren hier die Hausärzte: Mit den Patientenbesuchen hatte es in der zweiten Projektphase gut geklappt, aber nicht mit den Hausärzten.

**Lowenstein:**

Ich möchte immer noch verstehen: Wie können Sie eine Institutionalisierung verhindern, wenn Sie nicht wirklich die Mittel und die Kompetenzen dazu haben? Selbst wenn Sie den Fall telefonisch weiter begleiten und es Probleme gibt, aktivieren Sie keinen Dienst in der Gemeinde. Sie können noch nicht einmal dem Hausarzt empfehlen, welche Behandlung geeignet wäre. Und erst recht, wenn es über das Medizinische hinausgeht – wie können Sie feststellen, dass Sie Institutionalisierungen hinausschieben? Ich stimme Ihnen zu, dass Sie bestimmte Funktionen ausüben, aber es sind definitiv nicht die Case Management-Funktionen in der theoretischen und praktischen Anwendung von „Case Management“.

**Ernst:**

Es ist wahr, wir sind in der häuslichen Pflege nicht präsent. Wenn dort Probleme auftauchen, kontaktiert entweder die Familie den Sozialdienst im Krankenhaus, und fragt nach, was man tun kann, oder der Patient bzw. die Familie ist überlastet und der Hausarzt kümmert sich darum, oder der Patient geht in ein Altenheim. Wenn der Hausarzt motiviert ist und den Patienten zu Hause behalten möchte und die Familie das auch will, findet sich eine Lösung. Aber in dem Moment ist der Krankenhaus-Referent nicht mehr einbezogen; also erfahre ich das meistens drei Monate später, wenn ich anrufe, und dann sagt mir die Familie manchmal: Der Patient ist ins Altersheim gegangen, weil das nicht klappte. Da ist ein Problem.

**Cappell:**

Die Case Management Funktion bei den Hausärzten: Ist das eine offizielle Funktion, die auch vergütet wird? Denn das hat sich in Deutschland deutlich

gezeigt – wenn das einzig auf Engagement basieren soll, dann tritt es hinter Leistungen zurück, für die es eine Abrechnungsmöglichkeit gibt.

**Ernst:**

Nein, die Hausärzte bekommen das bei uns nicht vergütet. Das ist schon ein persönliches Engagement, inwieweit der Arzt bereit ist, sich zu engagieren, um den Patienten unbedingt zu Hause zu halten.

**Wendt:**

Ich denke, dass es nicht nur eine Professionalisierungsfrage, sondern auch wieder das Systemproblem ist, worauf sich das Case Management hier konzentriert. Wären wir hier in einer Veranstaltung des Krankenhausmanagements, dann könnte man vielleicht sagen: Das ist ein gutes Beispiel dafür, wie man Krankenhäuser zu Gesundheitszentren entwickeln kann, die sich dann auch über das Krankenhaus hinaus für Nachsorge zuständig empfinden und möglichst weit hineinreichen in die ambulante Versorgung.

Wir haben hier einige Beispiele, in denen das Case Management um die Pflege konzentriert ist, also ein Case Management innerhalb des Pflegesystems ist, und auch Beispiele, in denen man das Case Management von vorne herein durchführt, also auch im präventiven Bereich ansiedelt. Ich finde das sehr interessant, dass hier (wie wir das z.B. in Amerika auch haben) von der ärztlichen Versorgung im Krankenhaus her der weitere Verlauf angebunden wird. Das „Sich Kümmern“ um Pflege ist im Zusammenhang mit der normalen Krankenbehandlung zu sehen, als eine Ergänzung der stationären Krankenbehandlung.

Ich denke, dass dies bemerkenswert ist, weil man auch im Bereich des Gesundheitswesens nach neuen strukturellen Formen sucht. Da ist es, glaube ich, für uns ein gutes Beispiel dafür, wie auch vom Krankenhaussektor her das Case Management eingebunden werden kann. Das müssten wir zumindestens beachten, weil in anderen Ländern auch Tendenzen zur Trennung zwischen dem Krankenhauswesen einerseits und den Hausärzten andererseits zu beobachten sind. Hätten wir hier eine Hausärzte-Tagung, könnte man ja alternativ über das Case Management in der ambulanten Struktur der Ärztenetze nachdenken, nur haben wir zufällig keinen Vertreter der niedergelassenen Ärzte hier. Ich verstehe Sie so, dass der Krankenhaus-Referent eine Ergänzung des Krankenhauswesens ist.

**Ernst:**

Ja, wir gehen nicht wie in anderen Ländern zu den Leuten, die noch zu Hause sind, um zu schauen, was man tun kann, dass die so lange wie möglich zu Hause bleiben. Eigentlich kümmern wir uns erst um die Patienten, wenn sie schon im Krankenhaus sind und eigentlich, wenn es vielleicht schon ein bisschen zu spät ist.

**Engels:**

Ich habe nicht den Eindruck, dass das Hauptproblem darin liegt, dass das Case Management zu spät ansetzt. Das halte ich durchaus für sinnvoll, dass man bei solchen Patienten, die ja vielleicht vorher überhaupt keine Hilfe gebraucht haben, in der Klinik ansetzt und dort mit einer Betreuung beginnt. Das Problem, das bleibt, ist das, worauf Frau Lowenstein eben hingewiesen hat: Sie können zwar erheben, was im Nachhinein passiert, aber Sie haben keinen unmittelbaren Einfluss darauf, dies zu steuern, wenn zusätzliche Leistungen erforderlich werden. Hier wird ein Bedarf an einem zusätzlichen Case Management deutlich, das außerhalb des Krankenhauses erforderlich wäre, das aber zur Zeit – wie ich es verstanden habe – von dem Engagement und der Bereitschaft der Hausärzte abhängt, ob es stattfindet oder nicht und daher nur unsystematisch erfolgt.

**Ernst:**

Ja, das ist schon richtig. Aber zwei Faktoren sollten beachtet werden: Erstens gibt es Patienten, die schon ambulante Pflegeleistungen in Anspruch nehmen. Ich habe eben diese „*coordination de soins*“ angesprochen, das sind Pflegekoordinatoren, die den Patienten regelmäßig zu Hause besuchen, und die nachsehen, ob noch weitere Pflegen notwendig sind. Aber nicht jeder Patient hat eine Pflegekoordinatorin, da die unterschiedlichen Pflegedienste nicht alle Pflegekoordinatoren haben, die kleineren Dienste haben keine.

Was ich zweitens in meiner Erfahrung festgestellt habe ist: Wenn der Patient geistig noch hinreichend fit ist und zu Hause bleiben will, bleibt er zu Hause – er findet alle möglichen und unmöglichen Strukturen, um das durchzusetzen. Auch wenn die Familie will, dass der Patient zu Hause bleibt, bleibt er zu Hause. Dann sind viele Faktoren wie Geld oder die Machbarkeit der Realisierung überhaupt kein Problem. Die Motivation des Patienten ist also sehr wichtig. Wie gesagt, die Koordination der Pflege ist gut, aber nicht jeder Pflegedienst hat das anzubieten.

**Engels:**

Diesen Hinweis auf die Pflegekoordination fand ich interessant. Diese ist also den größeren Diensten angegliedert bzw. ist ein Bestandteil eines größeren Dienstes und leistet das, was wir an anderer Stelle als „internes Case Management“ oder „Pflegeplanung“ innerhalb eines Dienstes bezeichnet haben; aber sie ist eben keine unabhängige Instanz.

**Merotto:**

Ich heiße Margaritha Merotto und ich bin verantwortlich für das Case Management-System in dieser Region. Dieses Problem mit der Krankenhaus-Entlassung sind wir in ähnlicher Weise angegangen. Unser Case Management-System versucht, eine Verbindung herzustellen zwischen den Problemen des Patienten während des Krankenhausaufenthaltes und nach seiner Entlassung, wenn er zu Hause ist.

Wir haben einen Sozialarbeiter als Bezugsperson im Krankenhaus. Er hat die Aufgabe, die Bedürfnisse des Patienten zu Hause und im häuslichen Umfeld zu erfassen. Seine Arbeit besteht in der Koordinierung und Verbindung dieser zwei Ebenen, nämlich Krankenhaus und häusliche Umgebung. Für die Patienten, und besonders für die älteren Patienten, besteht nach der Entlassung aus dem Krankenhaus und weiterem Pflegebedarf das Risiko, in ein Heim gehen zu müssen. Hier kann der Sozialarbeiter unter Berücksichtigung der verschiedenen Probleme helfen. Um nach der Krankenhausentlassung zu Hause bleiben zu können, benötigt der Patient eine Reihe von Hilfsmaßnahmen, die durch ein organisiertes Netz der Hilfesysteme ermöglicht werden. Diese müssen vom zuständigen Sozialarbeiter vermittelt werden – er ist derjenige, der den Krankenhausdienst mit den ambulanten Diensten verbindet.

**Engels:**

Das war eine gute Ergänzung. Genau das, denke ich, ist der Punkt, den wir angesprochen haben: dass ein professionelles Case Management außerhalb des Krankenhauses diese vorbereitete oder geschützte Krankenhausentlassung aufgreift und daran weiterarbeitet.

**Engel:**

Ich habe noch eine Frage dazu, wie es weitergeht. Die Stelle des Krankenhaus-Referenten läuft bald aus, und Sie hatten gesagt, dass seine Aufgaben dann wieder in den Zuständigkeitsbereich des Sozialassistenten zurückgeführt werden. War es so gedacht, dass diese Case Management-

Stelle, die hier neu geschaffen wurde, nur einen Anstoß geben sollte? Und hofft man, dass dann die Professionen automatisch zusammen arbeiten, also auch soziale und medizinische Berufe (diese Trennung war ja ein durchgehendes Thema hier), und dass das dann funktioniert? Ich kann das insofern nicht ganz verstehen, als die Zahlen, die Sie vorgelegt haben, eine geringere Übersiedlung der begleiteten Patienten in Pflegeheime, und da entstehen ja auch Kosten. Also, warum gibt es noch die Diskussion, ob das Projekt weiter finanziert wird?

**Ernst:**

Ist das Projekt nur als Anstoß gedacht? Als ich im Jahr 1998 die ersten Schulungen mitgemacht habe, habe ich auf einer Versammlung gefragt: Wenn ich das Projekt richtig verstanden habe, sollen wir einen Anstoß geben und irgendwann ist der Sinn, dass man gar keinen Case Manager mehr braucht? Dann hat man mir gesagt: Ja, das ist der Sinn.

Aber mittlerweile verhandeln die Verantwortlichen des Projektes, um eine Weiterfinanzierung zu erreichen. Was könnte man tun, wenn das weiter finanziert wird – sollte man vielleicht manche Qualitätsfragen überdenken? Ich habe z.B. mittlerweile gute Kontakte zu den Hausärzten aufgebaut; wenn nämlich ein Patient ins Krankenhaus kam und er eingewilligt hat, dass ich ihn begleite, musste ich den Hausarzt anrufen, um ihm zu sagen: Voilà, ihr Patient ist daran interessiert, und ich habe ihn in meine Studie aufgenommen. Der Hausarzt hat uns dann oft interessante Informationen gegeben: „Ihr müsstet vielleicht bedenken, dass ...“, und hat dann zusätzliche Elemente ergänzt. Diese Kontakte pflegen die Sozialassistentinnen bei uns jetzt weiter – das sind so kleine Anstöße. Oder, dass in manchen Krankenhäusern die Sozialassistentinnen, wenn der Patient entlassen ist, bei ihm zu Hause anrufen, um zu fragen, wie es mit der ambulanten Pflege geklappt hat. Das sind vielleicht kleine Anstöße, die gegeben werden; aber ob das Projekt weiter gehen wird, weiß zur Zeit noch keiner.

# Spanien

## Das Modell der sozial-gesundheitlichen Versorgung der Älteren in Sabadell

M. L. Marrugat

Fundació CIREM<sup>1</sup>

### Danksagung

Ich möchte allen professionellen Mitarbeitern für die gute Zusammenarbeit danken, zu denen ich Kontakt aufgenommen habe und die mit ihren wertvollen Informationen diese Arbeit möglich und zugleich angenehm gemacht haben. Dies sind: Roser Armengol, Josep Cantero, Soledad Casas, Nuria Comajuna, Joan Coy, Isabel Domínguez, Elvira González, José V. Lopez, Carmen Martínez, Pilar Navarro, Trinidad Pérez, Julio Ponce, Jordi Puig, Rosa María Rafecas, Antonio Rodríguez y Antonio Tribes. Ebenso bedanke ich mich für die Gelegenheit zu freier Untersuchung, die ich bei der Durchführung dieser Studie genossen habe und die durch die permanente Unterstützung des Amtes für Gesundheit, Ernährung und Soziale Dienste der Stadtverwaltung Sabadell in der Person von Frau Rosa Graells ermöglicht wurde. Diesen allen sei herzlich gedankt.

Barcelona, September 1999

---

<sup>1</sup> Foundation Centre for European Initiatives and Research in the Mediterranean





## 1. Einführung

Die vorliegende Studie wurde durchgeführt im Rahmen des internationalen Kooperationsprojektes „Case Management in verschiedenen nationalen Altenhilfesystemen“ gefördert und finanziert vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend der Bundesrepublik Deutschland, als eine der Aktivitäten innerhalb des Internationalen Jahres der Senioren, koordiniert durch die ISG Sozialforschung und Gesellschaftspolitik GmbH. Das Ziel des genannten Projektes ist es, Erfahrungen aus neun Ländern (Deutschland, Österreich, Belgien, Spanien, den Niederlanden, Israel, Italien, Luxemburg und dem Vereinigten Königreich) über die „Koordination komplexer Hilfeleistungen für Ältere“ zu sammeln und auszutauschen.

Das „Case Management“, auch als „Care Management“, „Einzelfall-Koordination“, oder „Service-Management“ bezeichnet, ist definiert als die „Koordination der Dienste, die hilfebedürftigen älteren Menschen und Personen mit funktionalen Einschränkungen sowie ihren Familien helfen, die adäquaten Dienstleistungen zu finden und individuell bedarfsgerecht zuzuschneiden und zugleich deren Kosten zu kontrollieren“ (Wacker, 1998). Der Grund, dieses Thema zu wählen, wird in den Worten von Frau Dr. Gorges, der Vertreterin des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend zum Ausdruck gebracht, mit denen sie das Vorbereitungsseminar zu diesem Projekt am 22. Februar 1999 in Bonn eröffnete:

„Das Case Management gewinnt derzeit eine große Bedeutung, da Altenpflege und Altenhilfe immer stärker dem Trend ‚ambulant vor stationär‘ folgen, was nicht nur den Bedürfnissen der Betroffenen entspricht, sondern auch kostengünstiger ist.“

Verschiedene Modelle des Case Management sind zu unterscheiden, die sowohl organisatorisch wie operativ variieren. Eines der von Wacker (1998) beschriebenen Modelle ist das „medical group model“, das eine unmittelbare Verknüpfung zwischen den Medizinerinnen der Erstversorgung, Krankenschwestern, Sozialarbeitern und dem älteren Menschen und/ oder seiner Familie herstellt, und zwar unter Betonung der Zusammenarbeit im Team.

Wir präsentieren hier das Modell: „Die gesundheitlich-soziale Primärversorgung in Sabadell betrachtet die Person in ihrer Ganzheit und arbeitet nach dem Prioritäten-Gefälle der Gesundheitsförderung, der Prävention, Hilfeleistung, Rehabilitation und Wiedereingliederung, ohne einen der gesundheitlichen noch der sozialen Aspekte zu vernachlässigen“ (Übereinkunft zwischen ICS und Kommunalverwaltung, 1994). Es ist weder als Case Management-Modell entstanden noch in spezialisierter Ausrichtung auf Äl-

tere noch mit dem Ziel der Kostenreduktion, sondern in der Intention, Versorgungsleistungen in den gesundheitlichen und sozialen Problemfeldern zu liefern, die den Einzelnen, seine Familie oder die Gemeinschaft beeinflussen, und zwar in einer interdisziplinären Sichtweise, durch die jeweilige Ressourcen potenziert und Bedürfnisse in integrierter Form analysiert werden. Dennoch umfasst das Modell die Konzepte, typischen Komponenten und Methoden des Case Management: Eine koordinierte medizinische und soziale Versorgung, Befriedigung individueller Bedürfnisse, koordinierte Planung und Umsetzung formeller und informeller Hilfeleistungen, organisatorische Entwicklung der sozialen Dienste auf dem Wege der Kooperation und Koordination, sowie die elementaren Arbeitsschritte: Identifikation, Selektion und Einbeziehung geeigneter Klienten, Einschätzung des Falles, individuelle Hilfeplanung, Begleitung und Evaluation.

## **2. Methodologie**

Die Aufgabenstellung dieser Studie richtet ihr spezifisches Interesse auf die Einbeziehung konkreter praktischer Erfahrungen, die in den Case Management-Zentren gewonnen wurden. Aus diesem Grunde habe ich eine qualitative Methode gewählt, die einerseits eine praxisnahe Evaluation in begleitender Beobachtung und andererseits eine Datengewinnung innerhalb des Kontextes, in dem das Case Management durchgeführt wird, erlaubt. Der Rückgriff auf diese Methode erlaubt, die Teilnahme der professionellen Mitarbeiter an der unmittelbaren Handlung als primäre Informationsquelle hervorzuheben, zusammen mit den von ihnen erstellten Dokumentationen. Auch die Möglichkeit, Beobachtung und Interview während des Einsatzes dieser Techniken eng miteinander zu verknüpfen, ließ mir diese Methode als am besten geeignet erscheinen, um die angestrebten Ergebnisse zu erzielen.

Die verschiedenen Phasen, in die die Untersuchung gegliedert wurden, waren die folgenden:

1. Eine Vorlaufphase zur Sichtung des Untersuchungsfeldes und von Informationsmaterial, das vom Amt für Gesundheit, Ernährung und Soziale Dienste der Stadtverwaltung Sabadell zur Verfügung gestellt wurde.
2. Konzeption der Studie mit Auswahl des Modellprojektes der Zentren der Primärversorgung, der zu befragenden Mitarbeiter und der Anzahl der Fälle, an denen die konkreten Erfahrungen des Modells der sozial-gesundheitlichen Versorgung zu untersuchen sind, sowie Ausarbeitung der Instrumente zur Datenerhebung.

Die Kriterien zur Auswahl der Beispiele waren: Das Zentrum der Primärversorgung (Centro de atención Primaria, CAP) mit der *längsten Erfahrung* in der sozial-gesundheitlichen Koordination, von dem auch die Initiative des Programms ATDOM (Atención a Domicilio, häusliche Versorgung) ausgegangen war und das als Modell zur Beschreibung des Case Management-Prozesses und der Case Management-Struktur ausgewählt wurde; weiterhin ein Zentrum, das besondere *Fortschritte in der Koordination* erzielt hatte sowie ein Zentrum, das sich noch in der *Anfangsphase* befand.

In jedem Zentrum wurden die Sozialarbeiterinnen gebeten, 10 Beispielfälle älterer Menschen auszuwählen im Hinblick auf unterschiedliche Situationen, einfache und komplexe, unter Berücksichtigung des Untersuchungsziels, verschiedene Charakteristika des professionellen und informellen Hilfeprozesses aufzeigen zu können, auf funktioneller Ebene (wie Probleme behandelt werden, wie Hilfsmittel zugeordnet werden, wie Familienangehörige einbezogen werden, wie die Zielerreichung ausgewertet wird ...) ebenso wie auf den Ebenen des Versorgungszentrums und der versorgten Bevölkerung.

3. Feldstudien (Interviews, Datenerhebung und Beobachtung vor Ort): Sieben halbstrukturierte Interviews wurden durchgeführt, transkribiert und systematisch analysiert, sieben weitere Interviews wurden in Stichworten festgehalten; außerdem wurden offene Gespräche mit den Mitarbeitern der untersuchten Zentren geführt.

### **3. Gesetzlicher Rahmen und Zuständigkeiten**

Berücksichtigt man, dass es in Spanien keine einheitliche Sozialpolitik im Hinblick auf soziale Dienste gibt sowie die unterschiedlichen Ebenen der sozialen und gesundheitlichen Zuständigkeiten, die Unterschiede zwischen der Politik der autonomen Länder und der lokalen Politik und die unterschiedlichen historischen, ökonomischen und sozialen Kontexte, so erfordert dies eine Beschreibung des allgemeinen gesetzlichen und marktwirtschaftlichen Rahmens, speziell im Hinblick auf die Politik für Ältere.

#### **3.1 Soziale Dienste**

##### **3.1.1 Staatliche Ebene**

Die **Verfassung von 1978** markiert einen wichtigen Wendepunkt, indem sie nicht nur die Basis für eine auf Ausgleich abzielende Sozialpolitik schuf,

sondern auch die Entwicklung des Sozialwesens förderte und die diesbezügliche Verantwortlichkeit klärte.

Die erste und verpflichtende Regelung ist der Artikel 50:

„Die öffentliche Hand garantiert den Bürgern während des dritten Lebensalters eine hinreichende ökonomische Grundlage mittels angemessener und periodisch angepasster Pensionen. Ebenso, und unabhängig von familiären Verpflichtungen, sollen sie deren Wohlbefinden fördern durch ein System sozialer Dienste, die sich um ihre spezifischen Probleme der Gesundheit, Wohnung, Kultur und Freizeit kümmern.“

Hinsichtlich der konkreten Umsetzung der zitierten Ziele wurden im Bereich der Sozialen Sicherheit aber lediglich die Regelungen über (beitragsabhängige und beitragsunabhängige) Pensionen ausgearbeitet, **nicht aber eine staatliche Gesetzgebung über soziale soziale Dienste.**

Artikel 2 der Verfassung „anerkennt und garantiert die Autonomie der Nationalitäten und der Regionen, die diese integrieren, und die Solidarität unter ihnen allen.“ Damit wird ein neues territoriales System der Machtverteilung begründet und eine Form der Anerkennung der Koexistenz unterschiedlicher Volksgruppen und Regionen in Spanien; ein Staat mit 17 autonomen Regionen, die zu unterschiedlichem Grad exklusive Kompetenzen auf legislativer und exekutiver Ebene haben, was sich in der Gesetzgebung (Artikel 147.1) und der Zuweisung entsprechender Haushaltsmittel niederschlägt. Jede autonome Region hat ein Parlament, eine Regierung und einen Präsidenten, während die Sozialpolitik mit den von der jeweiligen Regierung gewählten Modell variiert.

Ebenso garantiert Artikel 140 die Autonomie der Kommunen und legt bezüglich der sozialen Dienste fest:

Das Gesetz 7/1985 (vom 2. April), „Regelung der Grundlagen der Kommunalverwaltung“, begründet die kommunale Kompetenz der Leistung sozialer Dienste (Artikel 25.2k), wobei dies für die Kommunen mit mindestens 20.000 Einwohnern obligatorisch ist (Art. 26.1c). Diese Kompetenz ist im Rahmen der staatlichen und regional-autonomen Gesetzgebung umzusetzen.

Schließlich bleibt auf staatlicher Ebene das Gesetz vom 31/7/1985 über die gesicherten Mittel im Bereich der sozialen Sicherheit zu nennen, das auf Dienste Bezug nimmt, die allgemein zugänglich und kostenlos zur Gesundheitsüberwachung dienen.

Die fehlende gesetzliche Regelung von Altersfragen bedeutet nicht, dass der Staat angesichts der quantitativen Bedeutung, die die ältere Bevölkerung in Zukunft haben wird, keine entsprechende Politik entwickelt hätte. Soziale Pläne und Programme folgten ununterbrochen aufeinander. Besonders hervorzuheben ist der Gerontologische Plan, der 1992 durch das Institut für soziale Dienste des Sozialministeriums (Instituto de Servicios Sociales del Ministerio de Asuntos Sociales, INSERSO) ausgearbeitet wurde. Eines der in diesem Plan verankerten Ziele ist es, **„die Integration und Koordination der gesundheitlichen Dienste untereinander und mit den sozialen Diensten zu erreichen“** (Ziel 2.4), was in eine Rahmenvereinbarung zwischen den Ministerien für Soziales und für Gesundheit und Ernährung bezüglich der sozial-gesundheitlichen Koordination eingeflossen ist, unterzeichnet am 14. Dezember 1993, in der sie erklären:

„In Anbetracht der sozialen Dimension des Gesundheitswesens und der gesundheitlichen Dimension des Sozialwesens sind die Zusammenarbeit, gemeinsame Verantwortung und interministerielle Koordination in hohem Maße entscheidend, um die im Interesse der Effizienz der Dienstleistungen erforderlichen stimmigen Antworten anbieten zu können.

### **3.1.2 Bereich der regional-autonomen Gesetzgebung**

In Katalonien sieht das Autonomie-Statut von 1979 vor, dass die Regionalregierung unter anderen die soziale Hilfe als exklusive Kompetenz hat (Art. 9). Andere Bereiche wie Gesundheit wurden nachträglich per königliches Dekret delegiert. Ausgehend von diesen Kompetenzen zur Gesetzgebung und -durchführung wurden die Gesetze entwickelt und verkündet, die den regional-autonomen rechtlichen Rahmen darstellen.

Verschiedene Gesetze über soziale Dienste haben das katalanische Modell verkörpert bis hin zum Gesetzesdekret 17/1994 (vom 16. November), das die bis dahin geltenden Gesetzestexte in revidierter Form veröffentlichte und damit den gesetzlichen Rahmen der sozialen Dienste in Katalonien darstellte. Unter seinen Ziele möchten wir hervorheben:

- Entwicklung des katalanischen Systems der sozialen Dienste im Rahmen einer öffentlichen, ressortübergreifenden Verantwortlichkeit und in gemeinsamer, öffentlicher und privater Durchführung;
- Förderung und Garantie des Rechts der Bürger auf ein System sozialer Dienste in öffentlicher Verantwortung auf dem Wege einer Entwicklung und Konsolidierung von wohnortnahen Hilfen und Dienstleistungen;

- Erzielung einer ganzheitlichen Koordination der Dienste und des größtmöglichen sozialen Ertrags der Hilfen, der öffentlichen ebenso wie der privaten.

Artikel 9 differenziert die Strukturierung der sozialen Dienste in:

**Soziale Dienste der Primärversorgung** als unmittelbarer Zugang zum Versorgungssystem und

**Dienste der spezialisierten Versorgung**, gerichtet auf soziale Defizite von Personengruppen oder Einzelpersonen mit spezifischen Hilfebedarfen (Art. 9.3).

In der Sektorisierung des katalanischen Sozialsystems legt Artikel 14.1 die Basisbezirke fest: „die elementare territoriale Einheit, in der soziale Dienste anzubieten sind, ist eine Kommune mit mehr als 20.000 Einwohnern.“

Artikel 15 konkretisiert die Funktion der Basisbezirke im Wesentlichen als:

- a) Programmatistische Ausrichtung der sozialen Dienste zur Primärversorgung, ihrer Versorgungsgebiete und Erreichbarkeit;
- b) Angebot und Durchführung sozialer Dienstleistungen der Primärversorgung mittels einer oder mehrerer multiprofessioneller Teams;
- c) Koordination der kommunalen sozialen Dienste mit den auf gleicher Ebene angebotenen gemeinnützigen oder gewerblichen Diensten, ohne das Prinzip des unbeeinflussten Handelns zu vernachlässigen;
- d) Unterstützung der regional-autonomen Organisations- und Planungseinheit mit Informationen, Evaluationen und statistischen Daten.

Die regional-autonome Gesetzgebung bezüglich der Älteren ist ebenfalls nicht sehr umfangreich. Im Gesetz über soziale Dienste werden Ältere erwähnt, und zwar im Absatz 2 des Artikels 10, in dem die Handlungsfelder beschrieben werden, worunter sich findet „die Versorgung und Förderung des Wohlbefindens im Alter, um die Lebensbedingungen zu normalisieren und zu erleichtern, die zum Erhalt und zur Ergänzung der physischen und psychischen Kompetenzen ebenso wie der sozialen Integration dienen.“

Artikel 11 spezifiziert die Minimalleistungen, die auf jeder Ebene sozialer Dienste zu erbringen sind. Auf der ersten Ebene sind dies **Grundleistun-**

gen der sozialen Primärversorgung, häusliche Versorgung (servicio de atención domiciliaria, SAD), Kurzzeitpflege, Mahlzeitendienste und andere.

Auf der zweiten Ebene finden sich die spezifischen Dienste der Altenhilfe (Art. 11.b.3): Tageszentren, Altenheime und betreute Wohnungen.

Wenn es sich auch nicht um eine gesetzliche Bestimmung handelt, ist dennoch weiterhin der von der katalanischen Regionalregierung ausgearbeitete *Integrierte Plan für die Älteren* (1993) zu nennen, in dem die Sozialpolitik der katalanischen Regierung für diese Bevölkerungsgruppe dargelegt wird.

### 3.1.3. Verteilung der Zuständigkeiten für soziale Dienste für Ältere

Es gibt in der Vereinbarung über Gesetzeskompetenzen keine eindeutige Definition darüber, welche administrative Ebene für die sozialen Dienste für Ältere zuständig ist, wenn auch in den Grundprinzipien einige Aspekte enthalten sind, die uns folgende Schlussfolgerungen erlauben:

- Die sozialen Dienste der Primärversorgung liegen ausschließlich in der Kompetenz auf lokaler Ebene.
- Die lokalen Verwaltungen haben in Form einer kommunalen Lizenz die gesetzlich verankerte Kompetenz zur Kontrolle der sozialen Einrichtungen und Dienste: ihrer Zulassung, Schließung, Veränderung der Kapazität oder der Bezeichnung.

Hinsichtlich der spezialisierten sozialen Dienste gibt es konkurrierende Zuständigkeiten, während die Verwaltungen bereits auf allen Ebenen für das Angebot sozialer Dienste in Form von Tageszentren und stationären Hilfen zuständig sind.

Wir finden also folgendes Modell vor:

---

Ausschließliche Zuständigkeit:	Primärversorgung – Lokale Verwaltung
Gemeinsame öffentliche Verantwortung:	spezialisierte soziale Dienste: regional-autonome Verwaltung – Lokalverwaltung
Gemischte Trägerschaft:	öffentlich: Regional- und Lokalverwaltung privat: soziale Initiativen und gewerbliche Initiativen

---

### 3.1.4. Die Finanzierung der sozialen Dienste

Die Finanzierung der sozialen Dienste erfolgt mittels des „Konzertierten Plans zur Entwicklung der Grundleistungen der sozialen Dienste“, und zwar in der Verwaltungsvereinbarung, die die ökonomische und technische Kooperation der staatlichen und der regional-autonomen Verwaltung mit den Institutionen auf lokaler Ebene regelt, um der Verpflichtung zum Angebot sozialer Dienste nachzukommen. Der Wirtschaftskompromiss des Ministeriums für Arbeit und Soziales bezieht sich auf einen spezifischen Posten im Staatshaushalt. Dieser Anteil wird unter den autonomen Regionen entsprechend der prozentualen Relationen im Interregionalen Ausgleichsfonds verteilt. Die autonomen Regionen verpflichten sich ihrerseits, zur Finanzierung von Projekten einen Anteil in (mindestens) gleicher Höhe beizutragen wie der staatliche Beitrag. Im Hinblick auf die lokale Ebene werden die Beiträge von der jeweiligen autonomen Region festgelegt (Konzertierter Plan 1989).

Artikel 41 des „Gesetzes über soziale Dienste der Regionalregierung Kataloniens“ legt bezüglich der **Finanzierung sozialer Dienste** fest, dass „die lokale Ebene die Kosten für das Angebot sozialer Dienste entsprechend der Zuständigkeiten zu tragen hat, die ihr mit der Gesetzgebung zur Kommunalverwaltung zugewiesen wurden, und entsprechend ihrer verfügbaren Haushaltsmittel.“

Artikel 45.1 des selben Gesetzes ergänzt die Partizipation der Nutzer an der Unterhaltung der Dienste: „Die von der öffentlichen Verwaltung angebotenen sozialen Dienste können Gegenstand einer öffentlichen Preisfestlegung sein zur Gegenfinanzierung ihrer Kosten, sofern die Nutzer bzw. die zu ihrem Unterhalt Verpflichteten dazu ökonomisch in der Lage sind.“ Die Festlegung und Veränderung der öffentlichen Preise wird per Dekret geregelt (Artikel 45.2). Dort wird nicht zwischen Diensten der Primärversorgung und spezialisierten Diensten unterschieden, aber es wird garantiert, „dass Niemand aus Gründen unzureichender oder fehlender ökonomischer Mittel von der Inanspruchnahme der Dienste ausgeschlossen werden kann“ und dass „weder die Qualität der Dienstleistung noch ein Vorrang in der Versorgung vom Tatbestand der Kostenbeteiligung beeinflusst werden dürfen.“

### 3.2 Gesundheitssystem

Auf der Grundlage der Übertragung von Kompetenzen im Bereich der Gesundheit (königliches Dekret 1517/1981) hat die katalanische Regierung durch das Gesetz 12/1983 das „Katalanische Institut für Gesundheit“ (Insti-



tut Catalá de la Salut, ICS) als Durchführungsorgan für die eigenen Dienste und Leistungen sowie für die aus dem Sozialsystem übertragenen Dienste eingerichtet. Von den Zielsetzungen, die die Abteilung für Gesundheit und soziale Sicherheit festgelegt hat, über die Reform der Primärversorgung (Dekret 84/1985) bis hin zur Organisation des Gesundheitssystems im „Gesetz zur Ordnung des Gesundheitssystems in Katalonien“, unterzeichnet am 13. Juni 1990, sind die „Basiseinheiten der Gesundheit“ gleichermaßen für das Angebot der gesundheitlichen Primärversorgung zuständig.

In Artikel 41, Absatz 1 und 2 werden der Charakter und die Funktionen der „Basiseinheiten der Gesundheit“ bestimmt als die elementaren territorialen Einheiten, in denen erste Hilfemaßnahmen geleistet werden und in deren Bereich das Team der Primärversorgung seine Aktivitäten entfaltet (Prävention, Förderung, Therapie und Rehabilitation bezüglich der Gesundheit von Einzelpersonen und Bevölkerungsgruppen im Versorgungsgebiet), und zwar im Rahmen einer als „Zentrum der Primärversorgung“ (Centro de Atención Primaria, CAP) bezeichneten Struktur.

Artikel 41.3 empfiehlt, dass „die Teams der Primärversorgung im Interesse einer besser integrierten Grundversorgung sich mit den vorhandenen sozialen Hilfestrukturen der Lokalverwaltungen koordinieren sollten.“

Der katalanische Gesundheitsdienst sah unter den Herausforderungen der Zukunft auch die Alterung der Bevölkerung und rief das Teilprogramm der Versorgung chronischer Krankheiten (Verordnung 7.9.83) und das **Programm „Lebenserfüllte Jahre“** (Vida a los Años) zur sozial-gesundheitlichen Versorgung von älteren hilfebedürftigen Personen, chronisch Kranken oder Sterbenden (Verordnung vom 29. Mai 1986). Das Programm ist integriert in das System der sozialen Dienste der Abteilung für soziale Wohlfahrt und ist ein **erster Schritt in Richtung auf eine systematisierte und geordnete Versorgung von älteren Menschen mit Krankheiten von langer Dauer.**

Die wesentlichen Argumente für dieses Programm beruhen auf der Anerkennung der Tatsache, dass angesichts der höheren Lebenserwartung der katalanischen Bevölkerung große Defizite in den Dienstleistungen für ältere Menschen deutlich geworden sind sowie die Unfähigkeit, die erforderlichen sozialen und gesundheitlichen Dienstleistungen auf einmal zu erbringen. Auf der einen Seite werden die Dienste für Ältere in verschiedenen Einrichtungen erbracht: in Krankenhäusern, Spezialkliniken, Asylen, geriatrischen Pflegestationen etc., Einrichtungen, die keine umfassende und integrierte Versorgung unter Einbeziehung von gesundheitlichen, sozialen und familiären Aspekten der älteren Hilfebedürftigen erlauben. Auf der anderen Seite

betrachtete die bisher geltende gesetzliche Regelung die gesundheitlichen und sozialen Aspekte separat und als voneinander unabhängig. Alle diese Gründe erforderten ein „neues Konzept und eine neue Praxis mit dem Ziel der Verbesserung der Lebensqualität der Personen, die aus Alters- oder Krankheitsgründen eine integrierte Hilfe benötigen.“

**„Lebenserfüllte Jahre“ führt das Konzept der sozial-gesundheitlichen Hilfe ein**, verstanden als gemeinsame Erbringung sozialer und gesundheitlicher Dienstleistungen.

Unter den Zielen des Programms finden sich:

- Eine umfassende und integrierte Versorgung zu leisten, die gesundheitliche, soziale und familiäre Aspekte umfasst;
- die gesundheitlichen und sozialen Hilfsmittel zu rationalisieren und zu optimieren;
- alternative Möglichkeiten zur Heimübersiedlung auszuschöpfen;
- stationäre sozial-gesundheitliche Zentren aufzubauen für die Personen, die nicht mehr selbstständig sind und die kontinuierliche pflegerische Hilfe benötigen.

Dieses Programm, das in regional-autonomer Kompetenz und gemischter Trägerschaft liegt, besteht aus folgenden Diensten:

- sozial-gesundheitliche Hilfe-Zentren
- interdisziplinäre, funktionale sozial-gesundheitliche Diagnose-Einheiten (Unidades funcionales interdisciplinarias socio-sanitarias de diagnóstico; UFISS)
- Tageskliniken
- Programme der häuslichen Hilfe/ Unterstützungs-Team (Programas de atención domiciliaria. Equipo de soporte; PADES).
- 

Die Finanzierung dieses Programms läuft über das katalanische Institut für Gesundheit (Instituto Catalán de la Salud, ICS) und das katalanische Institut für Unterstützung und soziale Dienste (Instituto Catalán de Asistencia y Servicios Sociales, ICASS).

Der größte Teil der Nutzer der sozial-gesundheitlichen Versorgung sind Ältere ab 65 Jahren, viele davon mit niedriger oder sehr niedriger Rente und in vielen Fällen von weiteren sozialen oder kulturellen Beeinträchtigungen betroffen. Aus diesem Grunde „muss die Verwaltung intervenieren, um auf die Bedarfe der am meisten bedürftigen Bevölkerungsgruppen adäquat zu reagieren.“

Ebenso etabliert die Verwaltung ein partizipatives Finanzierungssystem für die Situationen, in denen ein Unterstützungsbedarf für die Wohnung besteht mit dem Ziel, Verantwortlichkeit und Solidarität in Familie und Nachbarschaft zu fördern.

In jedem Fall „unterstützt dieses System die Unentgeltlichkeit der Gesundheitshilfe für die Klienten der sozialen Sicherheit“ (Vida a los Años 1988).<sup>2</sup>

Zusammengefasst erkennt die Verfassung einige individuelle Rechte an, die der spanische Sozialstaat allen Bürgern zu garantieren verpflichtet ist, darunter auch das Grundrecht auf gesundheitliche Versorgung sowie das Recht auf einige soziale Dienstleistungen, die allerdings nicht für alle garantiert werden und sich noch im Stadium der Entwicklung befinden.

#### **4. Die Stadt Sabadell. Der Kontext des sozial-gesundheitlichen Modells**

Die Industriestadt Sabadell (Textil- und Metallverarbeitungsindustrie) hat 185.525 Einwohner (1998) und liegt 20 Kilometer von Barcelona entfernt im Bezirk Vallés Occidental. Sie hatte zwischen 1950 und 1970 ein starkes Bevölkerungswachstum zu verzeichnen (1950 lag die Einwohnerzahl bei nur 59.000). Diese bemerkenswerte Zunahme der Bevölkerung führte zu einer Urbanisierung einer Reihe von Randbezirken, die um den kernstädtischen Bereich herum gelegen sind. Es ist zu berücksichtigen, dass das enorme Bevölkerungswachstum auf die Zuwanderung aus anderen Regionen Spaniens zurückzuführen ist, die meisten kamen aus Andalusien. Sie brachten ihre Gewohnheiten, Werte und Vorstellungen über die Familie mit, die bis heute fort dauern. In einigen dieser Viertel finden wir viele Bewohner, die aus dem gleichen Dorf stammen; dies bestätigt die Feststellung von Segalen (1990), dass „die heutigen Städte aus zusammengefassten Dörfern bestehen, mit hoher Dichte der Verwandtschaftsbeziehungen.“

Sabadell hat eine enorme Verstädterung erfahren, Folge der Neuordnung und der Verbesserung der Städtelandschaft. Die Kommune ist verwaltungstechnisch und territorial in 7 Distrikte und 13 Sektoren aufgeteilt, die die verschiedenen Stadtviertel zusammenfassen.

Die aktuellsten verfügbaren Daten der Stadtverwaltung (vom 1. Juli 1998, Tabelle 1) zeigen, dass Sabadell von der Altersstruktur her eine relativ „jun-

<sup>2</sup> Das Programm „Vida a los Años“ ist von der O.M.S. anerkannt als ein gerechtes System von Hilfen und Diensten. Boada, M., „Dinámica de los recursos sociosanitarios para los pacientes con demencia, in: Revista de Gerontología, núm. monográfico, 1995, Seite 45

ge“ Bevölkerung hat, in der die Einflüsse der Zuwanderung und der hohen Geburtsraten in den Jahren vor 1980 zu einem bedeutenden Anteil (24%) von Bewohnern im Alter zwischen 15 und 29 Jahren geführt haben, was eine der großen Herausforderungen ausmacht, mit denen sich die Stadt konfrontiert sieht: die Integration dieser Jugendlichen in den Arbeitsmarkt. Ein anderes Ergebnis der Analyse der Altersstruktur ist die fortschreitende Alterung der Bevölkerung, die sich dem Zuwachs der Lebenserwartung ebenso verdankt wie dem Geburtenrückgang.

#### **4.1 Die Senioren in Sabadell**

##### **4.1.1 Alterung der Bevölkerung: Aktuelle Situation und Zukunftsprognose**

Unter der Bevölkerung von 185.525 Einwohnern machen die Älteren ab 65 Jahren mit 29.915 Personen einen Anteil von 16,1 % aus. Ein weiterer zu berücksichtigender Indikator ist die Anzahl der Personen ab 80 Jahren: dies sind 6.504 (3,5%).

**Tabelle 1: Alters- und Geschlechtsstruktur der Bevölkerung  
(1. 7. 1998)**

Anzahl					Prozent				
	Männer	Frauen	Gesamt	Gesamt: Akumuliert		Män- ner	Frauen	Ge- samt	Gesamt: Akumuliert
Alter					Alter				
0-4	-4,255	3,982	8,237	8,237	0-4	4.72	4.18	4.44	4.44
05-09	-4,542	4,307	8,849	17,086	5-9	5.03	4.52	4.77	9.21
10-14	-5,116	4,786	9,902	26,988	10-14	5.67	5.02	5.34	14.55
15-19	-6,369	6,194	12,563	39,551	15-19	7.06	6.50	6.77	21.32
20-24	-8,328	8,244	16,572	56,123	20-24	9.23	8.65	8.93	30.25
25-29	-7,947	7,566	15,513	71,636	25-29	8.81	7.94	8.36	38.61
30-34	-7,491	7,613	15,104	86,740	30-34	8.30	7.99	8.14	46.75
35-39	-7,063	7,051	14,114	100,854	35-39	7.83	7.40	7.61	54.36
40-44	-6,270	6,190	12,460	113,314	40-44	6.95	6.50	6.72	61.08
45-49	-5,648	6,027	11,675	124,989	45-49	6.26	6.32	6.29	67.37
50-54	-5,849	5,952	11,801	136,790	50-54	6.48	6.25	6.36	73.73
55-59	-4,347	4,483	8,830	145,620	55-59	4.82	4.70	4.76	78.49
60-64	-4,735	5,255	9,990	155,610	60-64	5.25	5.51	5.38	83.88
65-69	-4,260	5,191	9,451	165,061	65-69	4.72	5.45	5.09	88.97
70-74	-3,539	4,526	8,065	173,126	70-74	3.92	4.75	4.35	93.32
75-79	-2,382	3,513	5,895	179,021	75-79	2.64	3.69	3.18	96.49
80-84	-1,247	2,318	3,565	182,526	80-84	1.38	2.43	1.92	98.42
85-89	-613	1,423	2,036	184,622	85-89	0.68	1.49	1.10	99.51
90-94	-189	563	752	185,374	90-94	0.21	0.59	0.41	99.92
95-99	-32	110	142	185,516	95-99	0.04	0.12	0.08	100.00
100 und älter	-3	6	9	185,525	100 und älter	0.00	0.01	0.00	100.00
TO- TAL	90,225	95,300	185,525	185,525	TO- TAL	100	100	100	100

Wenn wir die Bevölkerungsanteile der Unter-15-Jährigen und der 65-Jährigen und Älteren in den Jahren 1991, 1995 und 1998 vergleichen, sehen wir eine gegenläufige Entwicklung beider Altersgruppen:

Den Zukunftsprognosen zu Folge, die das Statistikamt der Stadt Sabadell 1994 erstellt hat, ist bis zum Jahr 2000 mit einer Fortsetzung des derzeitigen Tempos der Alterung zu rechnen. Zwischen 2000 und 2010 wird dieses Wachstum abgebremst, aber die Gruppe der 75-Jährigen und Älteren wird weiter zunehmen, die die Überalterung der Bevölkerung besonders ver-

stärkt und potenziell eine stärkere Nachfrage nach Hilfsdiensten und eine größere Komplexität des Hilfebedarfs mit sich bringt. Danach, zwischen 2012 und 2020, steigt die Alterung aufs Neue an, und zwischen 2021 und 2041 wird es einen explosiven Zuwachs geben, da dann die geburtenstarken Jahrgänge zwischen 1957 und 1977 die Altersgrenze erreichen werden (Erforderliche Maßnahmen 1997).

#### **4.1.2. Sozioökonomische Aspekte**

Die Kenntnis der sozialen, kulturellen, ökonomischen und wohnungsbezogenen und weiteren Aspekte der Älteren ist grundlegend für eine integrierte Herangehensweise an ihre Bedürfnisse und insbesondere für die Planung der auf sie abgestimmten Dienste; und wenn auch die Daten nicht alle auf das gleiche Jahr bezogen sind, scheinen sie uns doch wichtig zu sein, um die Realität zu beschreiben, die sich in den später betrachteten Einzelfällen widerspiegelt.

So lassen sich den „Problemdiagnosen und sozialen Erfordernissen in Sabadell“, die 1996 veröffentlicht wurden, aufschlussreiche Daten entnehmen wie:

Geburtsort: In bestimmten Sektoren sind unter den Erwachsenen diejenigen in der Mehrzahl, die außerhalb Kataloniens geboren wurden: in La Serra, in der Südstadt, in der Nordstadt und in Ca n’Oriach, wo die Zuwanderer rund 45 % der Bevölkerung ausmachen.

Das Bildungsniveau: Unter den Älteren ab 65 Jahren herrschen niedrige Bildungsniveaus vor, besonders unter den Frauen (d.h. ohne Grundschulabschluss bzw. ohne Lese- und Schreibfähigkeit sind dort 49 % der Männer und 60 % der Frauen). Das niedrigste Bildungsniveau findet sich in Can Puigjaner und La Serra.

Die hohe Arbeitslosigkeit der weiblichen Bevölkerung (also einer theoretisch als Pflegepotential in Betracht kommenden Gruppe), speziell in der Südstadt, in La Serra, Can Rull, in der Nordstadt und Can Puigjaner.

Spezifische Charakteristika der Zielgruppe: Hier stellen wir fest: 70 % der Älteren sind 75 Jahre und älter, davon 34,5 % allein lebend; und die häufigsten Probleme sind hier die Schwierigkeiten bei der Selbstversorgung, wegen des Verlustes an Selbstständigkeit ebenso wie wegen Demenzerkrankung.

Den sozio-demografischen Informationen der Stadt Sabadell von 1997 entnehmen wir die ökonomische Situation der Älteren ab 65 Jahren. Davon beziehen 52 % eine Rente, die unter dem Mindestlohn liegt (66.630 ptas.<sup>3</sup> in 1997).

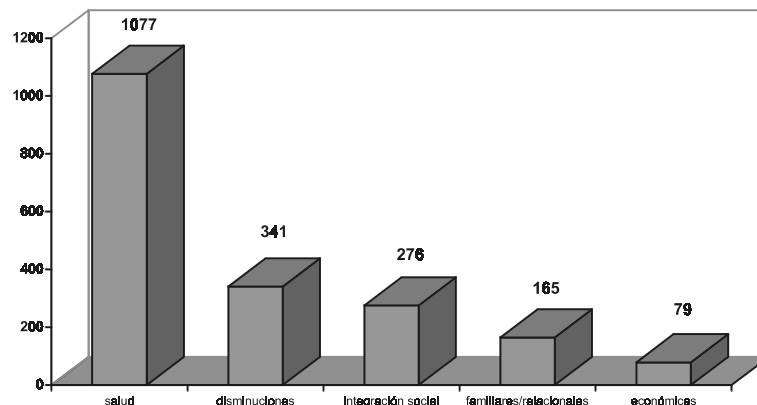
Verteilung der Älteren in der Stadt: Die größten Anteile älterer Einwohner finden sich grundsätzlich im Stadtkern, dem ältesten Teil, wo auch der Indikator der Überalterung am höchsten ist. Was diesen Index der Überalterung betrifft, so finden wir die höchsten Ausprägungen im Zentrum sowie in Creu Alta und Gracia (ebenfalls zentrumsnah) sowie im Bezirk La Serra als Randbezirk (Erforderliche Maßnahmen 1997).

#### 4.1.3. Problemlagen der Älteren

In 1995 wurden von den Sozialdiensten der Grundversorgung 984 Klienten ab 65 Jahren versorgt, in 1997 waren es 1.250 Personen. Die Fälle im ersten Halbjahr 1999 waren schon auf 1.990 gestiegen.

Hinsichtlich dieser aktuellen Fälle von Januar bis Juni 1999 (Grafik 1) lässt sich belegen, dass Gesundheitsprobleme im Vordergrund standen, gefolgt von Einschränkungen alltäglicher Aktivitäten (actividades de vida diaria, AVD), der wirtschaftlichen Möglichkeiten, der Wohnung, der Familie/ Verwandtschaft und der sozialen Integration.

**Grafik 1: Aktuelle Fälle von Januar bis Juni 1999**



Quelle: Departamento de Sanidad, consumo y Servicios Sociales. Ayuntamiento de Sabadell 1999.

<sup>3</sup> Anm. d. Übers.: rd. 400 Euro

Ältere Personen in Einrichtungen: Nach der aktuellen Statistik (Stand August 1999; noch unveröffentlicht) leben 753 Personen in Einrichtungen, die aber nicht alle aus dem Ort selbst kommen. Die Gesamtzahl der Plätze in der Stadt beträgt 836, davon sind 290 in öffentlicher (190 sozial-gesundheitlich) und 596 in privater Trägerschaft.

## **5. Das sozial-gesundheitliche Modell in Sabadell**

Mit der Etablierung der demokratischen Kommunalverwaltung im Jahr 1979 tritt Sabadell in einen bedeutenden Entwicklungsprozess ein, der mit der Verbesserung der Stadtviertel und dem politischen Willen zum Ausgleich von Benachteiligungen und zur Bereitstellung einer integrierten Versorgung beginnt. Zur gleichen Zeit, und in Erwägung der Tatsache, dass soziale Aspekte mit der Chronifizierung von Krankheiten und der entsprechend erforderlichen Behandlung eng verknüpft sind, entwickelt die Verwaltung ein Modell der sozial-gesundheitlichen Versorgung, das durch die sozial-gesundheitlichen Dienste in der Emilia Romagna inspiriert und in Spanien bisher einmalig ist.

Am 1. September 1984 wurde eine Vereinbarung zwischen dem Katalanischen Gesundheitsinstitut (ICS) und der Stadtverwaltung Sabadell geschlossen mit dem grundlegenden Vorschlag, alle gesundheitlichen und sozialen Funktionen mit den folgenden Maßnahmen stimmig in ein einheitliches System zu integrieren:

- Die Basiseinheiten der gesundheitlichen Versorgung in Übereinstimmung mit den kommunalen Bezirken festzulegen;
- die Versorgung in den gesundheitlichen Basiseinheiten zu erweitern, indem kommunale Dienste der sozialen Grundversorgung integriert wurden.

### **Die grundlegenden Ziele dieser Integration sind:**

Eine gemeinsame und koordinierte Arbeit der Teams der Grundversorgung mit dem Ziel, bestehende Hilfenetze und Ressourcen zu optimieren.

Ein hohes Niveau der Integration und Koordination zwischen den professionellen Mitarbeitern zu erreichen, unabhängig von ihrer vertraglichen Einbindung.

Die spezifischen Ziele lassen sich zusammenfassen in dem Grundsatz, „dem Einzelnen und der Gesellschaft eine Versorgung zur Verfügung zu



stellen, die integriert, personenbezogen, kontinuierlich und dynamisch ist.“ Das Modell versucht also, eine integrierte gesundheitlich-soziale Primärversorgung zu leisten, die auf der Arbeit eines interdisziplinären Teams aufbaut, mit einer Zugangsmöglichkeit zum System, die individuell bedarfsgerecht handelt und die aktive Partizipation der Nutzer programmatisch vorsieht. (Die gesundheitlich-soziale Primärversorgung, 1985)

### **5.1 Organisation der gesundheitlich-sozialen Teams**

Das Zentrum der Primärversorgung (Centro de Atención Primaria, CAP) ist die „einzige Eingangstür“, um die gesundheitlich-soziale Primärversorgung nutzen zu können, wenn auch häufig mit zwei Empfangsfenstern. Sabadell verfügt über 11 CAP, die Teil des Netzes der Zentren zur Primärversorgung des katalanischen Gesundheitsinstitutes sind, ausgestattet mit adäquater Personalbesetzung (16 Teams), um die üblichen Aktivitäten abzudecken. In diese wurden, entsprechend der getroffenen Vereinbarung, nach und nach die kommunalen Dienste der sozialen Grundversorgung integriert, die die für ihr Funktionieren erforderlichen Personal- und Sachausstattungen mitbrachten. Die Teams rechnen ihrerseits mit der Unterstützung durch diese Dienste.

Als Teil der Kooperationsvereinbarung zwischen den beiden Verwaltungsebenen werden zurzeit die Räumlichkeiten der ältesten CAP durch neue, im Erdgeschoss gelegene ersetzt, die von der Kommune bereitgestellt werden, um die Primärversorgung zu verbessern.

Diese Veränderungen, die in Übereinstimmung je nach den momentan existierenden Spielräumen umgesetzt werden, markieren einen Punkt des Entwicklungsfortschritts in der Konsolidierung des gesundheitlich-sozialen Modells, erweitern aber die Unterschiede der einzelnen CAP untereinander.

#### Gesundheitlich-soziales Team

Jedes Team besteht aus den folgenden Fachkräften:

- Sozialarbeiter
- Sozialpädagogen
- Allgemeinmediziner
- Kinderärzte
- Krankenpfleger/innen
- Leitungskräfte
- Verwaltungskräfte.

## **5.2 Ökonomische Ressourcen**

Die ökonomischen Ressourcen des Amtes für Gesundheit, Ernährung und Soziale Dienste kommen von den Haushaltsansätzen der Kommune für diesen Bereich, verschiedenen Zuwendungen (am bedeutendsten die der autonomen Regionalregierung), Einkünften durch öffentliche Dienstleistungen und schließlich durch Zuwendungen aus dem Europäischen Sozialfonds.

## **5.3 Die Programme für Ältere innerhalb des gesundheitlich-sozialen Modells von Sabadell**

Die Aktivitäten und Programme für Ältere drehen sich um die gleichen Ziele der Unterstützung, die die gesundheitlich-soziale Versorgung der Gesamtbevölkerung inspiriert haben. Von dem Netz der sozialen Dienste zur Primärversorgung, die in das Netz der Gesundheitsdienste integriert sind, was zu einer besseren Koordination zwischen beiden Handlungsfeldern beiträgt, profitieren vor allem die Älteren, da ihre Gesundheit häufig eingeschränkt und damit eine der wichtigsten Gründe für deren Inanspruchnahme ist. Die Entwicklung der Dienste für Ältere erfolgte parallel zur Dynamik der Sozialpolitik der Stadtverwaltung Sabadell, die sich auch immer leiten lässt von der Bevölkerungsentwicklung, den familiären und sozialen Strukturen sowie der geltenden Gesetzgebung.

In der Periode von 1979 bis 1984 bildet sich eine Vorform der späteren sozialen Dienste heraus, indem bereits Dienste der häuslichen Hilfe aufgebaut werden. Im Jahr 1985 wird der Plan der Versorgung im Alter ausgearbeitet, „der der Stadt eine neue Konzeption der Dienste auf Basis der Versorgung in der eigenen Umgebung und unter den gewohnten Lebensbedingungen der einzelnen Person bringt, die in der integrierten Form und der rechtlichen Regelung die früheren fürsorgerischen, paternalistischen und separaten Formen überwindet.

In 1994 wird „angesichts des demografischen Wandels, der Veränderungen familiärer und sozialer Strukturen in der Stadt Sabadell und in der Gesellschaft insgesamt das Handeln im Bereich des Alters einer Revision unterzogen, und dazu wird ein städtisches Programm für das Alter geschaffen, als gut handhabbares ‚Werkzeug‘ zur Planung einer umfassenden Politik des sozialen Wohlergehens, das vor allem die Versorgung der Älteren fördert.

Aus diesem Programm heben wir hervor:

- Die Inangriffnahme einer Altenhilfepolitik in einer integrierten Form,
- den Willen, die Effektivität aller Mittel zu verbessern, die für Ältere zur Verfügung stehen, indem der Verwaltung die Mechanismen und Instrumente in die Hand gegeben werden, alle öffentlichen und privaten Hilfsmittel in der Stadt zu koordinieren und
- die Förderung und Institutionalisierung der Wege der Partizipation der Nutzer an allen Entscheidungen, die sie betreffen.

Dieses Programm ist auf die Gesamtheit der Belange der älteren Bevölkerung gerichtet, indem es alle sie betreffenden Aspekte zusammenfasst: Unterstützung, Kultur und Freizeit, Wohnen etc. Besondere Aufmerksamkeit widmet man der Versorgung in den Situationen älterer Menschen, in denen wegen fehlender Selbstständigkeit, Gesundheit oder finanziellen Mitteln spezifische gesundheitlich-soziale Dienste erforderlich sind – unter der Voraussetzung steigender Nachfrage in diesem Bereich als Folge der Überalterung der Bevölkerung.

Mit dem Ziel, auf diese Weise die sozialen ebenso wie die gesundheitlichen Hilfsmöglichkeiten für Ältere zu koordinieren, seien sie öffentlich oder privat, „schlägt man vor, ein **Technisches Organ der Koordination der sozialen und gesundheitlichen Hilfe** einzurichten mit dem Ziel der Bedarfs- und Angebotsplanung der Dienste, der Planung ihrer funktionalen Integration und der Fluktuation von Ein- und Austritt der Nutzer in die verschiedenen Hilfesysteme.“

Außerdem wird die Gründung eines **städtischen Seniorenrates** vorgeschlagen als Organ der Partizipation und Heranziehung dieser Gruppe zu den Aktivitäten, die seitens der Verwaltung und seitens anderer Akteure durchgeführt werden und die Senioren betreffen. Dieser Vorschlag nahm im März 1997 Form an und wurde erweitert in der Verfassung eines **sozialen Wohlfahrts-Rates**, an dem alle Einheiten und Institutionen der Wohlfahrt in der Stadt beteiligt sind und der sich auf drei Ebenen strukturiert: die Planungsgruppe, die ständige Kommission und die Arbeitsgruppen, unter ihnen die für das Alter, die Vorschläge umsetzen, die die Verwaltung sammelt. Außerdem ist es ein Organ der Koordination.

Ein anderer Vorschlag dieses Programms ist die Verbesserung der Informationskanäle für Ältere, wofür man einen **Dienste-Führer** herausgibt, der sich an alle Älteren ab 65 Jahren richtet und in dem sich die verschiedenen Dienste mit ihren Zielen vorstellen und Informationen geben, wie sie erreichbar sind. Die Dienste, die sich anbieten, sind breit gestreut und reichen von der Erstversorgung über Seniorenkurse bis zu den Seniorenclubs.

Seit dem Programm von 1994, das auf einer Analyse der Situation der Älteren in Sabadell aufbaute, sind verschiedene Untersuchungen über die Bedürfnisse und Probleme der Gesamtbevölkerung und insbesondere der älteren Bevölkerung durchgeführt worden, die, von Mal zu Mal mehr, demografische Aspekte und sozio-kulturelle Determinanten erhellt haben, geeignet, um Aspekte der Hilfe und Pflege zu konkretisieren, und sehr wertvoll zum Verständnis des Lebenskontextes der Nutzer.

In Fortführung dieser begonnenen Linie der Prognose der Lebensumstände älterer Menschen ebenso wie des Willens, die Hilferessourcen an die Bedürfnisse anzupassen und dabei zu berücksichtigen, dass „die fiskalische und ideologische Orientierung des Wohlfahrtsstaates“ grundsätzlich auf eine „Sozialpolitik für Ältere ausgerichtet ist, die einen möglichst langen Verbleib in der Wohnung mit möglichst guter Lebensqualität ermöglicht“, wurde 1997 eine Untersuchung über „Handlungserfordernisse im sozial-gesundheitlichen Bereich zur Unterstützung der Älteren“ durchgeführt, die ausgerichtet ist auf „die Lebensbedingungen und Bedürfnisse älterer Menschen und ihr Verhältnis zu den verfügbaren Hilfsressourcen, die eine grundlegende Voraussetzung für den Verbleib in der Wohnung bei guter Lebensqualität sein können.“

Diese Untersuchung stellt den ersten Teil eines Projektes dar, das darauf abzielt,

- die sozialen und gesundheitlichen Dienste in öffentlicher Trägerschaft zu restrukturieren und optimieren, indem ein besonderes Augenmerk auf die Versorgung der Person und auf die Struktur ihrer Angehörigen gerichtet wurde; dabei sind die Bedürfnisse an beiden Elementen zu berücksichtigen und geeignete Unterstützungsstrukturen zuzuschneiden, mehr aus einer präventiven Sicht (unter Verstärkung der Selbsthilferessourcen, so lange sie noch existieren) als einer Intervention in Momenten der Krise“
- den Ausbau und die Erweiterung des Angebotes an Diensten für Ältere und ihre Angehörigen zu fördern unter Einbeziehung öffentlicher, privater und ehrenamtlicher Dienste.

Zu den abschließenden Empfehlungen dieser Untersuchung gehört, neue Berufe im Feld personenbezogener Dienstleistungen für Ältere zu schaffen (Pilot-Aktionsprogramm, 1998).

Parallel zu dieser Studie, und als Frucht politischer Richtungsgebung und der Wahrnehmung der evidenten sozialen Veränderungen, haben wir auf das Auftreten von drei Aktivitäten hinzuweisen:

- Programm der häuslichen Versorgung mit sozialen Diensten
- Pilot-Aktionsprogramm der häuslichen Versorgung, gesteuert über einen „Dienstleistungs-Scheck“
- Programm ATDOM (ayuda a domicilio sociosanitario, ambulante sozial-gesundheitliche Hilfe).

## 5.4 Die häusliche Versorgung

### 5.4.1 Programm der häuslichen Versorgung (PAD)

Während des Jahres 1998 wird das **Programm der häuslichen Versorgung (PAD)** aufgelegt, das erläutert wird als „organisierte und koordinierte Gesamtheit der Maßnahmen und Hilfsmittel, die in der Wohnung des Nutzers eingesetzt werden können mit dem Ziel, personenbezogene Unterstützung, Versorgung und Hilfe zu leisten für die Personen und/oder Familien in der Situation des Verlustes der Selbstständigkeit, der Entwicklungsstörungen oder bei spezifischen Familienproblemen; der Nutzer soll so lange wie möglich und unter den bestmöglichen Lebensbedingungen in seiner gewohnten Umgebung bleiben können.“

Die Dienste, die bei diesem Programm mitwirken, sind:

- Haushaltshilfe (servicio de ayuda a domicilio, SAD), von einer Familienpflegerin durchgeführt, die die Grundbedürfnisse des Nutzers abdeckt
- Notruf-Service (servicio de alarma telefónica, SAT), um zu gewährleisten, dass der Nutzer oder die Familie in Notfall-Situationen Hilfe erhalten können, und zwar täglich rund um die Uhr besetzt
- Reinigungshilfe, die einen Reinigungsdienst für die Wohnung durch eine Haushaltshilfe bereitstellt, wenn der Nutzer oder seine Familie dies nicht mehr übernehmen können
- Wäschendienst, der das Waschen der Kleidung des Nutzers durch einen Reinigungsdienst in der Stadt organisiert
- ein mobiler Mahlzeitendienst liefert den Personen, die weder kochen noch ein Restaurant aufsuchen können, eine tägliche Mahlzeit, ausgewogen und gut zubereitet, um den längeren Verbleib zu Hause zu ermöglichen
- technische Hilfsmittel, die den Komfort und die Lebensqualität anheben (Lifter, Pflegebetten etc.) und auch den Familienhelferinnen die Arbeit erleichtern
- Reparaturdienst zur Durchführung kleinerer Reparaturen in der Wohnung oder kleinerer Anpassungsmaßnahmen (Installation von Warmwasser-Automaten, Malerarbeiten, Einbau einer Dusche etc.).

Außerdem komplementäre Dienste:

- Einkäufe von alltäglichen Dingen wie Reinigungsmitteln, Kleidung, kleineren Haushaltsgeräten etc., auch um den professionellen Mitarbeitern die häusliche Versorgung zu erleichtern
- finanzielle Unterstützung: Beantragung finanzieller Hilfen für die Nutzer, die von einem Dienst betreut werden, aber keinen Hilfen unmittelbar aus dem Programm erhalten
- Freiwilligenhilfe: Zum Zeitpunkt der Planung einer Maßnahme in einer Wohnung geht es für Personen, die keine (familiären oder nachbarschaftlichen) Unterstützungsnetze in ihrer Umgebung haben, darum, auch die Mitarbeit von Freiwilligen zu aktivieren; auch wenn die Maßnahme für einen Nutzer durchgeführt wird, der durch die Mitarbeit von Angehörigen und Nachbarn unterstützt wird, ist es erforderlich, dass diese Hilfe durch die sozialen Dienste verstärkt wird.

#### **5.4.2. Service-Scheck**

Innerhalb dieses Programms der häuslichen Versorgung wurde im August 1998 ein Pilot-Programm in Gang gesetzt: Die Bereitstellung der häuslichen Versorgung für Ältere mit dringlichem und vorübergehendem Hilfebedarf innerhalb des Projektes NIOVALLES, das vom Gemeinderat geleitet und im Rahmen der Vereinbarung des Artikels 10 des Programms FEDER der Europäischen Union unterstützt und teilweise finanziert wird.

Dieses Pilot-Programm wird bestimmt durch:

Das Interesse der Stadtverwaltung an der Entwicklung der Versorgung der Älteren in ihrer Wohnung im Wettbewerb aller Verantwortlichen im Gesundheitsbereich ebenso wie im Sozialbereich, sei es aus öffentlicher, privater oder freiwilliger Initiative.

Die Feststellung einer geringen Bedarfsdeckung durch Dienste im häuslichen Bereich und die Vereinbarung, potenziellen Nutzern, insbesondere aus mittleren und unteren ökonomischen Verhältnissen, eine Information über die verfügbaren Dienste zu geben, Dienste aus der näheren Umgebung zu vermitteln und deren Inanspruchnahme durch reduzierte Preise zu fördern.

Die Intention unter dem Beschäftigungsaspekt liegt darin, die Konsolidierung der Unternehmen in der Stadt zu stärken, für deren Qualität Sorge zu tragen, deren Bekantheit unter den Älteren zu fördern und darauf hinzuwirken.

ken, dass professionelle Dienste gegenüber den Schwarzmarkt-Angeboten stärker genutzt werden.

Die Dienstleistung wird in Form eines **Service-Schecks** gesteuert, der eine Form der Kofinanzierung (Nutzer – Verwaltung – Unternehmen) darstellt. Die aktuellen Leistungen in diesem Pilot-Projekt, die in Zukunft ausgeweitet werden können, sind die häusliche Versorgung und der Telefon-Notrufdienst. Die Zielgruppe sind Personen ab 65 Jahren, die die grundlegenden Bedarfskriterien (dringlich und vorübergehend) erfüllen. Es richtet sich grundsätzlich an Personen mit der Möglichkeit, den Dienst bezahlen zu können (55 % des Marktpreises), obwohl ein Teil des vorgesehenen Angebotes für Personen mit geringeren Mitteln reserviert wird, die aber den gleichen Bedarf haben.

Die Anspruchskriterien des Service-Schecks können je nach der Höhe der Rente des Nutzers variieren und danach, ob sie allein oder mit Partner lebt. Für die häusliche Versorgung wird ein Maximum von 30 Schecks gewährt, dies entspricht 30 Leistungsstunden, telefonisch abrufbar montags bis samstags von 8 Uhr morgens bis 20 Uhr abends, mit einer zeitlichen Höchstdauer von 5 Monaten.

Um diese Dienstleistung bekannt zu machen, wurde ein Informationsblatt herausgegeben, das in allen Zentren der Primärversorgung, in Apotheken, Seniorenclubs, städtischen Einrichtungen usw. verteilt wurde.

#### **5.4.3. Programm ATDOM**

Das Programm ATDOM ist aus einer Initiative des Gesundheitspersonals des Zentrums der Primärversorgung in Torre Romeu (Sektor La Serra) hervor gegangen, die in Kenntnis der Gesundheitsprobleme (Alterung der Bevölkerung und Zunahme chronischer Krankheiten und Behinderungen) und des eigenen Gesundheitssystems (Notwendigkeit, Alternativen zur Krankenhausbehandlung in Betracht zu ziehen) die Notwendigkeit sahen, „ein Instrument zu entwickeln, mit dessen Hilfe das Team der gesundheitlichen Primärversorgung (EAP) die häusliche Versorgung entsprechend der vorher festgesetzten Ziele und Standards umsetzen kann, was eine Auswertung der Struktur, des Prozesses und der erzielten Ergebnisse erlaubt“ (ATDOM, 1998).

Diese häusliche Versorgung muss in einer integrierten Form in enger Zusammenarbeit eines multidisziplinären Teams geleistet werden, entsprechend den Regelungen des Artikels 42.2 des Gesetzes der gesundheitlichen Ord-

nung in Katalonien (LOSC): „Im Bereich jeder gesundheitlichen Basiseinheit müssen sich alle gesundheitlichen und sozial-gesundheitlichen Dienste der Primärversorgung in öffentlicher oder privater Trägerschaft koordinieren zu dem Zweck, eine Einheitlichkeit der Ziele und eine maximale Ausnutzung der Hilfemöglichkeiten zu erreichen.“

Da die häusliche Versorgung eine der Aufgaben ist, die den Teams der gesundheitlichen Primärversorgung zugeordnet sind (vgl. Reform der Primärversorgung in Katalonien, 1992), rührt ATDOM auch von der Feststellung des gestiegenen Bedarfs seitens der Bevölkerung her, von den bestehenden Hilferessourcen und dem Fehlen von Planung und Dokumentation der erforderlichen Aufgaben bis hin zur Nicht-Existenz einer Programmatik. **ATDOM strukturiert zum ersten Mal von dem gesundheitlichen Bereich aus eine konkrete Maßnahme im sozial-gesundheitlichen Modell Sabadells.**

Dem veröffentlichten Dokument entnehmen wir die Zielgruppe und die organisatorischen Aspekte:

#### Ein- und Ausschlusskriterien des Programms

Einschlusskriterien sind die Notwendigkeit einer kontinuierlichen Intervention in der Wohnung und Zugehörigkeit des Klienten zu einer dieser Bevölkerungsgruppen:

- chronisch Kranke
- Kranke im Finalstadium
- Patienten, die häusliche Versorgung für einen Zeitraum benötigen, der einen Monat überschreitet
- Demente
- Schwierigkeiten, einen Platz im Pflegeheim zu erhalten.

Ausschlusskriterien sind:

- Klienten ohne Gesundheitsprobleme
- Nichtakzeptanz der Maßnahme oder des Programms seitens des Klienten oder seiner Familie
- keine Zugehörigkeit zum Gebiet der gesundheitlichen Versorgung.

#### Aktivitäten und Aufgaben der Team-Mitglieder

Wenn sich auch die Aktivitäten insgesamt ergänzen, hat doch jedes Team-Mitglied seine eigenen Aufgaben, die für jeden gesondert festgelegt sind.



- Krankenpflegepersonal: drei Stunden pro Woche an einem festgelegten Tag, aufgeteilt in eine Stunde Besuch, eineinhalb Stunden gemeinsame Besuche und den Rest für Team-Sitzungen zur Falldiskussion und Planung der Folgebesuche. Einmal pro Monat nimmt die Sozialarbeiterin an der Sitzung teil.
- Ärztliches Personal: zwei Stunden pro Woche am gleichen Tag (Besuch und Team-Sitzung).
- Sozialdienst: 30 Min. monatlich für jede Basis-Versorgungseinheit (Unidad Básica de Atención, UBA) für die Fallbesprechungen am festgelegten Wochentag; außerdem wird mit dem Krankenpflegepersonal ein Erstbesuch bei neuen Klienten durchgeführt. Die Folgebesuche werden bei den monatlichen Treffen abgestimmt.

- 

#### Dokumentationssysteme

Zur Unterstützung des Programms gibt es drei Typen der Dokumentation:

1. In der Wohnung des Patienten
  - a) ATDOM-Karteikarte des Patienten
  - b) häuslicher Behandlungsbogen
2. spezifische Registrierbögen für die geschichtliche Dokumentation der Zentren der Primärversorgung
  - a) Evaluationsbögen für den Grad der Selbstständigkeit (V. Henderson)
  - b) Bögen zur Evaluation des Katz-Indexes
  - c) Bögen zur Evaluation des mentalen Zustands
  - d) Registrierbögen für die nachfolgenden Besuche
3. Informationsprogramm bestehend aus:
  - a) Patientenregister
  - b) Auswertung des Grades an Selbstständigkeit, des Katz-Indexes und der mentalen Gesundheit
  - c) Behandlungsplan und Besuchsregister.

Im Fortgang des Programms waren zwischen Oktober 1997 und November 1998 insgesamt 56 Personen ins ATDOM-Programm einbezogen.

Aktuell tritt das Programm ATDOM nur auf Anfrage in Aktion. Um die Förderung der Lebensqualität voranzutreiben, ist zukünftig vorgesehen, Hausbesuche aller Älteren ab 75 Jahren durchzuführen, die im Versorgungsbereich allein leben.

## 5.5 Hilfe-Möglichkeiten der Stadt Sabadell für Ältere

### Gesundheitliche und sozial-gesundheitliche Hilfen

- Zentren der Primärversorgung (Ärzte, Krankenschwestern, Sozialarbeiter)
- Klinik-Zentrum „Parc Taulí“
  1. Akutklinik
  2. sozial-gesundheitliches Zentrum „Albada“ (190 Plätze)
    - 2.1 Abteilung für Demente
    - 2.2 Abteilung für chronische, schwere Demenz
    - 2.3 Abteilung für chronische, mittlere Demenz
    - 2.4 Tagesklinik
    - 2.5 interdisziplinäre sozial-gesundheitliche Abteilung (UFISS)
    - 2.6 Programm der häuslichen Versorgung / Helferteam (PADES)
    - 2.7 Abteilung für Rekonvaleszenz und Rehabilitation
    - 2.8 Abteilung für Kurzzeiteinweisungen
- Spezielle medizinische Fachkräfte (CAP Sant Felix)

### Soziale Hilfen

- häusliche Versorgungsdienste (SAD)
- Hausnotrufdienst (SAT), Vereinbarung Rotes Kreuz – Verwaltung
- Tageszentren der ICASS (Verwaltung der autonomen Region)
- Tageszentren der Stadtverwaltung
- Freiwilligendienste
- Transportdienste (Rotes Kreuz)
- öffentliche und private Altenheime (696 Plätze)
- Seniorenclubs
- Technische Hilfsmittel (Pflegebetten, Rollstühle, Lifter etc.)
- Wohnungsanpassung (Sitzbadewannen etc.; Rotes Kreuz)
- Altenwohnanlagen
- Urlaubsfahrten IMSERSO
- ökonomische Unterstützung durch die ICASS (autonome Region).

## 5.6 Institutionelle Koordination

Es gibt verschiedene Ebenen der institutionellen Koordination:

- Stadtverwaltung – katalanisches Gesundheitsinstitut (ICS): Leitung der Primärversorgung und des Klinik-Zentrums Parc Taulí (Albada)

- sozialer Wohlfahrtsrat, zusammengesetzt aus allen Institutionen und Einheiten der städtischen Wohlfahrt
- Kommission des katalanischen Instituts der Sozialhilfe und sozialer Dienste (ICASS) und die Regionalverwaltung zur Beurteilung der Anträge auf Leistungen der sozialen Dienste.

## **6. Die sozial-gesundheitliche Koordination der Versorgung älterer Personen**

### **6.1 Kontext der Aufnahme**

Das Zentrum der Primärversorgung (CAP) in Torre Romeu, das ausgewählt wurde, um den Prozessablauf des Modells zu beschreiben, ist im Sektor La Serra im Osten von Sabadell gelegen, auf der anderen Seite des Flusses Ripoll und zwei Kilometer vom Stadtkern entfernt.

Die Altersstruktur der Bevölkerung lässt erkennen, dass es sich (im Vergleich zum Stadtzentrum) nicht um eine der überalterten Regionen handelt; dennoch ist der Anteil der älteren betreuten Personen signifikant hoch in Folge der sozialen Situation des Sektors. Eine hohe Arbeitslosenquote, ein niedriges Bildungsniveau und ein niedriges Einkommensniveau der Älteren sind für das Viertel charakteristisch. Was die Wohnungen betrifft, so dominieren flache und selbstgebaute Häuser.

Von der Bevölkerungsstruktur her lassen sich Risikogruppen bestimmen: 372 Personen im Alter ab 75 Jahren, davon 136 Männer und 236 Frauen, Zielgruppe des ATDOM-Programms; der Alterungsindex ist mit 71,9 % niedriger als im städtischen Durchschnitt, der Überalterungsindex mit 43,7 % höher als in der Stadt insgesamt.

Ein bedeutsames Datum ist die Zahl der Älteren ab 65 Jahren, die seit langem im Stadtviertel bei ihren Kindern wohnen, die sogenannten „rotierenden Alten“, die abwechselnd von einem ihrer Söhne oder Töchter zu der/dem anderen ziehen und die statistisch nicht erfasst werden. Im Jahr 1997 gab es im Versorgungsgebiet 1.023 aktuelle Verlaufsdocumentationen von Älteren ab 65 Jahren. Wenn wir diese Angabe mit der des Jahres 1995 vergleichen, als es 981 Personen ab 65 Jahren gab, dann sehen wir, dass es 42 Verlaufsdocumentationen mehr als registrierte Einwohner gibt. Im Allgemeinen kümmern sich die Familien sehr um ihre alten Eltern, speziell die Töchter, die nicht oder in Teilzeit arbeiten. Außerdem ist die Zusammenarbeit der Nachbarn hervorzuheben, die häufig bei den Arbeiten im Haushalt helfen.

### **6.1.1 Physische und funktionale Struktur**

Das CAP-Zentrum von Torre Romeu, eines der ältesten der Stadt, liegt im Erdgeschoss eines Gebäudes mit mehreren Stockwerken, in einer der Hauptstraßen des Viertels. Der erste Eindruck ist die maximale Platzausnutzung. Es besteht aus einer Gesundheitsrezeption, einer Rezeption für soziale Dienste, zwei Wartesälen (einem für Allgemeinmedizin und einem für Kindermedizin), fünf Sprechzimmern für Ärzte, vier für Krankenschwestern, einem für die Sozialarbeiterin, einem für den Sozialpädagogen, einem Besprechungsraum, einem Lagerraum und zwei Toiletten.

Die Sprechstunden der Ärzte und Krankenschwestern sind von 8:00 bis 20:00 Uhr (freitags bis 18:00 Uhr). Von dieser Uhrzeit an tritt der häusliche Notdienst in Funktion. Es gibt vereinbarte Besuchstermine, aber keine Wartelisten, und außerdem Notdienste auf Abruf innerhalb des Zeitraums zwischen 8:00 und 14:00 Uhr. Von 15:00 Uhr bis 20:00 Uhr wird die Versorgung nur durch eine UBA (Basis-Versorgungseinheit) geleistet.

Die Gesundheits-Rezeption leistet die Funktionen der Information, der Telefonaufnahme, der Terminabsprache für Besuche, die Archivierung der Krankheitsgeschichte und ist Verbindungsstelle zur Dienstzentrale in der Leitstelle der Primärversorgung von Sabadell (Fachärzte, Dokumentation etc.); und an den beiden Wochentagen, an denen die Rezeption der Sozialdienste nicht besetzt ist, vereinbaren sie auch Besuchstermine für die Sozialarbeiterin.

Um ihre Aufgaben zu erfüllen, können sie seit November 1997 auf die Unterstützung durch den Informationsdienst der Primärversorgung (SIAP) zählen, der die Daten aller Klienten verwaltet, die der Zone von Sabadell zuzuordnen sind. Sie sind mit der Dienstzentrale zur Koordinierung der Besuchstermine der Fachärzte und Sonderuntersuchungen etc. verbunden. Die für die Rezeptionsaufgaben erforderliche Berufsausbildung ist im Allgemeinen die einer Krankenhaushelferin oder Verwaltungskraft.

Die Sozialarbeiterin macht ebenfalls zu vereinbarten Zeiten ihre Besuche, Montag nachmittags Erst- oder Folgebesuche, dienstags zwischen 9:00 und 13:00 Uhr nur Erstbesuche und mittwochs und donnerstagmorgens Folgebesuche.

Die Rezeptionistin für soziale Dienste führt die erste Aufnahme durch und wählt die Fälle aus, die oftmals nur eine einzelne Information nachfragen. Sie koordiniert die Besuche (zwischen einer und zwei Wochen Wartezeit) und füllt den Verwaltungsbogen des Nutzers vor dem ersten Besuch aus.

### 6.1.2 Professionelle Mitarbeiter

Das Team der Basiseinheit von Torre Romeu besteht aus:

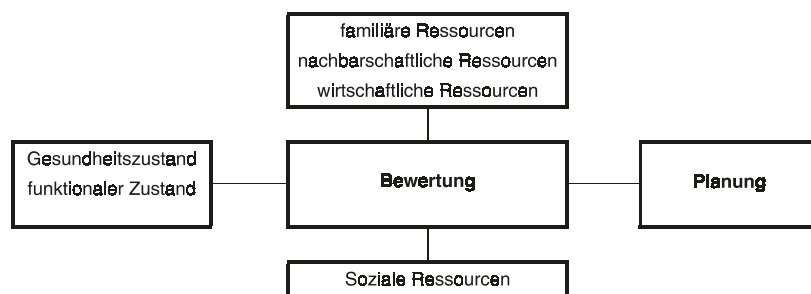
- vier Basis-Versorgungseinheiten (UBA), die aus einem Arzt und einer Krankenschwester bestehen
- einem Kinderarzt
- einer Sozialarbeiterin
- einer Familienhelferin
- einem Sozialpädagogen, der auf Kinder und Jugendliche spezialisiert ist
- vier Verwaltungskräfte des katalanischen Gesundheitsinstituts ICS und
- eine Verwaltungskraft der Kommunalverwaltung.

### 6.2 Methode der sozial-gesundheitlichen Intervention

Wenn auch das ATDOM-Programm erst kürzlich (Oktober 1997) ins Leben gerufen wurde, dient die Tatsache, dass es gut dokumentiert ist, der folgenden Beschreibung des sozial-gesundheitlichen Modells. Dennoch werden wir auch andere Fälle berücksichtigen müssen, die nicht in dieses Programm aufgenommen wurden und/ oder von anderen CAPs versorgt werden, um den methodischen Prozess und seine Effektivität in seiner Gesamtheit verstehen zu können.

Das folgende Schaubild zeigt die Faktoren, die man bei der Evaluation und Planung berücksichtigen muss.

**Abbildung 3: Zentrale Faktoren, die die Evaluation und Planung beeinflussen**



Parallel zur theoretischen Beschreibung des Programms stellen wir im Folgenden den Prozess in einem konkreten Fall dar.

## Prozessbeschreibung

Der Bearbeitungsprozess beginnt mit der **Einstufung des Falls**. Die Anfrage kann auf verschiedenen Wegen erfolgen:

- a) durch Konsultation der Ärzte, Krankenschwestern oder Sozialdienste der CAP
- b) über hohe Hospitalisierungsraten von Patienten mit chronischen Krankheiten oder mit Krankheitsverläufen, die einen Verlust an Selbstständigkeit nach sich ziehen
- c) über andere Programme, die im CAP durchgeführt werden.

Wenn die Anfrage einmal aufgenommen ist, beginnt der Prozess des **Eintritts** und der **Fallauswahl**, für die Fälle des ATDOM-Programms ebenso wie für alle anderen, die soziale Dienste benötigen.

Das Krankenpflegepersonal ist der „Grundstein für die Verzahnung des ATDOM“ und nimmt zu der Person, die die Anfrage nach Unterstützung gestellt hatte, Kontakt auf, um einen Erstbesuch zu arrangieren, der im Falle eines punktuellen Hilfebedarfs von einem passenden Mitarbeiter durchgeführt wird, der immer von einer Krankenpflegekraft begleitet wird.

Beim Erstbesuch wird eine umfassende Auswertung durchgeführt, um zu überprüfen, ob der Patient die Auswahlkriterien erfüllt. Die Pflegeperson, falls vorhanden, wird identifiziert, und es wird darüber informiert, wie zum Gesundheitsteam Kontakt aufgenommen werden kann und dass dies rund um die Uhr möglich ist, Hilfsmittel werden zugeteilt, soweit erforderlich (Rezepte, Pflegemittel etc.). Das Krankenpflegepersonal verabredet den zweiten Besuch und informiert den Patienten oder seine Familie über den Termin. Wenn es sich um einen neuen Patienten des CAP handelt, plant die Krankenschwester den nächsten Besuch und legt eine ATDOM-Akte an.

Das Beispiel, das wir vorstellen, um diesen Prozess zu beschreiben, ist ein Fall, in dem bereits das gesundheitliche Personal eine häusliche Versorgung leistete und der auf Grund sozialer Kriterien in das ATDOM-Programm einbezogen wurde.

### Dezember 1997: Der Fall wird bei einem Treffen vorgestellt

*Herr M. ist 80 Jahre alt, verheiratet und lebt mit seiner Ehefrau (78 Jahre) zusammen, beide sind in Andalusien geboren. Sie haben zwei Söhne und eine Tochter, die in Sabadell und Umgebung wohnen. Er ist ein Patient des*

*CAP-Zentrums, leidet an Demenz und wird in das ATDOM-Programm aufgenommen. Die Ehefrau bedarf der Unterstützung und Betreuung.*

Beim zweiten Besuch wird die **integrierte Begutachtung durch alle Mitglieder des Teams durchgeführt**: Der Arzt beurteilt die gesundheitlichen Probleme, den Kontrollbedarf und die Prognose; das Krankenpflegepersonal wertet die Grundbedürfnisse (V. Henderson), den Grad der Selbstständigkeit (Katz-Index), den kognitiven Status (SPMSQ) und ggf. das Dekubitus-Risiko aus (modifizierte Norton-Skala). Die Sozialarbeiterin erstellt eine Analyse der sozio-familiären Situation, des Zustands der Wohnung, des Niveaus der Dringlichkeit und Hilfebedürftigkeit und auf dieser Grundlage eine soziale Diagnose; gleichzeitig erhebt sie die erforderlichen Daten.

*22. 12. 1997: Erste Visite der Sozialarbeiterin. Interview mit der Ehefrau. Die Kinder scheinen ihre Eltern nicht oft zu besuchen. Eine häusliche Pflegehilfe (SAD) und ein Hausnotruf (SAT) werden vorgeschlagen. Die Ehefrau akzeptiert diesen Vorschlag nicht, sondern wünscht sich eine Haushaltshilfe. Alternativ wird eine Tagespflege vorgeschlagen, was sie ebenso wenig akzeptiert.*

Diese Situation ist sehr geläufig. Die Vorschläge der professionellen Mitarbeiter korrespondieren häufig nicht mit der subjektiven Einschätzung des eigenen Bedarfs. In diesem Fall, wie in anderen auch, ist für die Frau das Reinigen der Wohnung wichtiger als das Problem ihres Mannes.

**Gemeinsame Auswertung und Hilfeplanung:** Nachdem die Begutachtung von jedem der einbezogenen Mitarbeiter durchgeführt ist, trifft sich das Team innerhalb eines Zeitraums von maximal einem Monat nach dem Erstbesuch und führt eine gemeinsame Beurteilung durch, in der Ziele festgesetzt und ein Hilfeplan erstellt werden. In der Beurteilung werden die sozial-gesundheitlichen Probleme, die Umgebung des Patienten und seine Fähigkeiten und, hinsichtlich der Ziele, die Förderung der Selbstverantwortlichkeit und der Selbstkontrolle des Patienten und der Familie berücksichtigt, um deren Mitwirkung am Pflegeplan und bei der Erreichung der größtmöglichen Selbstständigkeit zu erzielen.

*In diesem Fall legt die Sozialarbeiterin nach dem ersten Hausbesuch mit den erhobenen Daten und dem Ergebnis des Besuchs eine Akte an.*

*4. 2. 1998: Die Ehefrau und die Tochter suchen die Sozialarbeiterin in ihrem Büro auf und berichten über die Verschlechterung der Situation. Der Patient ist von zu Hause fortgelaufen, hat sich in der Stadt verlaufen und wurde von der Polizei nach Hause begleitet. Sie glauben, dass das Tagespflege-*

*Zentrum die beste Lösung sei **und leiten die Beantragung in Gang**, um einen Platz in einem Zentrum des „Katalanischen Instituts für Hilfe und soziale Dienste“ (ICASS) zu erhalten, das demente Personen betreut.*

Dem Antrag beim Sozialdienst des ICASS sind folgende Dokumente beizufügen, die der Nutzer oder seine Familie beschaffen müssen:

- Fotokopie des Personalausweises des Antragstellers und der Bezugsperson
- Darlegung der wirtschaftlichen Verhältnisse: Bescheinigung des Einkommens und Vermögens der älteren Person und aller seiner Kinder
- Steuerbescheinigung und/oder der gemeinsamen Haushaltsführung.

*Während des Wartens auf die Genehmigung dieser Hilfemöglichkeit wird die Tochter darüber informiert, dass der Patient in dem privaten Tageszentrum „Els Finestrans“ betreut werden könne.*

Die funktionalen und medizinischen Notwendigkeiten erhalten vorrangige Aufmerksamkeit. Die Struktur der ökonomischen Einschränkungen entscheidet darüber, ob er Anspruch auf öffentliche soziale Leistungen hat, oder ob man ihm alternative Hilfen in Abstimmung auf seinen Bedarf, seine Erwartungen und seine ökonomischen Möglichkeiten anbieten muss. In diesen Fällen wird er über alternative Dienste und/oder private Unternehmen informiert, die häusliche Hilfeleistungen, SAT, Tageszentren und – falls erforderlich – Heimplätze (private und/oder öffentlich anerkannte) anbieten. Wenn es ein dringlicher Fall ist, wird ihm die Möglichkeit angeboten, einen Service-Scheck zu nutzen.

*16. 2. 1998: Die Tochter bringt die Antragsdokumente ins CAP und informiert darüber, dass ihr Vater provisorisch in das empfohlene private Tageszentrum gehen wird. Bei der Durchsicht der Dokumente werden Lücken gefunden.*

*27. 2. 1998: Sie bringt die restlichen Dokumente.*

*3. 3. 1998: Der Antrag für das ICASS wird dem Koordinator des Bezirks übergeben.*

*3. 4. 1998: Die Tochter sucht das CAP auf mit einem Brief, den sie von der ICASS erhalten hat. Die Sozialarbeiterin muss die Notwendigkeit aller geforderten Dokumente erläutern, bis sie schließlich zusagt, die fehlenden Dokumente zu beschaffen.*



Dieses ist eines der größten Probleme, mit denen die Sozialarbeiterin konfrontiert wird: den Kindern begreiflich zu machen, dass sie von der Regionalgesetzgebung her verpflichtet sind, entsprechend ihrer finanziellen Einkünfte an der Finanzierung der ihren Eltern gewährten Hilfen mitzuwirken.

7. 4. 1998: *Die Tochter überbringt die fehlenden Dokumente, die an den Bezirkskoordinator geschickt werden.*

7. 5. 1998: *Hausbesuch der Krankenschwester. In der Beurteilung der Bedürfnisse wird eine umfassende Hilfebedürftigkeit festgestellt. Es besteht die Gefahr der Austrocknung und das Risiko von Druckverletzungen. Ziel der Krankenschwester: Gefahren vorzubeugen. Kontrolle der Flüssigkeitsaufnahme. Nach der Rückkehr zum CAP gibt die Krankenschwester die Information über die Situation an die Sozialarbeiterin weiter, die sie sofort dem Bezirkskoordinator zur Weiterleitung an das ICASS übergibt. Ein revidierter Antrag informiert über die eingetretenen Veränderungen, damit der Prozess der Problemlösung vorangetrieben wird.*

12. 5. 1998: *Hausbesuch der Sozialarbeiterin. Herr M. weist eine zunehmende Verschlechterung auf. Er kann nicht mehr gehen und besucht auch nicht mehr das Tageszentrum. Angesichts dieser Situation wird vorgeschlagen: 1. die Antwort der ICASS abzuwarten und einen Heimplatz zu beantragen; 2. eine vorübergehende Aufnahme im sozial-gesundheitlichen Zentrum „Albada“ beantragen. Der Antrag wird unterschrieben. Es wird überprüft, ob die Kinder tagsüber ihre Eltern betreuen.*

Informelle Hilferessourcen, der Familie ebenso wie von Freunden oder Nachbarn, werden ebenfalls einbezogen und bei der Hilfeplanung berücksichtigt. Die individuellen Bedürfnisse des Klienten und seiner Familie werden im Einklang mit ihren Werten und Präferenzen bearbeitet.

26. 5. 1998: *Hausbesuch der Krankenschwester. Es gibt Schwierigkeiten beim Schlucken von Wasser, was durch Gelatine ersetzt wird. Dekubitus-Kontrolle im Intimbereich. Befeuchtung der Lippen.*

26. 5. 1998: **Koordinationstreffen**

1. 6. 1998: *Arztbesuch. Kontrolle und Einreichung von Proben ins Labor.*

1. 6. 1998: *Interview der Sozialarbeiterin mit der Tochter im CAP. Sie informiert diese über die Genehmigung eines Platzes im Tageszentrum, damit sie dort absagt und auf einen Platz im Pflegeheim wartet.*

4. 6. 1998: Übergabe eines Antrags auf Kurzzeitpflege in „Albada“ an den Bezirkskoordinator

17. 6. 1998: Arztbesuch

30. 6. 1998: Übergabe des Rücktritts vom Tagespflegeplatz an den Bezirkskoordinator

13. 7. 1998: Telefonisch informiert das ICASS die Sozialarbeiterin, dass es in diesem Falle keine Möglichkeit der Betreuung sieht und dass angesichts des Gesundheitszustands eine Einweisung ins sozial-gesundheitliche Zentrum erforderlich erscheint.

14. 7. 1998: Hausbesuch der Krankenschwester. Sie entdeckt ein hohes Risiko von Druckwunden, obwohl eine (angeblich gut geeignete) Nachbarin beauftragt worden war, den Vater zu pflegen. Aktuell weist er Verletzungen an Knie und Rücken auf, die alle drei Tage behandelt werden. Sie informiert die Kinder über die Situation des Vaters. Sie scheinen in die Problematik wenig einbezogen zu sein, außer der Tochter, die aber auf Grund ihrer physischen Konstitution keine großen Anstrengungen unternehmen kann.

Ob der Fall weiter von der Krankenschwester oder von der Sozialarbeiterin bearbeitet wird, hängt davon ab, ob die Situation eher eine medizinische oder eine soziale Problematik aufweist; regelmäßig wird überprüft, ob der Klient mit dem vorgeschlagenen Hilfeplan zufrieden ist, ob dieser bedarfsgerecht ist oder nicht und wie er umgesetzt wird (Qualität, Häufigkeit und Dauer der Pflege).

7. 8. 1998: Die Sozialarbeiterin erhält einen Telefonanruf des Zentrums Albada. Der Patient kann im August oder September aufgenommen werden. Sie selbst nimmt Kontakt auf zur Tochter.

10. 8. 1998: Die Sozialarbeiterin erhält einen Telefonanruf der Tochter, die den angebotenen Kurzzeitpflegeplatz in Albada ablehnt. Zur Begründung meint sie, es lohne nicht, den Vater für so kurze Zeit (einen Monat) zu verlegen.

20. 8. 1998: Hausbesuch der Krankenschwester. Dekubitus-Kontrolle am Rücken und an den Verbandstellen. Guter Eindruck. Druckbereich gerötet am rechten Knöchel und an beiden Knien. Schutz der Füße, des Ellenbogens und der Knie empfohlen, bis sie sich bessern. Neue Kontrolle in sieben Tagen.

27. 8. 1998: Dekubitus-Kontrolle: Besserung am Rücken. Verschlechterung an Verbandstellen. Weniger Stuhlgang. Empfehlung zur strengen Einhaltung der Diät. Gerötete Zone im Bereich des linken Knöchels, Fortführung der Schutzmaßnahmen. Rechtes Knie mit Wunden.

4. 9. 1998: Hausbesuch der Krankenschwester. Dekubituswunden sehen besser aus. Weiterführung der Maßnahmen.

16. 9. 1998: Befragung der Tochter durch die Sozialarbeiterin, die sie über den Zustand des Vaters informiert und um finanzielle Hilfe zur Unterstützung der Familie des älteren Pflegebedürftigen bittet, die das ICASS bewilligt, um die häusliche Pflegehilfe bezahlen zu können. Sie ist damit einverstanden, dazu einen Beleg des privaten SAD zu beschaffen.

17. 9. 1998: Kontrollbesuch des Arztes.

21. 9. 1998: Hausbesuch der Krankenschwester. Anbringen von Schutzverbänden an beiden Füßen. Eine Lageveränderung wird empfohlen, insbesondere der Katheter. Dekubitus im Analbereich. Antrag eines Pflegebetts noch nicht bearbeitet.

25. 9. 1998: Hausbesuch der Krankenschwester. Dekubitus-Wunden im Intimbereich und Katheter infiziert. Vorschlag: tägliche Pflege seitens der Familie und häufige Lageveränderungen.

28. 9. 1998: Hausbesuch der Krankenschwester. Beurteilung des Bedarfes (Henderson). Verändert haben sich die des Essens, der Ausscheidung, der Bewegung, der Hygiene und der Konstanz der Körpertemperatur, aber diese Bedürfnisse werden durch die Pflegeperson abgedeckt. Katz-Index: 4; SPMSQ: 10; Norton: 17.

30. 9. 1998: Die Sozialarbeiterin überbringt dem Bezirkskoordinator den Antrag auf ein Pflegebett.

5. 10. 1998: Hausbesuch der Krankenschwester. Wöchentliche Besuche und eine Überwachung der Pflegeperson werden angeordnet.

Alle Gesundheits-Fachkräfte koordinieren sich in der Häufigkeit, die der Fortgang der gesundheitlichen Entwicklung erfordert. Monatlich findet ein gemeinsames Treffen aller professionellen Mitarbeiter statt, um im Verlaufe der Fallbegleitung eine **Neubewertung** des Hilfeplans und der Ziele durchzuführen. In vielen Fällen ist es die Familienpflegerin, die überwacht, ob die

Diagnose geändert werden muss, weil die ursprüngliche Problembeschreibung nicht mehr zutrifft. Diese Treffen erfolgen in regelmäßigem Turnus.

6. 10. 1998: Die Tochter meldet sich. Sie berichtet, dass die Familie das Bett schon im Haus hat. Einer der Söhne musste es mit seinem Wagen abholen. Die Nachbarin, die die Pflege übernommen hatte, hat diese Aufgabe nun zu Gunsten einer festen Beschäftigung aufgegeben. Ein Service-Scheck für zwei Stunden häusliche Pflege (SAD) pro Tag wird angeboten (eine Stunde morgens und eine Stunde abends).

6. 10. 1998: **Koordinationstreffen**

15. 10. 1998: Die Tochter meldet sich, um eine Kurzzeitpflege in Albada zu beantragen.

23. 10. 1998: Übergabe eines neuen Antrags auf Kurzzeitpflege in Albada an den Bezirkskoordinator.

27. 10. 1998: Die Tochter meldet sich und beantragt SAD durch die sozialen Dienste für eine Stunde morgens; die Familie bezahlt eine Stunde abends und am Wochenende.

30. 10. 1998: Weiterleitung der Anträge auf SAD und auf Sozialhilfe (ICASS) an den Bezirkskoordinator.

2. 11. 1998: Hausbesuch der Sozialarbeiterin und der Familienpflegerin. Heute beginnt die häusliche Pflege. Der Vertrag wird unterschrieben.

4. 11. 1998: Arztbesuch. Der Patient liegt im Koma, wahrscheinlich wegen AVC (atrioventrikulärer Störung).

5. 11. 1998: Arztbesuch. Patient bei Bewusstsein. Öffnet ab und zu die Augen. Reagiert auf keinen Reiz.

6. 11. 1998: Arztbesuch. Patient bei Bewusstsein. 8:45 Uhr Tod zu Hause.

Beendet werden die Fälle bei Tod, bei Lösung des Problems oder bei Heimeintritt.

### 6.3 Die Wirksamkeit der sozial-gesundheitlichen Versorgung

Das wohnortbezogene sozial-gesundheitliche Modell tritt mittels verschiedener Programme bei komplexem Hilfebedarf älterer Menschen (seien es gesundheitliche oder soziale Probleme oder beides) in Aktion und bezieht dabei immer die Wünsche der Patienten und ihrer Familien mit ein. Es will ihnen die erforderliche Unterstützung hinsichtlich der Pflegebedingungen geben, mit dem Ziel, die persönliche Selbstständigkeit zu verlängern, indem Hilferessourcen vermittelt werden, die eine Heimübersiedlung vermeiden oder verzögern helfen.

Wir möchten einige Beispiele präsentieren, wie die Bedarfe des Paares Nutzer-Pfleger bei der Versorgungsplanung einbezogen werden, ebenso wie der kulturelle, familiäre und biografische Kontext der älteren Person, die verschiedenen geäußerten Bedürfnisse, die genutzten Hilferessourcen und die auf individuellem und familiärem Niveau erzielten Resultate.

*Frau A. ist 73 Jahre alt, ist blind, Witwe und hat keine Kinder. A. wohnt in einem niedriggeschossigen Häuschen in einem Reihenhausblock. Sie hat einige liebenswürdige Nachbarinnen, und eine davon hat den Sozialdienst über die Situation dieser Frau informiert. Um ihr zu helfen, weiterhin allein in ihrem Haus wohnen bleiben zu können, hat die Sozialarbeiterin einen Hausnotruf (SAT) und Hauswirtschaftshilfe (SAD) empfohlen. Eines Tages verbrüht sie sich mit kochendem Wasser und benutzt den Hausnotruf. „Dank des SAT und dank der Hilfe der Familienpflegerin kann ich weiter in meinem Haus wohnen bleiben.“*

Die Fälle von mentaler Krankheit, speziell der Depression, stellen eines der Probleme älterer Menschen dar, mit denen sie die konfrontieren, die ihnen helfen und sie in die Gesellschaft reintegrieren wollen.

*Ein 77-jähriger Mann, allein lebend, wird depressiv, nachdem er Witwer geworden war und nicht mehr in den Seniorenclub geht, den er früher häufig besucht hatte. Dreimal wurde er wegen eines Infarktes im Krankenhaus behandelt. Er will das Haus nicht mehr verlassen. Eine Tochter ist die primäre Pflegeperson. Ihm wird eine Hilfe empfohlen, die ihn zum Seniorenclub begleitet: von der Anmeldung über die Nutzung eines Mittagstisches bis zur Information darüber, was im Falle eines Infarktes zu tun ist. Diese Unterstützung leistet eine Sozialpädagogin. Sie erreicht die Integration in den Club. Er ist beruhigt: „Wenn mir etwas passiert, wird sich jemand um mich kümmern.“ Zu Hause wird außerdem ein SAT installiert und die Haushaltshilfe durch die Kinder organisiert.*

Kulturelle Aspekte haben große Bedeutung, wenn die Bedürfnisse der hilfebedürftigen Personen beurteilt werden, insbesondere in dem Moment, wenn ein Dienstleistungspaket zusammengestellt wird, das auf die Situation und auf die Erwartungen abgestimmt ist. Da die Familie eine Schlüsselinstitution in der Altenpflege einnimmt, wurde den Verhaltensmustern der Pflege, den Motiven zur Pflege und den dadurch hervorgerufenen Gefühlen große Aufmerksamkeit gewidmet. Die Frauen sind die wichtigsten Pflegepersonen der älteren Angehörigen. Dennoch sind die Reaktionen der übrigen Familie nicht immer die gleichen, und diese Reaktionen können von vielen Faktoren abhängen, darunter die starken Erwartungsnormen, wer, wie und für wen man in der Familie Hilfe leistet, die die Unterstützung bzw. den Widerstand der primären Pflegeperson ebenso beeinflussen wie die Lösungsvorschläge, die die Sozialarbeiter vorschlagen.

*Eine Frau im Alter von 83 Jahren, Diabetikerin, mit Übergewicht und schwerer Pflegebedürftigkeit; sie wohnt zusammen mit Tochter, Schwiegersohn und Enkel. Die Tochter ist sehr erschöpft. Ihre Brüder arbeiten nicht mit ihr zusammen, weil sie der Ansicht sind, dass sie für die Mutter verantwortlich ist, zumal sie die Pension der Mutter erhält. Ihr wird häusliche Pflege (SAD) gewährt und ein Tagespflegezentrum vorgeschlagen, welches sie nur schwer akzeptieren kann und schließlich ablehnt. Die Gründe dieser Ablehnung sind in der Bürokratie der Beantragung bei der ICASS zu suchen, die die Bewilligung verzögert und dadurch Schuldgefühle ebenso wie sozialen Druck entstehen lässt. Sie hat Angst, man werde sagen: „Die hat sie sich vom Hals geschafft.“*

Eines der vorrangigen Ziele ist, die Lebensqualität der pflegenden Angehörigen zu erhalten, indem man ihnen in den vielen Fällen, in denen man auf sie zählt, Unterstützung und Schulung gewährt. Folgende Probleme sind zu beobachten: Fehlende persönliche Hygiene und Sauberkeit der Wohnung, physische Überforderung, mit der kranken Person fertig zu werden, Vernachlässigung der eigenen Partnerschaft, Unfähigkeit zur Organisation, Unkenntnis der Handlungserfordernisse. Die pflegenden Personen sind kaum für diese Aufgabe ausgebildet, und sie verstehen es nicht, mit Krisensituationen umzugehen, speziell im Falle von Alzheimer-Krankheit. Die Schulung der Familienangehörigen basiert auf Orientierungshilfen zur Pflege, Hygiene und Ernährung.

*Ein Paar, beide 86 Jahre alt, der Mann an Parkinson erkrankt, die Frau an Alzheimer, leben bei ihrem arbeitslosen Sohn, der sie pflegt. Er ist sehr überlastet und hat keinerlei Orientierungshilfen; die Wohnung ist sehr schmutzig, der Mutter wechselt er nur alle zwei Tage die Windeln, sie essen nur Butterbrote. Ihm wird tägliche Haushaltshilfe (SAD) vorgeschlagen, um*

*ihm Ernährungshinweise, Pflege, Reinigung und eine Haushaltshilfe zur Wohnungsreinigung zukommen zu lassen. Der Vater badet sich nun, was er vorher nicht getan hatte.*

Ein anderer wichtiger Aspekt ist die Unterstützung für die primären Pflegepersonen durch Einbeziehung anderer Familienangehöriger, zumal das Gefühl der Ungerechtigkeit die Belastung der primären Pflegeperson verstärkt, oder die Ermöglichung von Zeiträumen der Erholung; so im vorhergehenden Beispiel:

*Die beiden Töchter werden so einbezogen, dass sie jeden Abend kommen und die Windeln der Mutter wechseln. Es wurde erreicht, dass der Sohn ruhiger und entspannter geworden ist. Ein Kurzzeitpflegeaufenthalt wird zuerst für die Mutter, dann für den Vater vorgeschlagen.*

Andererseits gibt es Familien, in denen alle in die Pflege des älteren Angehörigen involviert sind. Die nähere Ausgestaltung ist unterschiedlich; es gibt den Brauch, reihum für die alten Eltern zu sorgen, die den Ort, an dem sie schon immer gelebt haben, nicht gern verlassen wollen.

*Eine Frau im Alter von 75 Jahren, Witwe, allein lebend, hat nach einer Hirnblutung Mobilitätsprobleme. Sie hat zwei verheiratete Töchter, möchte aber nicht zu diesen hinziehen. Die familiären Beziehungen sind sehr gut, deshalb haben sich die Töchter dazu entschlossen, abwechselnd jeweils für sechs Monate mit ihrer ganzen Familie in das Haus der Mutter zu ziehen. Ein Wochenende pro Monat ersetzt die andere Familie die Pflegefamilie. Zuerst wird ihnen eine Rehabilitationsmaßnahme in einer Tagesklinik gewährt, anschließend ein Platz im Tagespflegezentrum, da die beiden Töchter berufstätig sind.*

Manchmal ist es nicht möglich, sich an neue Situationen zu gewöhnen, wie der Ehemann, der seine Frau pflegt und die Hausarbeiten machen muss, die sie früher erledigt hatte.

*Frau A., 77 Jahre, mit einer Demenz auf Grund mehrerer Infarkte, Amputation der unteren Gliedmaßen wegen Diabetes, ist auf den Rollstuhl angewiesen, ist inkontinent und schwer pflegebedürftig. Der Ehemann hat die Rolle des Pflegenden nicht angenommen und hat sie stark vernachlässigt. Es wird häusliche Pflege (SAD) für persönliche Pflege und Überwachung der Medikation vorgeschlagen, außerdem auch Haushaltshilfe. Weiterhin ein Kurzzeitpflege-Aufenthalt, damit sich der Mann erholen kann, und anschließend Tagespflege. Die Frau wird jetzt überwacht und besser versorgt, und*

*der Ehemann findet, dass die vorgeschlagenen Lösungen seinen Bedürfnissen gerecht werden.*

Hilfe wird nicht nur von den Kindern geleistet. Andere Pflegepersonen können Geschwister oder Schwager/ Schwägerin sein, die, weil ebenfalls alt, nicht alle erforderlichen Hilfen geben können, vor allem wenn dies physische Kraft erfordert.

*Ein sehr korpulenter Mann im Alter von 76 Jahren, an Alzheimer erkrankt, lebt mit seiner Frau zusammen, die an einer schweren Hüft-Arthrose leidet. Die Frau hat drei Schwestern in Sabadell, und vor vier Jahren verkauften sie ihre Wohnung in Barcelona, um hier zu leben. Die Schwestern leisten Hilfe auf instrumentellem Niveau. Aber das Grundproblem ist, den Mann zu bewegen. Haushaltshilfe und ein Lifter werden vorgeschlagen, außerdem ein Freiwilliger der „Vereinigung der Angehörigen von Alzheimer-Kranken“. Später, als die Frau ins Krankenhaus eingewiesen wird, um eine Hüftprothese einzusetzen, kommt der Mann in Kurzzeitpflege.*

Auch Neffen/ Nichten beteiligen sich an der Pflege, insbesondere bei allein Lebenden, und ebenso die Nachbarn, deren Hilfe in diesen Vierteln sehr wertvoll ist. Nicht selten findet man eine Frau, die einen Topf mit Essen über die Straße zu einer Nachbarin trägt, die allein lebt. Die Nachbarinnen, die dies für (wenn auch wenig) Geld tun, leisten eine doppelte Hilfe im Haushalt und bei der persönlichen Pflege, und sie leisten den Älteren Gesellschaft.

*Eine kinderlose Witwe, die allein lebt, ist übergewichtig und hat starke Gehschwierigkeiten, Hypertension und Arthrose. Sie möchte das Haus nicht mehr verlassen. Sie hält sich nicht an ihre Diät. Die Frau eines Nachbarn bittet die Sozialen Dienste um Hilfe, um sich an der Verantwortung für die Pflege zu beteiligen. Vorgeschlagen werden häusliche Hilfe (SAD) und Hausnotruf (SAT) sowie Hilfseinrichtungen im Bad und ein WC-Lifter. Die Nachbarin reinigt die Wohnung einmal pro Woche. Die Nachbarinnen, zu denen sie ein sehr gutes Verhältnis hat, besuchen sie häufig. Als sich ihr Zustand verschlechtert, wird sie ins Krankenhaus eingewiesen und, nach ihrer Rückkehr nach Hause, in die Tagesklinik.*

Die Verschlechterung des psychischen Zustands der Pflegeperson (vor allem bei Paaren) und/ oder (wenn es die Kinder sind) Probleme der mentalen Gesundheit machen es erforderlich, dass die Unterstützung für die Pflegeperson auch nach dem Tode des Klienten fortgesetzt wird.



*Eine Frau von 84 Jahren ist Witwe und lebt allein. Sie hat zwei Söhne mit gesundheitlichen Problemen. Sie hat neun Jahre lang unter großer innerer Anspannung ihren Ehemann gepflegt und dabei das Haus nicht verlassen. Durch den Tod ihres Mannes wird sie depressiv. Ihr werden häusliche Hilfe (SAD) und Hausnotruf (SAT) angeboten sowie freiwillige Helfer, die sie bei Einkäufen, in den Seniorenclub und im Winter auch beim Nachhauseweg vom Seniorenclub aus begleiten. Sie nimmt den Mittagstisch in Anspruch und nimmt an Aktivitäten und Ausflügen teil. Ihre äußere Erscheinung ist sehr gepflegt (durch Frisör, Zahnarzt). Sie benötigte auch einen Logopäden, da sie kaum noch gesprochen hatte.*

## **7. Evaluation**

Trotz der Komplexität des Sozial- und Gesundheitssystems hat man in Spanien seit einigen Jahren begonnen, verschiedene Pläne und Programme der sozial-gesundheitlichen Koordination zu fördern, wovon das „Programm lebenserfüllte Jahre“ (Vida als Anys) in Katalonien eines der ersten war. Dies ist eine Anerkennung dessen, dass eine ganzheitliche Pflege für Ältere notwendiger Weise eine Koordinierung auf allen Ebenen erfordert. Von der staatlichen Verwaltung her wurde dieses Ziel bereits im „Gerontologie-Plan“ verankert, der 1992 von IMSERSO ausgearbeitet wurde, und wurde später in die Rahmenvereinbarung von 1993 zwischen den Ministerien für Gesundheit und Soziales unterzeichnet, wobei gleichzeitig Pilotprojekte in Madrid, Murcia und Valladolid initiiert wurden.

Die meisten Pläne und Programme befinden sich noch im Anfangsstadium, mit großen Unterschieden in Konzeption und Organisation ebenso wie dem Niveau, und mit einer Menge ungelöster Probleme. Als Beispiel dafür beziehen wir uns auf die Evaluation der Erfahrungen aus Madrid (wo das Projekt noch in der Anfangsphase steckt) und benennen die Defizite, die die Entwicklung der sozial-gesundheitlichen Koordination beeinträchtigen. Darunter sind hervorzuheben: das Fehlen von institutionellen Vereinbarungen und einem gemeinsamen Rahmen der Klientenversorgung, die nur selten vorgenommene Einbeziehung der Primärversorgung in den gesundheitlichen Bereich und die Wahrnehmung der sozialen Dienste als einen nachgeordneten Bereich eher denn als einen dazu gehörigen Bereich (Cabello 1999).

Im Bereich der Planung der sozialen Dienste für Ältere tauchen zunehmend Bezugnahmen auf das „Case Management“ auf, seine Möglichkeiten und vor allem seine Risiken in einem Feld wie dem unseren, wegen der ungleichen sozial-gesundheitlichen Entwicklung ebenso wie wegen des Niveaus

der zu koordinierenden Hilferessourcen, was es notwendig macht zu reflektieren, „welches die Ziele eines Case Management-Projektes in unserem Land sein könnten“ (Carrillo 1995).

Es ist schwer zu belegen, dass das sozial-gesundheitliche Modell von Sabadell ein Äquivalent für das sein kann, was als „Case Management“ bezeichnet wird; dennoch glauben wir, dass es sowohl hinsichtlich seiner Probleme wie seiner Vorgehensweise vergleichbar sein kann.

Die Notwendigkeit einer ganzheitlichen Herangehensweise an die gesundheitlichen und sozialen Probleme der Älteren, mit dem Ziel, ihre persönliche Selbstständigkeit zu erhalten und den Verbleib in ihrer gewohnten Wohnung zu erleichtern, ist etwas, das in den untersuchten Dokumenten ebenso wie in den Überzeugungen der interviewten Personen zu finden ist.

Die Schwierigkeiten, dieses Modell zu implantieren, lassen sich aus seinem langsamen Fortschreiten ersehen, wenn man auch anerkennen muss, dass es seit 1994 schneller geht und dass es sich aktuell in einem unaufhaltsamen Prozess der Konsolidierung befindet.

Das Modell ist weitergeführt worden wegen des politischen Willens der Stadtverwaltung, die es initiiert hat; wegen seiner soliden und verlässlichen Organisation, mit einem Umsetzungsteam, das an das Modell geglaubt hat und glaubt und den Fortschritt des Modells vorangetrieben hat zu einem hochambitionierten Projekt (wie aus den verschiedenen Dokumenten und den durchgeführten Maßnahmen zu entnehmen ist); und wegen sehr kompetenten professionellen Mitarbeitern, die nicht nur bei den Plänen und Programmen zusammengearbeitet haben, sondern darüber hinaus Initiativen zur Verbesserung und Weiterentwicklung des Modells ergriffen haben.

Das sozial-gesundheitliche Modell ist auf der Handlungsebene kaum schriftlich dokumentiert, und noch weniger auf der gemeinsamen programmatischen Ebene zwischen ICS (katalanischem Gesundheitsinstitut) und Stadtverwaltung, obwohl das nicht heißt, dass es keine gemeinsamen Ziele gebe. Ein Beispiel dafür sind die gemeinsamen Vereinbarungen zur Etablierung des Programms ATDOM in allen CAP-Zentren, die fortschreitende Einrichtung eines einzigen „Fensters“ zur Fallaufnahme und das Projekt der Schulung von Gruppen gegenseitiger Hilfe für pflegende Familienangehörige von hilfebedürftigen Älteren, was für die Leitung der Primärversorgung bedeutet, dass sie sich mit ihrem Personal an der gesundheitlichen Ausbildung der Personen, die diesen Gruppen angehören, beteiligt.

Man begann gemeinsam, das Case Management zu befürworten, aber ohne irgendeine organisatorische Struktur. Obwohl man räumlich zusammen war, arbeitete jedes Team unabhängig von einander, einschließlich einer getrennten Aufnahme der Nutzer.

Gegenwärtig gibt es signifikante Unterschiede zwischen den CAP-Zentren, von dem am weitesten fortgeschrittenen von TORRE ROMEU im Sektor LA SERRA bis zu den noch nicht modernisierten, die noch nicht die Teamarbeit eingeführt haben. Neben dem Stand der Reformen beruhen die Unterschiede zwischen den CAP-Zentren auf vielfältigen und komplexen Faktoren, die miteinander vermischt sind und unterschiedliche Rhythmen der Koordination vorgeben. Es bleiben festzuhalten

- der Unterschied zwischen den Verwaltungen hinsichtlich der politischen und administrativen Ziele, der Planungen und der Organisation (z.B. die Reform der Basis-Bezirke der Gesundheitsversorgung, der Aufbau neuer CAP-Zentren anstelle der ältesten);
- der Zeitraum zwischen dem Beginn der Koordination in den reformierten Basis-Bezirken mit der größten Erfahrung, die in ein Modellprojekt eingeflossen ist; in dem Maße, wie dieses Erfolg gehabt hat, sind die Teams zusammengewachsen und in der Lage gewesen, klare Orientierungsregeln für ihre Arbeit zu erstellen;
- die Probleme, die die Mitarbeiter der beiden unterschiedlichen Institutionen, aus zwei unterschiedlichen Arbeitstraditionen, formuliert haben: Angst vor Veränderungen, unterschiedliche Reaktionsweisen auf gesundheitliche und soziale Probleme, Schwierigkeiten, die Arbeitsweise umzustellen, Unterschiede in der Ausbildung der Ärzte, die Vorstellung von neuen Auflagen, die Haltung „mich betrifft das nicht ...“ etc.

Allein schon in den drei untersuchten CAP-Zentren wurde eine Reihe von Unterschieden beobachtet und aufgedeckt, woraus wir schließen, dass es in den übrigen noch viel mehr Unterschiedliches geben könnte. Einer der Unterschiede, die wir gefunden haben, ist, dass es zwar eine einzige Eingangstür ins CAP gibt, in TORRE ROMEU und GAUDI aber zwei Aufnahmeschalter: einen für Gesundheit und einen für soziale Dienste, während man in CA N'ORIACH in der glücklichen Lage ist, in einem neuen Gebäude eine einheitliche Aufnahme einzurichten mit Telefonzentrale und einheitlicher Terminplanung.

Den erhobenen Informationen ist zu entnehmen, dass es in den reformierten CAP-Zentren mehr Möglichkeiten gibt, in der Entwicklung voranzukommen, was fundamental davon abhängt, dass die Gesundheitsteams ebenso wie die Mitarbeiter der sozialen Dienste klarere Vorstellungen von dem Mo-

dell haben. Anfangs erschien es vielen Gesundheits-Mitarbeitern wie eine Erleichterung angesichts der Bedrückung, die sie durch die gravierenden sozialen Probleme erfahren hatten und denen gegenüber sie sich machtlos fühlten, anderen erschien es wie eine „Invasion“ in ihre Welt, die sie als ihre und als einzigartig gesehen hatten.

Einer der bemerkenswerten Aspekte ist die von den Mitgliedern des Umsetzungsteams der Abteilung für Gesundheit, Ernährung und soziale Dienste geleistete Arbeit ebenso wie die der Mitarbeiter an der Basis, um zu die Mitarbeiter der Gesundheitsdienste zu informieren und bei ihnen ein Bewusstsein über die Vorteile dieses Modells zu bilden. Von den vorliegenden Informationen her scheint es, dass das Krankenpflegepersonal am leichtesten zu integrieren war, da seine Arbeitsweise am ehesten derjenigen der sozialen Dienste ähnelt.

Die Koordinierungsarbeit wurde, den beteiligten Mitarbeitern zu Folge, in intuitiver und nur wenig oder gar nicht strukturierter Form umgesetzt, in der die Kommunikation des Arztes und der Krankenschwester mit der Sozialarbeiterin sich informell entwickelt hat, gefördert durch die Tatsache, dass man sich in den gleichen Räumen traf.

Die erhobenen Einschätzungen zeigen in signifikanter Form, dass es in den nicht reformierten CAP-Zentren sehr schwierig ist, eine sozial-gesundheitliche Koordination der Fälle zu realisieren. Alle Mitarbeiter sind der Meinung, dass die grundlegenden Schwierigkeiten zurückzuführen sind auf die wenige Zeit, die die Ärzte der Koordination widmen (zwei Stunden pro Woche gegenüber sechs Stunden in den reformierten CAP), da dieses geringe zeitliche Engagement sich auf das größere oder geringere Maß an Einbindung in und Kooperation mit der Institution auswirkt – wenn auch gleichzeitig darauf hingewiesen wird, dass eine positive Einstellung dem Modell gegenüber diesen Nachteil zumindest teilweise kompensieren kann.

Von den im CAP GAUDÍ (Sant Olaguer), einem nicht reformierten Zentrum, sind einige Daten und Handlungsweisen hervorzuheben, die uns für die Bewertung der Effizienz der sozial-gesundheitlichen Koordination wesentlich erscheinen.

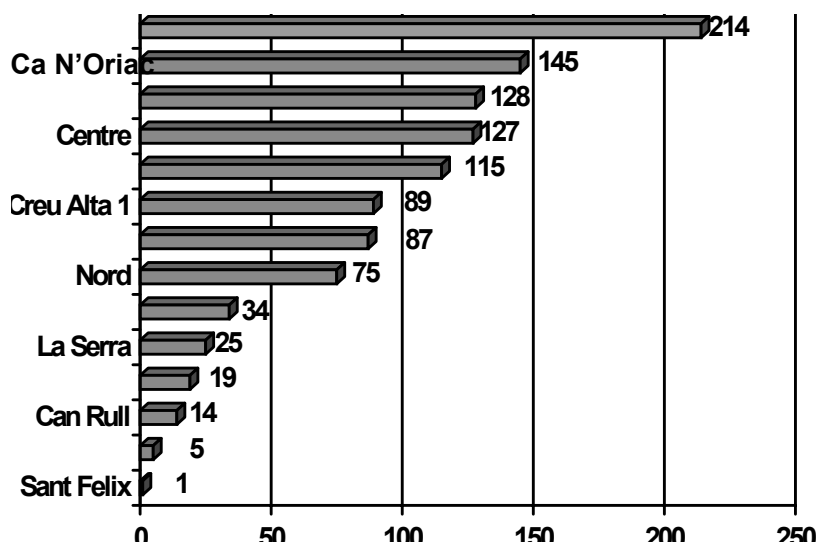
Den Erläuterungen der Sozialarbeiterin zu Folge sind die Fälle, in denen die sozialen Dienste herangezogen werden, sehr schwerwiegend und insbesondere solche, in denen die Familie bereits fast am Punkt der Aufgabe angelangt ist. Die Meldung von Risikofällen kommt nur in wenigen Fällen aus gesundheitlichen Gründen. Die Analyse der Situation und die Entscheidungsfindung werden von der Sozialarbeiterin allein durchgeführt, und

Kurzzeit-Aufenthalte haben in diesen Fällen die doppelte Funktion der Diagnose und medizinischen Behandlung sowie die der Erholung der Familie.

Von den 10 ausgewählten Fällen aus diesem CAP sind 5 Alzheimer-Kranke, 1 Querschnittsgelähmter, 2 Übergewichtige (1 davon mit Wunden in den unteren Extremitäten), 1 Artrosefall mit Mobilitätseinschränkungen und eine Blinde. Dies unterstreicht die Notwendigkeit einer gesundheitlichen Versorgung, einer Kontinuität der Behandlung, einer spezifischen Beratung sowie einer Unterstützung der Familie.

Eine andere Feststellung betrifft die große Zahl der Fälle mit Gesundheitsproblemen, die im Zeitraum zwischen Januar und Juni 1999 von den sozialen Diensten betreut wurden (vgl. Grafik 2).

**Grafik 2: Fälle mit Gesundheitsproblemen nach CAP-Zentren.  
Bevölkerung ab 65 J.**



Quelle: Departamento de Salud, consumo y Servicio Sociales. Ayuntamiento de Sabadell 1999

Eine andere Feststellung betrifft die Anzahl der Anträge auf öffentliche Heimplätze (10), die zwischen Mai 1998 und Mai 1999 gestellt wurden, im Vergleich zu La Serra (2), wobei die soziodemografische Struktur zu berücksichtigen ist.

Es ist bemerkenswert, dass die Sozialarbeiterin in diesem CAP aus eigener Initiative heraus alle Heime in Sabadell besucht und anschließend einen Führer mit allen erhobenen Angaben zusammengestellt hat, den sie allen Mitarbeitern der sozialen Dienste zur Verfügung stellt.

Schließlich ist auch das Engagement dieser Sozialarbeiterin hervorzuheben, mit dem sie Selbsthilfegruppen für Angehörige von älteren Pflegebedürftigen organisiert hat.

Dies alles spricht für die noch unbewiesene These, dass die sozial-gesundheitliche Koordination zu einer Verzögerung oder Vermeidung von Heimübersiedlungen beitragen kann.

Was das Personal betrifft, so ist bei allen interviewten Fach- und Verwaltungskräften die Überzeugung zu finden, dass eine integrierte Herangehensweise an die Probleme und ein gemeinsames Arbeiten erforderlich sind sowie die Überzeugung von den Vorteilen des Modells und der Bedeutung, die der menschliche Faktor bei dessen Weiterentwicklung hat, trotz der zuvor erwähnten Probleme (von denen einige bereits gelöst sind). Eine der Mitarbeiterinnen aus dem Gesundheitsbereich drückte es so aus: „Wenn man die sozialen, ökonomischen und kulturellen Situationen der Bevölkerung für die wir arbeiten, vor Augen hat, erscheint unklug, wer sie nicht sieht (oder sehen will).“ Die Einstellung und der Wille zur Weiterentwicklung sind die Faktoren, die in den Interviews am häufigsten genannt werden.

Zusammengefasst lässt sich der Grad gegenseitiger Durchdringung innerhalb des sozial-gesundheitlichen Modells ablesen an den nicht abgefragten Interessenbekundungen an einer Verbesserung der Arbeit, an Fortbildungen und an weiteren Kenntnissen sowie an der Form, in der die Treffen und die Beratungen ablaufen, an den Einstellungen gegenüber den Klienten, an der Respektierung und Einbeziehung von deren Erwartungen, an der Form des Umgangs der Teammitglieder untereinander (einschließlich der Verwaltungskräfte), an den Antworten auf die Interviewfragen und auf die Herausforderungen und Schwierigkeiten der Arbeit.

Das Interesse des Personals an einer kontinuierlichen Fortbildung erweist sich auf der individuellen Ebene, insofern viele der Mitarbeiter eine zweite, akademische Ausbildung durchgeführt haben oder durchführen, z.B. in der Sozialarbeit oder Anthropologie; oder in Weiterbildungs-Kursen wie Sozialmanagement oder spezifischen beruflichen Zusatzausbildungen. Auch innerhalb der CAP-Zentren ist dieses Interesse festzustellen, und es werden Fortbildungskurse für alle Mitarbeiter entwickelt, teils von den Mitarbeitern

selbst gefordert und teils von den Abteilungsleitungen der verschiedenen Verwaltungen (ICS oder Stadtverwaltung) vorgeschlagen und initiiert.

Für die Mitarbeiter liegen die Vorzüge des Modells vor allem darin, dass den Bürgern eine integrierte Versorgung gewährt wird; dass bessere Ergebnisse mit geringerer Anstrengung erreicht werden; dass die Ressourcen besser und rationeller ausgenutzt werden; dass unausgesprochene Bedürfnisse der Nutzer aufgedeckt werden, weil diesen nicht bekannt war, dass bedarfsgerechte Hilfen möglich sind; dass die einheitliche Aufnahme („ein Fenster“) eine schnelle Bearbeitung bewirkt und kostenträchtige Fehlallokationen vermeidet; dass die demografische Entwicklung die Notwendigkeit zu gemeinsamer Arbeit unausweichlich macht. In den Worten eines Mitarbeiters: „Wie kann denn jemand in der Versorgung alter Menschen eingesetzt werden, der nicht aus einer sozial-gesundheitlichen Perspektive heraus arbeitet?“

Von der methodischen Vorgehensweise sind an erster Stelle die umfassende Beurteilung (Klient – Pflegeperson – Umgebung) hervorzuheben, die in der Wohnung durchgeführt wird. Sie ist grundlegende Voraussetzung, um den Patienten kennenzulernen. „Zu dem Patienten nach Hause zu gehen“, sagt eine medizinische Mitarbeiterin im Interview, „gibt dir die Information darüber, wie er sich bewegt, was er isst, wie die Wohnung ausgestattet ist, wen er hat, wer ihn besucht etc. Also das, was all die Tests erheben.“

Die ständige Erörterung mit dem Nutzer und/oder seiner Familie über die Hilfemöglichkeiten, die dem Professionellen am besten geeignet erscheinen, aber nicht der Nutzererwartung entsprechen oder nicht für notwendig gehalten werden, machen deutlich, dass jederzeit seine Meinung respektiert wird.

Die Vernetzung öffentlicher, privater, freiwilliger, nachbarschaftlicher und familiärer Dienstleistungen zur Organisation und Unterstützung der Person, je nach Erfordernis der Situation, des Moments und der Dringlichkeit, wird begünstigt durch eine breite Kenntnis der in der Stadt verfügbaren Möglichkeiten und eine flexible Koordination zwischen allen Wohlfahrtsinstitutionen.

Das Modell hat die Flexibilität unter Beweis gestellt, sich an unterschiedliche Umgebungen anpassen zu können. Die Implementation des ATDOM-Programms erfolgt ausgehend von der Kenntnis der Gesundheitsprobleme in der Bevölkerung, um Prioritäten festlegen und auf der Grundlage konkreter Ziele arbeiten zu können. So wurde in Ca n'Orlach ein Karteikarten-System zur Identifikation der Zielgruppe aufgebaut.

Schließlich ist die gute Kenntnis hervorzuheben, die die Mitarbeiter über die Bevölkerung haben: über ihre Geschichte, ihre Probleme und Unterstützungsnetze, was sowohl die Auswertung wie die Hilfeplanung erheblich erleichtert.

Die vorgefundenen Hindernisse sind zum einen die bereits zuvor erwähnten, die die Implementation des Modells betreffen, und einige weitere, die uns bedeutsam erscheinen und die wir hier benennen.

Zum Programm ATDOM stellen wir fest (und so sehen es auch die beteiligten Teammitglieder), dass es schwierig ist, die Arbeitsweise umzustellen, dies erfordert große Anstrengungen sowohl auf der Bewusstseins-ebene wie auf der Ebene der Reorganisation der Aufgaben im CAP-Zentrum, um die im Programm genannten Ziele erreichen zu können. Noch werden die Beurteilungen und Entscheidungen über Änderungen in der individuellen Hilfeplanung in wenig strukturierter Form bearbeitet, obwohl die Teamsitzungen obligatorisch sind.

Außerdem ist die Notwendigkeit festzustellen, die klinische Falldokumentation und die soziale Falldokumentation zu einer einheitlichen zu verknüpfen, was eine integrierte Beurteilung des Prozessverlaufs der Versorgung fördert, sowohl in Papierform als auch im Computerprogramm, das zurzeit nur als Instrument für das Gesundheitspersonal aufbereitet ist. Mit den Schwierigkeiten, die zwei unterschiedliche, handschriftliche Falldokumentationen mit sich bringen, wurden wir selbst konfrontiert bei dem Versuch, konkrete Fallbeispiele zu transkribieren.

Da sich das speziell erstellte EDV-Programm noch in der Experimentierphase befindet, konnte bisher noch keine Evaluation des ATDOM-Programms durchgeführt werden. Aber die einbezogenen Mitarbeiter haben eine positive Einstellung zum Programm und sind von seinen Vorteilen (Hilfe zur Vermeidung unnötiger oder ungewollter Heimübersiedlungen) überzeugt und wollen daran weiter arbeiten (wobei die Ziele zu erweitern, konkreter auf die Personen zu beziehen und jährlich zu überprüfen sind), trotz der Schwierigkeiten wie etwa fehlenden Hilfsmitteln (z.B. Rollstuhl) oder den Verzögerungen, bis ein Platz in der Tagespflege verfügbar ist.

Diese Schwierigkeiten gehören zu denen, die als Probleme im Zusammenhang mit der Verwaltungsbürokratie aufgedeckt wurden. Trotz des flüssigen Austausches und der bestehenden Koordination zwischen den meisten der Institutionen, die an der Verteilung von Hilfsmitteln beteiligt sind, ist die Zeitverzögerung noch immer erheblich; in den Fällen, in denen sich die Situation schnell ändert, hat diese Verzögerung zur Folge, dass mittlerweile ein



anderes Hilfsmittel erforderlich wäre oder dass die Familie (im Konflikt, ob sie Hilfe akzeptieren will oder nicht) es zurückweist.

Ein weiteres Problem der institutionellen Koordination ist, dass noch immer Doppelungen der Hilfeallokation vorkommen, indem z.B. manchmal die Programme ATDOM und PADES im gleichen Haushalt aufeinander treffen.

Hinsichtlich der Knappheit der Hilferessourcen ist auf die Notwendigkeit einer Erweiterung des Angebotes an Kurzzeitpflegeplätzen, die der Familie eine Erholung erlauben, hinzuweisen, was von der Verwaltung bestätigt wird. Was die Tagespflege-Zentren betrifft, so beginnt man hier schon mit Wartelisten, obwohl dies Angebot noch wenig verbreitet ist.

Den Interviews ist zu entnehmen, dass die Nutzer das Modell der Primärversorgung in Sabadell nicht im Einzelnen kennen. Über die Zufriedenheit mit der erbrachten Dienstleistung gibt es kaum empirische Belege, da dieser Aspekt bisher noch kein Gegenstand einer Untersuchung war. Die Mitarbeiter des ATDOM beziehen sich auf die Dankesbeweise, die ihnen seitens der Familien entgegen gebracht werden, insbesondere nach dem Tod des Patienten, und beziffern die Fälle, in denen die Familien sowohl mit der Versorgung des Patienten als auch mit der Unterstützung für die Pflegepersonen zufrieden waren, auf 95 % der Nutzer.

Ebenso entnehmen die Sozialarbeiterinnen den Akten der Fälle, die nicht zum ATDOM gehören, Anzeichen der Zufriedenheit, und die Nutzer und ihre Familien bringen zum Ausdruck, dass die Maßnahmen für mehr Lebensqualität gute Wirkung gezeigt haben. Als Beleg, der zu dieser Schlussfolgerung auf die Zufriedenheit der Nutzer passt, rufen wir aus der Dokumentation der Verwaltung der Primärversorgung in Sabadell für 1997 die Anzahl der Beschwerden über das CAP Torre Romeu ab – es gab nur eine einzige.

Der Fortschritt und die Konsolidierung des Modells werden in einer doppelten Feststellung wiedergegeben: Auf der einen Seite die Veränderung, die sich im Zuge der Entwicklung der sozialen Dienste vollzogen hat, die in die Richtung einer Ausweitung der Bedarfsdeckung auf breitere Bevölkerungsschichten voranschreitet: auf diejenigen, die einen gewissen Bedarf an Dienstleistungen haben, aber auch hinreichende Kaufkraft, um zu deren Finanzierung etwas beizutragen. Ein wichtiger Schritt, um diese Bedarfsdeckung auszuweiten, ist die Weiterentwicklung der sozial-gesundheitlichen Kooperation und Koordination, im Verhältnis öffentlich – privat ebenso wie gegenüber Einrichtungen ohne Gewinnstreben; dies erlaubt, der Ansicht eines der befragten Experten zu Folge, „die Anstrengungen nicht durch neue

Infrastrukturen, sondern durch technische und dienstleistungsbezogene Orientierungen zu verstärken“, indem ihre Qualität verbessert und ihre Bekanntheit verstärkt wird. Das eindrucksvollste Beispiel dieses Fortschritts ist der Service-Scheck als Weg zur allgemeinen Zugänglichkeit und gleichzeitig zur öffentlich – privaten Koordination. Der hier begonnene Weg führt zur Bedarfsdeckung breiter Bevölkerungsschichten, die derzeit noch nicht zufriedenstellend versorgt sind.

Die zweite Feststellung und der beste Beweis für die Funktionsfähigkeit des Modells ist die Entwicklung des ATDOM-Programms, Frucht einer gemeinsam gereiften Erfahrung der sozial-gesundheitlichen Koordination, die in der Erkenntnis gipfelt, dass die geleistete Arbeit strukturiert und ausgewertet werden muss, um voran kommen zu können. Ein paralleles Beispiel ist das Projekt „Zur Verbesserung der Qualität der sozial-gesundheitlichen Primärversorgung“, das eine Sozialarbeiterin im CAP von Ca n’Oriach entworfen hat mit der Zielsetzung, im interdisziplinären Vorgehen weiter zu kommen. Die Notwendigkeit, die geleistete Arbeit zu strukturieren und zu evaluieren, koinzidiert mit der von der Abteilung für Gesundheit, Ernährung und Soziale Dienste ausgegebenen Zielrichtung, deren Mitarbeiter auf dem Weg sind, das sozial-gesundheitliche Modell auf eine konzeptionelle und praktikable Grundlage zu stellen, was notwendig ist, um einen Wegweiser für die Zukunft aufzubauen.

Das sozial-gesundheitliche Modell von Sabadell regt ein breites Themenspektrum an, das zu untersuchen wäre, insbesondere die Einflüsse der unterschiedlichen Faktoren, die bei seiner praktischen Umsetzung auftreten: der politische Stellenwert, das Familienmodell, die Größe der Stadt etc., um seine Durchführbarkeit unter anderen Rahmenbedingungen zu überprüfen.

In jedem Fall kann die Erfahrung von Sabadell ein Scheidepunkt für Programme der Versorgung von älteren, pflegebedürftigen Personen sein, zumal es durch seine Beständigkeit ebenso wie durch den Zugewinn an Phantasie unter Beweis gestellt hat, dass seine Umsetzung trotz bestehender Probleme gangbar ist. Es ist ein Beispiel für eine „gute Praxis“ und eine Herausforderung für Alle.

## **8. Bibliographie**

*Rahmenvereinbarung zwischen den Ministerien für Soziales sowie Gesundheit und Ernährung in Fragen der sozial-gesundheitlichen Koordination.* Madrid (unveröffentlicht) 1993.

- Ajuntament de Sabadell. *L'Atenció Primària Socio-sanitària. El model de Sabadell*. Juni 1985.
- Ajuntament de Sabadell. *Programa Municipal per a la Vellesa*. November 1994.
- Ajuntament de Sabadell. *Diagnòstic de Problemes i Necessitats Socials. Sector Ca n'Oriach*. Februar 1997.
- Ajuntament de Sabadell. *Diagnòstic de Problemes i Necessitats Socials. Sector La Serra*. Februar 1997.
- Ajuntament de Sabadell. *Diagnòstic de Problemes i Necessitats Socials. Sector Sant Oleguer*. Februar 1997.
- Ajuntament de Sabadell. *Diagnòstic de Problemàtica i Necessitats Socials a Sabadell*. März 1997.
- Ajuntament de Sabadell. *Activitats emergents en el Sector Socio-sanitari de Suport a la Gent Gran*. März 1997.
- Ajuntament de Sabadell. *Memòria de Salut, Consum i Serveis Socials 1997*
- Ajuntament de Sabadell. *Acción Piloto. Atención a los ancianos con necesidad de apoyo temporal y urgente (Cheque Servicio)*. November 1998
- Ajuntamiento de Sabadell. *Programa d'Atenció Domiciliària*. Dezember 1998
- Ajuntament de Sabadell. *Projecte "Cap a una millora de la Qualitat en l'Atenció Primària"*. CAP Ca n'Oriach. März 1999.
- Àrea Bàsica Torre Romeu. *Programa d'Atenció Domiciliària (ATDOM)*. 1998
- Alabart, Anna, Jordi Sapés. *La població i l'habitatge a Sabadell*. Sabadell: Ajuntament 1983.
- Alonso, José María/ M. Bernardo Gonzalo. *La Asistencia Social y los Servicios Sociales en España*. Madrid: Estudios Jurídicos. Boletín Oficial del Estado 1997.
- Cabello, Ernesto. "La coordinación sociosanitaria para la atención a los mayores en el municipio de Madrid". *La Cristalera*, 1999, núm. 8, p. 69-73.
- Carrillo, Esteban. "Case Management en las demencias: ¿una solución para el problema o una solución en busca del problema?" *Revista de Gerontología*, 1995, número monográfico, p. 71- 74
- Constitución Española*. Madrid: Tecnos, 1987.

- Decret legislatiu de Serveis Socials 17/94* . Barcelona. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya, 1997.
- Direcció Atenció Primària Sabadell. *Memòria*. 1997.
- Disposicions sobre Vellesa*. Barcelona: Departament de Benestar Social, 1992.
- Estatut d'Autonomia de Catalunya*. Barcelona: Parlament de Catalunya, 1996.
- Fernandez, Carmen et. al. *El Sistema Català de Serveis Socials*. Barcelona: EUTS. 1994.
- Hughes, Beverly. *Older People and Community Care*. Buckingham: 1995
- La Reforma de l'Atenció Primària a Catalunya*. Barcelona: Servei Català de la Salut. 1992.
- Las personas mayores en España. Perfiles. Reciprocidad familiar*. Madrid: INSERSO, 1995.
- Ley Reguladora de las Bases de Régimen Local*. Barcelona: Bayer, 1985.
- Línies estratègiques. Pla d'actuació social de Sabadell*. Barcelona: CIREM. Sabadell: Ajuntament, 1994.
- Llei d'ordenació sanitària de Catalunya*. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1990.
- Plan Concertado para el desarrollo de prestaciones básicas de Servicios Sociales en las Corporaciones Locales*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales, 1989.
- Plan Gerontológico*. Madrid: INSERSO, 1993.
- Pla Integral de la Gent Gran*. Barcelona: Departament de Benestar Social, 1993.
- Segalén, Martine. *Antropología histórica de la familia*. Madrid: Taurus, 1992.
- Vida als Anys*. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1988.
- Wacker, Robbyn.R, Karen A. Roberto, Linda E. Piper. *Community Resources for Older Adults*. Thousand Oaks: Pine Forge, 1998.

## **Diskussion des Berichtes aus Spanien**

### **Lowenstein:**

Sie sagten, dass Sie drei Zentren auswählten: Eins, das das erfahrenste war; eins, das eher innovativ war; und ein weniger erfahrenes. Wo fanden Sie das, was Sie eine „gute Umsetzung“ nennen würden? Wo war es besser, im erfahrensten oder im innovativsten?

### **Marrugat:**

Die beste Umsetzung des Programms fanden wir in dem Zentrum mit der größten Erfahrung.

### **Bar-Giora:**

Sie sprachen über ein Team: Wer ist der Leiter dieses Teams, der Sozialarbeiter oder der Arzt? Oder arbeiten sie zusammen?

### **Marrugat:**

Wir haben keinen „obersten“ Case Manager, sie arbeiten gleichberechtigt zusammen.

### **Engels:**

Gehen die Mitarbeiter des sozial-gesundheitlichen Teams gemeinsam zu den Hausbesuchen, oder gehen sie getrennt und setzen sich anschließend zusammen, um einen integrierten Plan zu erstellen?

### **Marrugat:**

Der erste Besuch wird von der Krankenschwester durchgeführt, danach kommt der Arzt und schließlich der Sozialarbeiter hinzu. Sie unternehmen die Besuche getrennt und diskutieren die Ergebnisse dann im Nachhinein in der gemeinsamen Teamsitzung.

### **Lowenstein:**

Sie erwähnten die Familie: Was passiert, wenn Kinder sich nicht an den Kosten beteiligen wollen? Sie sagen, sie hätten nicht immer ein gutes Verhältnis, oder sie fühlen sich nicht verantwortlich. Wer erbringt dann die Pflege? Werden gegen diese Kinder dann in irgendeiner Weise Sanktionen eingesetzt?

**Marrugat:**

Sanktionen einzusetzen ist nur dann möglich, wenn die alten Menschen die Justiz einschalten. Die sozialen Dienste können das nicht von sich aus tun.

**Lowenstein:**

Und, machen die alten Menschen das?

**Marrugat:**

Nein, sie machen es nicht, sie gehen nicht vor das Gericht.

# Hamburg

## **Regionales Case- und Care-management in der Altenhilfe**

Beschreibung des Modellprojekts

L. Voß

Institut für Gesundheits-, Umwelt- und Sozialplanung, IGUS e.V.

Hamburg

## **Vorwort**

Hamburg hat 1.704.731 Einwohner. 17 Prozent der Bürger (285.860) sind 65 Jahre und älter. 64,4 Prozent der über 65-jährigen sind Frauen. (Daten für 1997 des Statistischen Landesamtes Hamburg)

In Hamburg erhalten ca. 35.000 Bürger Geld aus der Pflegeversicherung.

51. 000 Bürger sind hilfebedürftig in eigener Häuslichkeit, ohne pflegebedürftig im Sinne der Pflegeversicherung zu sein. Sie erhalten bei Bedarf hauswirtschaftliche Hilfen nach § 70 BSHG. Im stationären Bereich trifft dies auf 5.000 Personen zu. (Schätzungen der BAGS aufgrund der Quoten der Infratestuntersuchung 1992) 14.000 Hamburgerinnen und Hamburger leben in Alten- und Pflegeheimen. 420 ambulante, zum Teil sehr kleine Pflegedienste erbringen Leistungen der Pflege gemäß SGB V und SGB XI.

### **1. Basis des Case-Management Projektes**

In Hamburg gibt es verschiedenste Beratungsangebote für ältere hilfebedürftige Menschen. Bisher gibt es jedoch lediglich in Anwendung des Betreuungsgesetzes Formen der Klientenbetreuung, die Ähnlichkeit mit der Methode des Case-Managements haben. In anderen Bereichen des sozialen Systems, also bei Kostenträgern, Mitgliedern von Wohlfahrtsverbänden, privaten oder öffentlichen Trägern, gibt es keine allgemein zugängliche und regelhaft durchgeführte Ansätze und Angebote von Case-Management.

### **2. Stellenwert des Case-Management für Ältere in der politischen Planung von Strukturen der Altenhilfe**

Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) fördert das Hamburger Modellprojekt „Regionales Case- und Care-Management in der Altenhilfe“.

Es geht davon aus, daß die Koordination der Hilfen, Dienste und Einrichtungen auch in Zukunft eine Aufgabe der kommunalen Daseinsvorsorge ist. Eine Kooperation und Koordination der Dienste und Einrichtungen ist demnach auf zwei Ebenen erforderlich: „Die erste Ebene bezieht sich auf den individuellen Hilfeprozess im Sinne einer auf den Einzelnen bezogenen Betreuung und Versorgung, die zweite Ebene auf die Zusammenarbeit der Dienste und Einrichtungen hinsichtlich einer bedarfsgerechten Leistungs-



struktur des Hilfesystems in der Kommune“ (BMFSFJ im Ausschreibungstext).

### **3. Ziele des Modellprojektes**

Das Modellprojekt wird von Mitarbeiterinnen des Sozialen Dienstes des Bezirksamtes für das Kerngebiet des Bezirks Wandsbek implementiert. Im Rahmen der konzeptionellen Fortentwicklung der bezirklichen Altenhilfe wird ab 15. 03. 1998 für die Dauer von ca. 2,5 Jahren das oben genannte Modellprojekt durchgeführt.

Ziele sind:

- Erprobung eines konsequenten, regionalen Vernetzungs- und individuellen Hilfeplanungsansatzes in Federführung des öffentlichen Trägers
- ausgehend von der umfassenden Bestandsanalyse aller regionalen Versorgungsakteure in der Altenhilfe Herbeiführung und Pflege von regelhafter Kommunikation (Arbeitsgemeinschaft / Konferenz / Fachbesprechung o. ä.), Kooperation und Koordination im Hilfeerbringungs-geschehen
- Durchführung individueller Hilfeplanung und deren kontinuierliche Fortschreibung (Verlaufsdokumentation)
- umfassende Dokumentation der Kosten(träger)strukturen; Nachvollzug mittelfristiger Kostenfolgen geplanter / abgestimmter Altenhilfeleistungen
- Erhebung der individuellen Beteiligungsmöglichkeiten und der Zufriedenheit der Hilfeempfänger im Hilfeplanungs- und Leistungserbringungsprozess“ (Ausschreibungstext).
- 

### **4. Rechtliche Rahmenbedingungen und Grundlagen der Altenhilfe in Hamburg**

In der Stadt Hamburg, einem Bundesland der Bundesrepublik Deutschland, ist mit dem Inkrafttreten des Bundessozialhilfegesetzes (BSHG) begonnen worden, einen stadtteilbezogenen Beratungsdienst für ältere Bürgerinnen und Bürger ab 60 Jahre in Anbindung an die bezirklichen Sozialdienststellen aufzubauen. (Hamburg hat ca. 1,7 Mio. Einwohner und ist in sieben Bezirke aufgeteilt) Dieser Beratungsdienst, die „bezirkliche Altenhilfe“, soll insbesondere die aus dem § 75 des BSHG resultierenden neuen Aufgaben der Beratung und persönlichen Hilfe für Bürgerinnen und Bürger ab 60 Jahre

wahrnehmen. Die Aufbauphase wurde 1979 abgeschlossen und die Aufgaben sind im einzelnen beschrieben wie folgt:

- individuelle Beratung
- Vermittlung von Dienstleistungen
- Wohnraum- und Heimplatzberatung
- Koordination aller Aktivitäten staatlicher und freier Träger auf dem Gebiet der Altenhilfe im Bezirk
- Sicherung des kulturellen und kommunikativen Angebots in den Stadtteilen
- Begutachtung des individuellen Unterstützungsbedarfs, Bewilligung und Vermittlung von hauswirtschaftlichen und pflegerischen Hilfen im Rahmen des BSHG
- Zivildienstleistendeneinsatzplanung

Die bezirkliche Altenhilfe ist personell so ausgestattet, daß jeweils eine Sozialarbeiterin für einen Bereich der Stadt zuständig ist, in dem ca. 8.000 bis 10.000 Bürger über 60 Jahre wohnen.

Im Rahmen der Weiterentwicklung der bezirklichen Altenhilfe werden seit Ende der 80er Jahre konzeptionelle Neuorientierungen diskutiert, deren Ziel die Verbesserung der regionalen Steuerung und Entwicklung durch die bezirkliche Altenhilfe ist. Das Ziel eines vernetzten Hilfesystems soll auch durch die Beteiligung an Kooperations- und Koordinationsformen der regionalen Altenhilfeangebote erreicht werden. Dabei wird von den Prämissen der Realisierung von Integration und Partizipation, Autonomieförderung, Prävention, Rehabilitation und Aktivierung ausgegangen.

## **5. Strukturelle Voraussetzungen des Case-Management-Projektes**

### **5.1. Personelle Ausstattung**

Zur Bewältigung der Aufgaben des Projektes inklusive der Regelarbeit der bezirklichen Altenhilfe steht dem Projekt folgende Stellenausstattung zur Verfügung:

- 0,75 Stellen Sozialarbeiterin der bezirklichen Altenhilfe
- 0,66 Stellen Projektmanagement
- 0,5 Stellen Projektassistenz

Somit ergibt sich eine Gesamtausstattung von 1,91 Stellen, besetzt durch drei Personen.

## **5.2. Qualifikationen der Mitarbeiterinnen**

Im Projekt arbeiten eine Sozialarbeiterin, eine Diplom-Verwaltungswirtin / Diplom-Sozialökonomin (Verwaltungsbeamtin des höheren Dienstes) und eine Sekretärin.

## **5.3. Formen der Arbeitsteilung**

Die Gesamtaufgabe des Projektteams, nämlich die regelmäßig in der bezirklichen Altenhilfe anfallenden Arbeiten sowie die Umsetzung der genannten Projektziele und Projektaufgaben werden von den Teammitarbeiterinnen wahrgenommen. Der Auftrag an das Projektteam sieht vor, daß die Sozialarbeiterin der bezirklichen Altenhilfe durch Projektmanagement und Projektassistenz von ihren Regelaufgaben so entlastet wird, daß sie die für die Projektarbeit zeitlichen Ressourcen erhält.

In der Praxis gestaltet sich die Aufgabenverteilung im Team wie folgt:

Die Sozialarbeiterin ist die Beraterin für alle Probleme im Zusammenhang mit dem Alter und dem Älterwerden für alle Menschen über 60 Jahre in denen ihr zugeordneten Stadtteilen. Diese Aufgaben nimmt sie zum einen im Rahmen von persönlichen sowie telefonischen Sprechstunden wahr, die öffentlich bekannt sind. Zum anderen führt sie Hausbesuche durch, wenn Senioren aufgrund eingeschränkter Mobilität nicht mehr in der Lage sind, die Sprechstunden aufzusuchen. Bei diesen Besuchen vor Ort werden überwiegend Fragen bezüglich hauswirtschaftlicher oder pflegerischer Hilfen besprochen. Es werden Problemlösungen aufgezeigt, Betreuungen (nach dem Betreuungsgesetz) angeregt oder Dienste beispielsweise bei Fällen von Verwahrlosungen koordiniert.

Die Sozialarbeiterin ist als Mitarbeiterin des Sozialamtes auch zuständig für die Begutachtung von hauswirtschaftlichen und pflegerischen Bedarfen sowie die Bewilligung von Leistungen nach dem BSHG. Außerdem obliegt ihr die Vermittlung von Zivildienstleistungen des „Mobilen Sozialen Hilfsdienstes“.

Die Projektmanagerin erledigt die laufenden Sekretariatsaufgaben. Sie nimmt der Sozialarbeiterin Routineaufgaben ab. Außerdem aktualisiert sie

die Datenbank, die Angebote und Leistungserbringer für alte Menschen enthält.

Die Projektmanagerin ist für die interne Steuerung des Projektes, für die Dokumentation und Berichterstattung an den Auftraggeber, die Steuerungsgruppe und die Information an weitere Interessierte zuständig.

Für das Case-Management entwickelt sie die Instrumente und Verfahren und entscheidet zusammen mit dem Team über die Aufnahme von Fällen ins Case-Management. In der Einzelfallbetreuung übernimmt sie von der Sozialarbeiterin einzelne Fälle im Rahmen ihrer professionellen Kompetenz.

#### **5.4. Ehrenamtliche Mitarbeit**

In die engere Projektarbeit werden keine ehrenamtlichen Mitarbeiter einbezogen, was jedoch nicht ausschließt, dass ein neu gestaltetes soziales Netz für einen Klienten auch die Arbeit von freiwilligen Helfern einschließt.

#### **5.5. Technische, sachliche und räumliche Ressourcen**

Das Projekt arbeitet in den Räumen des Sozialamtes Wandsbek, nutzt dessen Infrastruktur und verfügt über einen Sachetat, der unter anderem den Aufbau einer Datenbank und Öffentlichkeitsarbeit zuläßt.

#### **5.6. Finanzielle Ressourcen**

Das finanzielle Gesamtvolumen des Projektes beträgt bei einer Laufzeit vom 15. 03. 1998 bis zum 15. 09. 2000 DM 490.000,- Aus diesem Budget werden neben den Sachkosten, zu denen u.a. die Miete gehört, die insgesamt 1,91 Stellen des Projektes finanziert.

#### **5.7. Erreichbarkeit der Case-Managerin**

Case-Management wird sowohl von der Sozialarbeiterin als auch von der Projektleiterin durchgeführt.

Die Sozialarbeiterin ist in der Woche viermal in einer Telefonsprechstunde und zweimal in einer persönlichen Sprechstunde zu erreichen. Die Projektleiterin und die Sozialarbeiterin sind durchgehend telefonisch erreichbar. Es

können jederzeit Gesprächstermine und auch Hausbesuche vereinbart werden.

### **5.8. Trägerstruktur des Projektes**

Das Projekt ist eine Kooperation zwischen der Behörde für Gesundheit, Arbeit und Soziales (BAGS) und dem Bezirksamt Wandsbek. Die BAGS ist ein Hamburger Landesministerium und in diesen Zusammenhängen für die Fachaufsicht der bezirklichen Altenhilfe zuständig. Sie stellt die Projektmanagerin und die Sekretärin. Das Bezirksamt Wandsbek ist die kommunale Verwaltung des Bezirkes Wandsbek, einem von 7 hamburgischen Bezirken. In dem dortigen Sozialamt ist die bezirkliche Altenhilfe und damit das Projekt angesiedelt. Die Sozialarbeiterin des Projektes ist Mitarbeiterin des Sozialamtes. Das Bezirksamt nimmt jeweils die Dienstaufsicht der bezirklichen Altenhilfe wahr.

### **5.9. Konsequenzen der institutionellen Anbindung**

Die bezirkliche Altenhilfe nimmt die oben beschriebenen Aufgaben der kommunalen Daseinsvorsorge wahr. Die entsprechenden SozialarbeiterInnen treten sowohl als Leistungserbringer (Beratung, Vermittlung, Case-Management) wie auch als Vertreter des Kostenträgers (der Leistungen nach BSHG) auf.

Es wird angenommen, daß viele auch ältere Bürger das Sozialamt nicht für besonders serviceorientiert und kundenfreundlich halten und diese Sichtweise auch auf das Projekt übertragen.

### **5.10 Zielgruppe und Ziele**

Unter Case-Management wird im Projekt eine zeitlich begrenzte sozialpädagogische Intervention bei Menschen über 60 Jahren verstanden, die in der Projektregion leben und an altersbedingten Problemen leiden, die einen komplexen Hilfebedarf verursachen, dessen Befriedigung nicht schon von der Person selbst oder anderen ausreichend organisiert wird. Während der Intervention

- ist der Hilfebedarf mit geeigneten Instrumenten zu erkennen,
- sind Ziele des Hilfeinsatzes gemeinsam mit den Betroffenen zu setzen
- ist ein Hilfeplan unter Mitwirkung aller Beteiligten aufzustellen

- sind die erforderlichen Maßnahmen einzuleiten und zu koordinieren
- ist deren Verlauf zu beobachten und ggf. steuernd einzugreifen
- ist der Erfolg der Maßnahmen mit Blick auf das gesetzte Ziel zu evaluieren
- und ist die Maßnahme abzuschließen oder sind ggf. Hilfebedarf, Ziele und Hilfeplan neu zu überprüfen.

Ziel des Case-Managements ist es, den Hilfebedarf zu befriedigen, die Lebenssituation des Betroffenen zu stabilisieren und eine Erhöhung des individuellen Wohlbefindens zu erreichen.

## **6. Vorgehensweise**

### **6.1. Assessment**

Im Assessment steht die Erhebung und Bewertung folgender Aspekte im Mittelpunkt:

- Selbstmanagement
- Soziales Netz
- Materielle Absicherung
- Grundpflege
- Behandlungspflege
- Medizinische Versorgung / Reha
- Hilfsmittelausstattung / Wohnraumangepaßtheit

Auf diesem Assessmentbogen wird eine kurze schriftliche quantitative und qualitative Bewertung der Case-Managerin erwartet einschließlich der Beantwortung der Frage, ob die Altenhilfe tätig werden muß.

### **6.2. Methoden des Beratungsgesprächs**

Die Klienten werden fast immer in ihrer Häuslichkeit aufgesucht, weil ihre Mobilität durchgängig eingeschränkt ist. Das erste Gespräch dient der Anbahnung einer Vertrauensgrundlage mit dem Klienten und seinen eventuell vorhandenen Bezugspersonen.

Es wird versucht, ins Auge springende Mißstände im Einvernehmen mit dem Klienten zu beheben.

Bei einem zweiten Hausbesuch erweist sich, ob eine Vertrauensbasis besteht und ausgebaut werden kann. Hier werden erste Ergebnisse der Intervention besprochen und es werden persönlichere Fragen gestellt, etwa nach Vorhandensein und Qualität der Kontakte im sozialen Netz.

Bei der Zielgruppe des Projektes ist nach bisherigen Fallbesprechungen die Erhebung und Bewertung der Möglichkeiten des Selbstmanagements des Klienten der entscheidende Aspekt.

Erste Erfahrungen des Projektes besagen, daß die Möglichkeiten des Selbstmanagements eines alten Menschen zurückgehen können, ohne daß es zu komplexem Hilfebedarf kommt, wenn andere Personen zuverlässig die verlorenen Teile des Selbstmanagements übernehmen. Dies können Angehörige, Nachbarn, professionelle Helfer oder der gesetzliche Betreuer sein.

Um mit dem Assessment zu ersten Annahmen zu kommen, ist ein solides gerontologisches, geriatrisches und gerontopsychiatrisches Basiswissen erforderlich.

Die ersten Annahmen über die Selbstmanagementpotentiale können durch die Anwendung bestimmter Instrumente und die Dokumentation der jeweiligen Situation unterstützt werden. Als Instrumente können u.a. der Uhrentest, der Mini-Mental-State nach Folstein et al. und die Geriatrische Depressionsskala nach Yesavage, Brink, Rose et al. angewendet werden.

Zur Zeit wird versucht, die Erfahrungen der Fallbearbeitungen und Fallbesprechungen zu nutzen, um das relativ grobe Assessment zur Verfeinern.

### **6.3. Erfassung des lokalen Versorgungssystems**

Das lokale Versorgungssystem wird in einer Datenbank des Projektes erfaßt und laufend aktualisiert.

### **6.4. Berücksichtigung der Erfahrungen des Case-Managements bei politischen Planungen**

Die Verwendung der Ergebnisse ist noch nicht abzusehen, da das Projekt noch läuft.

Das BMFSFJ fördert das Modellprojekt, weil es bei den jeweiligen kommunalen Trägern der Altenhilfe ideale Bedingungen für die zukünftige und regelhafte Durchführung von Case-Management sieht.

Das Erkenntnisinteresse der BAGS richtet sich auf die Erprobung einer neuen Arbeitsweise in der bezirklichen Altenhilfe.

Die bisherigen Erfahrungen des Projektes werden der Projektsteuerungsgruppe mitgeteilt, der folgende Vertreter angehören:

- Ein leitender Mitarbeiter der Abteilung Altenhilfe der BAGS (ministerielle Ebene)
- Sozialreferent des Bezirksamtes
- Leiter des Sozialamtes
- Leiterin der bezirklichen Altenhilfe

Das Verfahren Case- und Care-Management bietet sich bei regelhafter Übernahme in die Arbeit der bezirklichen Altenhilfe an, um individuelle und strukturelle Versorgungsdefizite aufzuspüren und die Ergebnisse für politische Planungen zur Verfügung zu stellen.

#### **6.5. Individueller Hilfeplan**

Es finden Hilfeplanungen statt, die jedoch noch nicht durchgängig systematisch dokumentiert werden.

#### **6.6. Überprüfung der Hilfeplanung**

Bei Klienten mit einem umfassenden und aktuellen Hilfebedarf wird die Wirksamkeit der Maßnahmen in kurzen Abständen überprüft.

Die Mitarbeiterinnen des Projektes sind der Ansicht, daß auch alle „Altfälle“ in regelmäßigen Abständen besucht werden müßten, um neu auftretenden Hilfebedarf erfassen und managen zu können. Die Klienten mit komplexerem Hilfebedarf sind in der Regel über 80 Jahre alt und häufig in ihren kognitiven Fähigkeiten eingeschränkt.



## 6.7. Vermittlung erforderlicher Hilfeleistungen

Im Einvernehmen mit dem Klienten wird Kontakt zu verschiedenen Personen und Institutionen aufgenommen und es werden deren spezifische Angebote vermittelt. Für die Case-Managerin ergibt sich hierbei die Notwendigkeit, die jeweilige Qualität des Hilfeangebotes zu bewerten.

Es stellen sich beispielsweise folgende Fragen:

- Wie gut ist ein zu vermittelnder Pflegedienst?
- Wie beurteile ich die Qualität des vorgefundenen sozialen Netzes?
- Wie gut ist die Qualität der medizinischen Versorgung durch einen bestimmten niedergelassenen Arzt?
- Wo liegen die Stärken und Schwächen bestimmter Beratungsstellen, etwa zum Thema Wohnraumanpassung?

Die Case-Managerin muß vor ihrem eigenen professionellen Hintergrund beurteilen, welche Fragen sie selbst entscheiden kann und welche Fragen sie durch Referenzpersonen aus dem jeweiligen Bereich der speziellen Angebote entscheiden läßt.

Auch hier ist es denkbar, daß eigene Erfahrungen der Case-Managerin und die Expertise der Referenzpersonen zur Handlungsanleitungen „gerinnt“.

Auf diesem Niveau der Arbeit lassen sich auch sichere und differenzierte Kenntnisse über Versorgungslücken für die Zielgruppe gewinnen.

## 7. Fallbeispiel: Herr M.

Mit diesem Fallbeispiel soll aufgezeigt werden, wie kompliziert die Beurteilung des Hilfebedarfs im Einzelfall sein kann und in welchen Schritten auch einfache Assessments bearbeitet werden. Um dies darzustellen, wird in einem Assessment pro Hausbesuch das jeweils neu Erhobene dargestellt.

Die Nachbarin von Herrn M. ruft in der bezirklichen Altenhilfe an und bittet um Rat, da sie ihrem Nachbarn zwar weiterhin gern helfen will, jedoch mit seiner zunehmenden Hilflosigkeit überfordert ist, sich abgrenzen möchte und sich der Richtigkeit ihres Tuns versichern möchte.

## 1. Hausbesuch

Die Case-Managerin besucht Herrn M. in seiner Wohnung, um den beantragten Bedarf zu begutachten. Sie hat sich vorher bei Herrn M. und dem Pflegedienst angemeldet, sodass auch ein Vertreter des Pflegedienstes an dem Gespräch teilnehmen kann. Herr M. sitzt im Sessel des Wohnzimmers seiner 3-Zimmer-Wohnung. Herr M. ist 73 Jahre alt, gehbehindert, hat „Wasser in den Beinen“ und leidet an einer Herzinsuffizienz. Seine Frau ist vor einem halben Jahr gestorben.

Herr M. hat nach eigenen Aussagen keine Angehörigen, sondern lediglich seine Bekannten auf dem Campingplatz. Herr M. leidet nach eigenen Aussagen vor allen daran, daß er die Wohnung nicht mehr verlassen kann, weil er vom dritten Stock nicht mehr vor die Tür seines Mietshauses kommt, wo er in einer kleinen Garage seinen Elektrorollstuhl geparkt hat. Er möchte gern mit seinem PKW, der in einer Garage des Pflegedienstes steht, wie früher auf den Campingplatz fahren. Man merkt Herrn M. in dem Gespräch Unzufriedenheit und Wut über seinen Zustand an.

Der Mitarbeiter des Pflegedienstes kommt zweimal am Tag, um die Medikamentengabe zu überwachen und bestimmte Aktivitäten der Grundpflege zu verrichten. Dazu gehört auch der Einkauf und die Überwachung des Mittagessendienstes.

Der Mitarbeiter berichtet, daß auch Ausflüge mit Herrn M. stattgefunden haben.

Der Case-Managerin fällt auf, daß das Wohnzimmer sehr unaufgeräumt ist, es im Bad keine Griffe oder sonstige Hilfsmittel zum Einsteigen in die Badewanne gibt und daß kein Pflegebett vorhanden ist. Sie äußert die Vermutung, daß Herr M. seinen Sessel auch zum Schlafen nicht verläßt. Die Urinflasche neben dem Sessel und die Unterlagen deuten darauf hin, daß Herr M. zumindest allein keine Toilettengänge durchführt. Er klagt auf Befragen über Schmerzen am Steißbein.

Herrn M.'s vordringliches Interesse ist, seinen Rollstuhl oder seinen PKW erreichen zu können, um wieder „unter Leute zu kommen“.

*Im Zentrum des ersten Besuches steht die Anbahnung von Vertrauen zwischen der Sozialarbeiterin und Herrn M und die Erhebung und Beurteilung augenscheinlicher Mißstände.*

Zum Assessment beim 1. Hausbesuch:

- *Selbstmanagement:*  
*Herr M. scheint geistig klar zu sein. Die Durchführung von Tests verbietet sich, weil sie die Anbahnung des Vertrauensverhältnisses gefährden könnten.*
- *Soziales Netz:*  
*Hat keine Angehörigen, Frau vor einem halben Jahr gestorben. Nachbarin, Bekannte auf dem Campingplatz, Kontakt zu Mitarbeitern des Pflegedienstes und zum Hausarzt. Es gibt offensichtlich keine enge Vertrauensperson.*
- *Materielle Absicherung*  
*nach Aussagen des Pflegedienstes gibt es eine ausreichende Rente.*
- *Grundpflege*  
*Es gibt offensichtliche Mängel im Bereich der hauswirtschaftlichen Hilfen.*
- *Behandlungspflege*  
*Die Behandlungspflege wird nicht beurteilt.*
- *Medizinische Versorgung/ Reha*  
*Die medizinische Versorgung wird nicht beurteilt.*
- *Hilfsmittelausstattung / Wohnraumangepasstheit*  
*Mobilität in der Wohnung ist stark eingeschränkt*
- *Herr M.'s Anliegen:*  
*eine Wohnung, die zumindest die Benutzung seines Rollstuhls zuläßt. Hilfsmittel im Bad fehlen, es gibt kein Pflegebett.*

Die Case-Managerin vereinbart mit dem Mitarbeiter des Pflegedienstes die Beschaffung eines Pflegebettes und eine besser aufgeräumte Wohnung.

Ihm falle hier die Decke auf den Kopf Der Mitarbeiter des Pflegedienstes berichtet, daß ganz in der Nähe preiswerte und altengerechte Genossenschaftswohnungen fertiggestellt werden und macht das Angebot, sich um einen Besichtigungstermin zu kümmern. Herr M. willigt ein. Das Angebot, durch den Aufenthalt in einer Kurzzeitpflegestation einen „Tapetenwechsel“ zu organisieren, lehnt Herr M. ab. Er war vor kurzem auf solch einer Station,

konnte mangels Hilfe kaum das Zimmer verlassen und habe sich mit den Pflegekräften verkracht.

Der Pflegedienst berichtet, daß Herr M. ab und zu sehr aggressiv sei und auch gegenüber Pflegekräften tätlich werde. Die Case-Managerin telefoniert mit der Nachbarin und bestärkt sie darin, sich zeitlich begrenzt zu engagieren und mit Herrn M. ihre Aktivitäten im Voraus abzusprechen: Kleinigkeiten einkaufen, Dinge in der Wohnung richten, Herrn M. alle paar Tage besuchen und sich mit ihm unterhalten.

## **2. Hausbesuch**

Beim zweiten Besuch ist Herr M. sehr unzufrieden mit dem Pflegedienst, weil seine Pflegerin Elfriede nicht mehr kommt. Der Besichtigungstermin der Wohnung hat stattgefunden, sie ist Herrn M zu klein, weil er dort seinen selbstgebauten Wohnzimmerschrank nicht aufstellen kann. Die Schritte zur Beschaffung eines Pflegebettes sind eingeleitet, der Pflegedienst hat die Wohnung aufgeräumt und die Pflegedokumentation auf den aktuellen Stand gebracht.

Die Case-Managerin bespricht mit Herrn M. weitere Möglichkeiten des Umzugs in eine alten- oder behindertengerechte Wohnung.

Die Case-Managerin ermittelt mit dem Pflegedienst zwei altengerechte Wohnanlagen. Der Pflegedienst besichtigt mit Herrn M. diese Wohnungen.

*Zum Assessment beim 2. Hausbesuch:*

- *Soziales Netz:  
Pflegerin Elfriede kommt nicht mehr, Herr M. ist wütend über diesen Verlust.*
- *Materielle Absicherung  
Es gibt nach Überprüfung eine ausreichende Rente.*
- *Grundpflege  
Pflegedokumentation ist auf dem neuesten Stand, Wohnung ist aufgeräumt.*

### 3. Hausbesuch

Beim dritten Besuch kann sich Herr M. wieder nicht entscheiden, ob er umziehen soll und beklagt sich darüber, daß der Pflegedienst zu viel Geld von seinem Konto abbucht. Trotz gemeinsamer Suche sind keine Kontobelege oder Rechnungen des Pflegedienstes aufzufinden. Die Case-Managerin bekommt von Herrn M. den Auftrag, den Pflegedienst aufzufordern, die Rechnungen vorzulegen.

*Zum Assessment beim 3. Hausbesuch:*

- *Selbstmanagement:*  
*Herr M ist offensichtlich nicht in der Lage, Entscheidungen bezüglich der Gestaltung seines Lebens zu treffen, vielleicht aufgrund einer Depression.*
- *Materielle Absicherung*  
*Die materielle Absicherung wird eventuell durch den Pflegedienst gefährdet*

### 4. Hausbesuch

Beim vierten Besuch geht es Herrn M. schlecht. Er sitzt in seinem Sessel und kann sich zu Nichts aufraffen.

Die Case-Managerin kommt zu der Vermutung, daß Herr M. an einer Depression leidet und sich nicht mehr selbst managen kann. Sie schlägt Herrn M. vor, einen gesetzlichen Betreuer einzuschalten. Herr M. ist einverstanden.

*Zum Assessment beim 4. Hausbesuch:*

- *Selbstmanagement:*  
*Herr M. ist auch mit kleineren Entscheidungen seines Tagesablaufes überfordert.*

Herr M. hat wieder größere Probleme mit dem Herzen und wird in ein Krankenhaus eingewiesen.

## Diskussion des Berichtes aus Hamburg

### Wendt:

Ich denke, Herr Voß, dass Ihr Beitrag noch einmal die Bedeutung der ersten Phase im methodischen Case Management dargestellt hat, die man herkömmlich mit *outreach* bezeichnet, also: „Wen erreiche ich, und wie erreiche ich sie?“ Ich denke, dass das für unsere komparative Aufgabenstellung – nämlich zu sehen, wie funktioniert das Case Management in unterschiedlichen Strukturen – eine ganz wesentliche Frage ist: Wen wir jeweils erreichen, wie wir sie erreichen, welche Klienten ausgelesen werden und welche eben nicht in Betracht kommen. Wie kriegen wir überhaupt heraus, welche die komplexen Fälle sind, die ein Case Management nötig haben, und welche dabei unberücksichtigt bleiben können? Zwar haben sich die anderen Beiträge, die wir gehört haben, zu diesem Thema nicht so geäußert, aber ich denke, dass das überall ein Problem ist und nicht nur in Hamburg.

### Engel:

Vielleicht ist es nicht überall ein Problem – ich denke, es ist immer die Frage, wie es organisiert ist. Natürlich ist es in Deutschland ein Problem, weil es viele Zugänge zu den Dienstleistungen gibt; also gibt es auch seitens der Nutzer sehr hohe Suchkosten. Es sieht aber anders aus, wenn es einen *one door*-Zugang gibt, also ein Zugang zu Hilfeleistungen über nur eine Tür, dann habe ich die Suchkosten nach meinen Klienten nicht.

### Wendt:

Eine Ergänzung nur: Auch wenn wir einen *one door access* haben, ist es die Frage, wer durch die Tür geht und für wen die Tür zu breit, zu schmal oder sonstwie nicht gangbar ist. Das bleibt auch dabei ein Problem.

### Merotto:

Ich möchte darauf hinweisen, dass es zwei Arbeitsebenen des Case Managers gibt: Nämlich einmal die individuelle Ebene, dass man genau den Bedarf der einzelnen Personen erfassen und bearbeiten muss. Auf der anderen Seite die Ebene der Koordination verschiedener Dienstleistungen und der Organisation: Beide Ebenen gehören zum selben System und müssen miteinander kombiniert und zusammengeführt werden. Aber es ist auch sehr wichtig, dass die Mitarbeiter, die versuchen, den Bedarf der einzelnen Personen zu erfassen, nur mit dieser Aufgabe beschäftigt sind, sodass eine Differenzierung zwischen dieser Ebene und der Verantwortungsebene für die Koordination der verschiedenen Dienstleistungsanbieter möglich ist.

**Engels:**

Ich verstehe die Situation in Hamburg so, dass genau diese Schnittstelle der Zusammenarbeit mit anderen Diensten hier ein Problem darstellt, nämlich ein Akzeptanzproblem. Sie haben zwei Akzeptanzprobleme genannt: Einmal die Akzeptanz durch die älteren Bürger, weil es eben eine Case Management-Stelle ist, die kommunal angebunden ist und damit auch mit dem Sozialamt zusammenhängt. Und zum anderen die Akzeptanz auf der Ebene der anderen Dienste, sei es beim Krankenhaus, wo eine gewisse Offenheit und Kooperationsbereitschaft gegeben sein muss, sei es bei den anderen Mitarbeitern der Sozialbehörde, wo diese Case Management-Stelle nicht als eigenständige Aufgabe und Funktion akzeptiert wird. Ist das so richtig?

**Voß:**

Ja, das ist richtig. Ich denke mir, das könnte man überwinden, indem man dort durch gute Arbeit mehr Dynamik hinein bringt. Das beinhaltet aber, dass die eigene Arbeit sehr transparent für alle Beteiligten ist und dass man genau definiert, was man macht und was man nicht macht, um – sagen wir mal – auch gegenüber allen anderen Diensten klar zu bleiben und nicht vermutete Konkurrenzen aufzubauen, wo es z.B. gar keine gibt; oder wenn es dann Konkurrenzen gibt, zu klaren Abgrenzungen zu kommen.

Das geht ja in Hamburg sogar so weit, dass es innerhalb des bezirklichen Sozialdienstes ähnliche Strukturen gibt, es gibt z.B. flächendeckend in allen Bezirksämtern den sozialpsychiatrischen Dienst, es gibt den Arzt für Körperbehinderte. Wenn man bedenkt, dass Alte auch teilweise mehrfach chronisch krank und dann vielleicht auch psychisch krank sind, gibt es dadurch natürlich sehr viele Überschneidungen schon im eigenen Haus. Negativ kann das dann so aussehen, dass im Einzelfall keiner zuständig sein will. Positiv könnte das so aussehen, dass man diese Kompetenzen nutzt, natürlich in klarer Zusammenarbeit und Abgrenzung.

**Ziller:**

Ich möchte noch einmal etwas zur Frage des Zugangs sagen, weil es mir sehr darum geht, welche Teilergebnisse oder Strukturelemente in andere nationale Systeme übertragbar sind und welche nicht. Für das deutsche Recht wäre ein *one door access* in dem Sinne, dass ich die einzelnen Hilfelemente *nur* über die Case Management Struktur bekommen kann, nicht möglich. Sie wäre auch durch ein Bundesgesetz so ohne weiteres nicht herstellbar, weil hier unauflösbare Widersprüche zu offenem Zugang zum Markt – etwa im Bereich der Pflegeversicherung – produziert würden. *One door access* müsste heißen: wenn ich diese Tür gefunden habe und ich ge-

he hindurch, dann bekomme ich, wenn ich will, alle Hilfeelemente von denen, die da drin sind. Das würde vollkommen genügen; und wenn wir das für alle hätten, die Hilfe brauchen, dann wäre ich beruflich glücklich.

**Lowenstein:**

Nach unserer Erfahrung in Israel ist es viel einfacher, auf lokaler Ebene die Koordination zu realisieren und diesen *one door*-Zugang zu schaffen. Wenn man auf der örtlichen Ebene zusammen arbeitet, die verschiedenen Fachkräfte lernen sich kennen und beginnen als Team zu arbeiten, dann ist es viel einfacher, dieses Konzept des *one door access* umzusetzen, auch ohne große Gesetzgebung und ohne umfangreiche Fördermittel.

**Engels:**

Das kristallisiert sich auch immer mehr aus unserer Diskussion heraus: Auf der örtlichen Ebene oder auf Stadtteilebene sollte das Case Management angesiedelt sein.

Aber in Anknüpfung daran noch einmal eine Frage an Sie, Herr Voß: Wer soll der Träger des Case Management sein? Es gibt ja eine Tendenz dahin, dass die Kommune in dieser Verantwortung steht. Sie haben diesen Aspekt etwas skeptisch dargestellt. Was sind aus Ihrer Sicht Vor- und Nachteile einer solchen Konstruktion?

**Voß:**

Auf der einen Seite gibt es für diese Tätigkeit ja jetzt schon gesetzliche Grundlagen, die ausgeweitet werden könnten, z.B. im Bundessozialhilfegesetz. Es gibt eine ganze Menge *man-power* in diesem Bereich, wie gesagt, nicht nur mit der Altenhilfe, sondern auch mit sozialpsychiatrischem Dienst und Körperbehinderten-Dienst. Es gibt natürlich immer auch Interessenkollisionen, z.B. dass die Altenhilfe bisher auch Leistungen nach dem Bundessozialhilfegesetz bewilligt hat (oder eben auch nicht) und natürlich von da aus auch als Kontrolle aufgefasst werden kann. Das könnte man aber entzerren, indem dieser Teil der Aufgaben auf Sachbearbeitungsebene verlagert wird und die Sozialarbeiterinnen, die vielleicht zur Bewilligung von Leistungen auch etwas überqualifiziert sind, stärker in Case Management-Aufgaben eingesetzt werden. Das würde dann heißen, dass sie eine neutrale Position haben, im Gegensatz zu Wohlfahrtsverbänden, Pflegediensten und anderen Einrichtungen.



**Engels:**

Also eine klare personelle Trennung von Beratungs- und Kontrollfunktion und wahrscheinlich auch eine klare räumliche Trennung wäre zu empfehlen, sodass die Klienten nicht auf der einen Seite eine neutrale Beratung erwarten und auf der anderen Seite das Gefühl haben, im Nebenzimmer wird kontrolliert, wer welche Leistungen bekommt.

**Cappell:**

Ich würde mich dem grundsätzlich anschließen. Dabei darf man allerdings auch nicht vergessen, dass trotz Pflegeversicherung ein Großteil der Pflegebedürftigen weiter Sozialhilfeleistungen bekommt, und dass dieser Zugangsweg (der ja auch im Projekt mit einer Stichprobe aus Dauerleistungsbeziehern erfolgreich funktioniert hat) nicht verschlossen wird, sondern, dass man da zur Zusammenarbeit kommt. Genau wie man zur Zusammenarbeit mit einer ganz wichtigen Stelle in Deutschland kommen müsste, nämlich dem medizinischen Dienst der Krankenversicherungen, der ja tatsächlich ein Assessment durchführt, aber nur mit einem ganz schmalen Output, nämlich „Pflegestufe 1, 2 oder 3“, während die restlichen Erkenntnisse, die dort erhoben werden, mehr oder weniger kassenintern bleiben. Auch da müsste es zu Formen der Zusammenarbeit kommen.

Für uns betont das Projekt in Hamburg diesen Aspekt der Verwaltungsmodernisierung, der zeigt, dass es ein hartes Stück Arbeit ist, in jahrelang eingespielte Strukturen neue Elemente einzuführen. Herr Voß hat das etwas pauschal mit einer „Vernebelungsatmosphäre“ bezeichnet, ich würde eher sagen es ist so, dass es kleine, vereinzelte Dienststellen sind, von denen jede zwar nach allgemein vorgegebenen Regeln, aber auch zusätzlich nach vielen eigenen Regeln arbeitet. Neue Strukturen systematischer Arbeitsweisen einzuführen, ist tatsächlich ein Problem der Verwaltungsmodernisierung, woran wir ja in allen Bereichen arbeiten.



## **Hessen**

### **Evaluation der Beratungsstelle für Ältere in Kaufungen, Landkreis Kassel (Hessen)**

H. Scheib

Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik, ISS e.V.

Frankfurt, a. M.



## **1. Kriterien zur Auswahl der zu evaluierenden Case-Management-Stelle in Hessen**

Auf Vorschlag des Hessischen Ministeriums für Frauen, Arbeit und Sozialordnung<sup>4</sup> wurde ein Case-Management-Projekt im Landkreis Kassel zur Evaluation ausgewählt.

Wichtige Gründe für die Auswahl einer Beratungs- und Koordinierungsstelle der Altenhilfe in diesem Landkreis waren unter anderem:

- Der überdurchschnittlich hohe Anteil älterer Menschen an der Wohnbevölkerung im Landkreis. In diesem ländlich strukturierten Landkreis war Anfang der 90er Jahre der Anteil älterer pflegebedürftiger Menschen bundesweit am höchsten. Der Landkreis hatte am 31.12.1997 insgesamt 244.192 EinwohnerInnen. Von diesen waren 55.261 60 Jahre und älter (22,63%). Zum gleichen Zeitpunkt waren bereits 40.218 Personen 65 Jahre und älter.
- Im Landkreis Kassel war in den Zeit von 1993 bis 1998 das Bundesmodellprojekt SET (Soziales und Ergotherapeutisches Team) realisiert worden. Auf der Grundlage der Erfahrungen dieses Modellprojektes wurden im Landkreis Kassel ab 1998 mehrere trägerübergreifende Beratungs- und Koordinierungsstellen als Regelangebot der Altenhilfe geschaffen.

In Absprache mit der Leitstelle Älterwerden bzw. der Altenplanerin im Landkreis Kassel wurde die Beratungs- und Koordinierungsstelle für ältere Menschen in Kaufungen zur Evaluation im Rahmen der internationalen Vergleichsstudie vorgeschlagen.

## **2. Vorgeschichte der Beratungs- und Koordinierungsstellen für ältere Menschen (Case-Management-Stellen) im Landkreis Kassel und in Hessen**

### **2.1 Das Modellprojekt SET**

In der Zeit von 1993 bis 1998 wurde im Landkreis Kassel das Bundesmodellprojekt SET realisiert (Soziales und Ergotherapeutisches Team).

Im Zeitraum von 1993 bis 1996 wurde das Projekt länderübergreifend im südniedersächsischen und nordhessischen Bereich durchgeführt. Ab 1997

---

<sup>4</sup> Ab 7.April 1999 sind die Bereiche Frauen, Arbeit und Sozialordnung sowie Jugend, Familie und Gesundheit im Hessischen Sozialministerium zusammengefaßt.

haben beide Projekte die Arbeit weitergeführt, allerdings mit gesonderten Anträgen und gesonderter Finanzierung durch das zuständige Bundesministerium.

Träger und Initiator des Modellprojekts war, bezogen auf den hessischen Teil des Modells, der Landkreis Kassel.

Das Modellprojekt wurde gefördert vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, vom Hessischen Ministerium für Frauen, Arbeit und Sozialordnung und vom Landkreis Kassel.

Ziel des Modellprojekts war es, neue Wege zur Verbesserung der häuslichen Pflege von älteren und pflegebedürftigen Menschen aufzuzeigen. Zentrales Ziel dabei war es, dafür zu sorgen, daß alte und pflegebedürftige Menschen möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung bleiben können und dort möglichst optimal betreut und gepflegt werden können.

Ein weiteres Ziel bestand darin, ein Versorgungsnetz aufzubauen und die Vernetzung der Dienste voranzubringen, bestehende Lücken im Versorgungssystem aufzuspüren und diese zu schließen. Durch die Koordinierung der an der Versorgung älterer Menschen Beteiligten sollte die Altenhilfe effizienter und effektiver gestaltet werden.

Zur Erreichung dieser Ziele wurde eine Beratungs- und Koordinierungsstelle (SET) aufgebaut.

Wichtigste Aufgaben des Modellprojektes SET bezogen auf den „Einzelfall“ (Case-Management) waren:

- Information der älteren Menschen über vorhandene Hilfsangebote
- Die zugehende Beratung Hilfesuchender und ihrer Angehörigen im Rahmen von Hausbesuchen
- Die Erkundung und Ermittlung des konkreten Hilfebedarfs im Einzelfall
- Erstellung des individuellen Pflege- und Hilfeplans in Absprache mit den Pflegebedürftigen und/oder den Angehörigen und die Sicherstellung der häuslichen Pflege in Kooperation mit anderen Diensten und Einrichtungen
- Die Vermittlung, Koordination und Organisation der im Einzelfall erforderlichen Hilfen. (z.B. ambulante Pflegedienste, Haushaltshilfen, Ergotherapeuten usw.)
- Die Klärung von Finanzierungszuständigkeiten und die Herstellung von Kontakten zu einzelnen Kostenträgern

- Die Beratung bei der Wohnraumanpassung in Zusammenarbeit mit den Ergotherapeuten
- Ergebniskontrolle und Nachschau

Darüber hinaus wurden im Rahmen des Modells Gruppenangebote, z.B. Gesprächskreise für pflegende Angehörige, und spezielle Angebote für interessierte Bürgerinnen und Bürger, z.B. Vortragsreihen, Ausstellungen, entwickelt und durchgeführt.

Außerdem wurde in einer Gemeinde in Zusammenarbeit mit den beiden Kirchengemeinden, dem häuslichen Krankenpflegeverein und anderen Interessierten ein ehrenamtlicher Besucherdienstkreis aufgebaut.

Kooperation und Vernetzung waren weitere wichtige Aufgabenschwerpunkte des Modells.

Eine weitere wichtige einzelfallbezogene, aber auch einzelfallübergreifende Aufgabe des Modells war die Kooperation mit den verschiedenen Diensten und Angeboten für ältere Pflegebedürftige in der Region, mit dem Ziel der Vernetzung und der Effektivierung der Altenhilfe. So wurde unter anderem kooperiert mit den ambulanten Pflegediensten, den Pflegekassen, dem Versorgungsamt und anderen Ämtern, wie Sozialamt oder Ordnungsamt, den Krankenhaussozialdiensten, sowie den Ärztinnen und Ärzten und Kirchengemeinden in der Region.

Die MitarbeiterInnen des Modellprojektes:

Zu Beginn des Modells (1993) bestand das Team der ProjektmitarbeiterInnen aus einem Projektleiter, sieben SozialarbeiterInnen, drei Ergotherapeutinnen und zwei Verwaltungsfachkräften. Nur der Projektleiter hatte eine Vollzeitstelle, die anderen MitarbeiterInnen waren teilzeitbeschäftigt.

Ab September 1997 wurde das Projektteam durch zwei mobile gerontopsychiatrische Fachpflegekräfte, die an die Außenstelle des PKH Merxhausen (Psychiatrisches Krankenhaus Merxhausen) am Kreiskrankenhaus Hofgeismar angebunden sind, erweitert.

Das Team bestand Ende 1998 aus einer Projektleiterin, drei Sozialarbeiterinnen, zwei ErgotherapeutInnen, zwei gerontopsychiatrischen Fachkräften und einer Verwaltungsfachkraft.

Das Modellprojekt wurde während der gesamten Laufzeit von der interdisziplinären Arbeitsgruppe für Angewandte Soziale Gerontologie der Universität/Gesamthochschule Kassel wissenschaftlich begleitet.

Nach Abschluß der Modellphase wurde die Arbeit des Projektteams in veränderter Form als Regelangebot weitergeführt.

## **2.2 Konsequenzen aus den Erfahrungen des Modellprojektes SET**

Auf der Grundlage der Erfahrungen im Modellprojekt SET wurden ab 1998 im Landkreis Kassel insgesamt fünf trägerübergreifende Beratungs- und Koordinierungsstellen der Altenhilfe geschaffen.

Grundlage für die Erweiterung der Regelangebote der Altenhilfe im Landkreis war ein Beschluß des Kreistages vom 27.09.1996 zur regelhaften Versorgung älterer pflegebedürftiger Menschen im Kreisgebiet.

Die Erfahrungen des Modellprojektes fanden auch ihren Niederschlag in der Entwicklung des Rahmenkonzeptes für den Aufbau von trägerübergreifenden Beratungs- und Koordinierungsstellen für ältere Menschen in Hessen. Das Rahmenkonzept des Hessischen Ministeriums für Frauen, Arbeit und Sozialordnung (Stand Dezember 1998) regelt den Aufbau, die Weiterentwicklung und die Finanzierung von trägerübergreifenden Beratungs- und Koordinierungsstellen für ältere Menschen.

„Aufgabe dieser Stellen ist es, einen bürgernahen Service zu bieten, mit dem Ziel, umfassend über gesundheitsrelevante, sozial-pflegerische, psycho-soziale und kulturelle Dienste, Einrichtungen und Hilfen trägerübergreifend und trägerneutral zu informieren und zu beraten, bedarfs- und bedürfnisgerechte Hilfen zeitnah zu vermitteln und aufeinander abzustimmen sowie die Zusammenarbeit der Leistungsanbieter sowie die Abstimmung ihrer Angebote in der Region zu fördern.“ (Rahmenkonzept, Wiesbaden 1998)

## **2.3 Zur Förderung von Beratungs- und Koordinierungsstellen für ältere Menschen in Hessen**

Bis 1998 wurden in Hessen die Sozialstationen vom Hessischen Ministerium für Frauen, Arbeit und Sozialordnung finanziell gefördert, wobei insbesondere das Jahr 1998 zum Aufbau von Beratungs- und Koordinierungsangeboten genutzt werden sollte.



Vom Anforderungsprofil her soll die Beratungs- und Koordinierungsarbeit von SozialarbeiterInnen oder SozialpädagogInnen sowie PflegewissenschaftlerInnen – möglichst mit geeigneter Zusatzausbildung – übernommen werden. Angesichts der komplexen Problemlagen älterer Menschen wurde in der fachlichen Diskussion immer deutlicher – und dies haben auch die Erfahrungen im Modellprojekt SET bestätigt –, daß hier eine wichtige Anforderung an die Soziale Arbeit gestellt ist.

Der Arbeitsansatz und -inhalt, die Qualifikationsanforderungen an die MitarbeiterInnen der Beratungs- und Koordinierungsstellen und die strukturellen/institutionellen Bedingungen sind als Konsequenz aus den Erfahrungen u.a. des Modellprojektes SET im Rahmenkonzept des Hessischen Ministeriums für den Aufbau von trägerübergreifenden Beratungs- und Koordinierungsstellen für ältere Menschen in Hessen beschrieben.

An der Erstellung des Rahmenkonzeptes arbeitete eine vom zuständigen Ministerium eingesetzte Arbeitsgruppe mit, die unter anderem aus Sozialamtsleitern, Verbandsvertretern und Fachkräften der Altenarbeit/AltenhilfeplanerInnen bestand.

Die hessische Landesregierung hatte im Jahre 1997 entschieden, das Rahmenkonzept für den Aufbau von trägerübergreifenden Beratungs- und Koordinierungsstellen für ältere Menschen in Hessen als offizielles Landesprogramm anzuerkennen und umzusetzen.

Die neue Landesregierung hat 1999 entschieden, die Landesförderung für die Beratungs- und Koordinierungsstellen für ältere Menschen nicht weiterzuführen. Der Entwurf des Landeshaushalts für das Jahr 2000 sieht den entsprechenden Haushaltsansatz nicht vor.

### **3. Zur Entwicklung der Trägerverbände für die Beratungs- und Koordinierungsstellen für ältere Menschen im Landkreis Kassel**

Im Landkreis Kassel war nach Ablauf des Modellprojektes SET die zentrale Frage: Wie kann die Finanzierung von Beratungs- und Koordinierungsstellen für ältere Menschen als Regelangebot gesichert werden?

Es gab eine Zusage des Landkreises über einen Zuschuß von DM 25.000,- pro Stelle und Jahr; auch das Land sagte zu, pro Stelle und Jahr einen Zuschuß von 30.000,- DM zu leisten. Da klar war, daß ein einzelner Träger nicht in der Lage war, die benötigte Restsumme von DM 30.000,- bis DM

40.000,- für eine Vollzeitstelle aufzubringen, entstand die Idee der Schaffung von Trägerverbänden zur Realisierung und Finanzierung der Beratungs- und Koordinierungsstellen für ältere Menschen im Landkreis. Grundlage für die Schaffung der trägerübergreifenden Beratungs- und Koordinierungsstellen war letztendlich der Beschluß des Kreistages vom 27.09.1996 zur regelhaften Versorgung älterer pflegebedürftiger Menschen im Kreisgebiet.

Auf der Grundlage der Erfahrungen im Modellprojekt SET wurden im Landkreis Kassel ab 1998 insgesamt fünf trägerübergreifende Beratungs- und Koordinierungsstellen für ältere Menschen geschaffen. Außerdem besteht beim Landkreis eine zentrale Leitstelle „Altenhilfeplanung“. Weitere Beratungs- und Koordinierungsstellen befinden sich in Planung, so daß der gesamte Landkreis Kassel künftig versorgt sein wird.

In den Trägerverbänden haben sich die relevanten Akteure der Altenhilfe, wie z.B. die ambulanten Pflegedienste, private und freigemeinnützige Anbieter, die Kirchen und Kommunen zusammengeschlossen. Die Mitglieder der Trägerverbände finanzieren gemeinsam und mit Zuschüssen des Landkreises und des Landes Hessen die in ihrer Region befindlichen Beratungs- und Koordinierungsstellen für ältere Menschen.

#### **4. Übersicht zu den Beratungs- und Koordinierungsstellen für ältere Menschen im Landkreis Kassel**

Im Landkreis Kassel gibt es zwischenzeitlich fünf Beratungs- und Koordinierungsstellen für ältere Menschen; diese sind:

die Beratungsstelle für Senioren in Bad Emstal

Anschrift: ASB, Ortsverband Bad Emstal, Im Tor 10, 34308 Bad Emstal;

Versorgungsgebiet: Bad Emstal, Breuna, Naumburg, Schauenburg, Zierenberg;

Zu einem Trägerverbund haben sich hier am 01.01.1999 der ASB und die obengenannten Kommunen zusammengeschlossen. Für die Beratungs- und Koordinierungsstelle wurde eine Vollzeitstelle Sozialarbeit eingerichtet, die z.Z. jedoch bis zum Ablauf dieses Jahres mit einer ½ Stelle Sozialarbeit und einer ½ Stelle Krankenpflege besetzt ist. Danach soll diese Stelle ganz mit einer Sozialarbeiterin besetzt werden.

- der **Trägerverbund Ambulante Dienste – TAD in Baunatal**

Anschrift: ASB Ortsverband Baunatal, Am Erlenbach 7, 34225 Baunatal;

Versorgungsgebiet: Stadt Baunatal;

Der Trägerverbund besteht aus der Stadt Baunatal, dem ASB, den Johannitern und fünf Pflegeanbietern/ambulanten Pflegediensten; hier ist eine Vollzeitstelle mit einem Sozialarbeiter besetzt; die Beratungs- und Koordinierungsstelle ist in den Räumen des ASB untergebracht.

- das **Altenberatungszentrum (ABC) in Hofgeismar**

Anschrift: Altenberatungszentrum, Elisabethstr. 2, 34369 Hofgeismar;

Versorgungsgebiet: Bad Karlshafen, Calden, Espenau, Fulda, Grebenstein, Hofgeismar, Immenhausen, Liebenau, Reinhardshagen, Trendelburg, Oberweser;

Der Trägerverbund besteht hier aus dem ASB, der Diakoniestation Hofgeismar, dem ev. Kirchenkreis Hofgeismar, der evangelischen Altenhilfe Gesundbrunnen und fast allen Kommunen des Einzugsbereiches; der Trägerverband ist Anstellungsträger für zwei SozialarbeiterInnen (Vollzeitstellen).

- die **Beratungsstelle für Ältere in Kaufungen**

Anschrift: Beratungsstelle für Ältere, Sophie-Henschel-Weg 2, 34260 Kaufungen;

Versorgungsgebiet: Kaufungen und Nieste;

In einem Trägerverbund haben sich hier zusammengeschlossen: Die DRK-Klinik, die Gemeinde Kaufungen, die Sozialstation Kaufungen-Nieste und drei ambulante Pflegeanbieter. Die Arbeit der Beratungs- und Koordinierungsstelle wird von einer Sozialarbeiterin geleistet, die 19,25 Std./W beschäftigt ist.

- die **Beratungs- und Koordinierungsstelle der Sozialstation Vellmar**

Anschrift: Sozialstation Vellmar, Rathausplatz 1, 34246 Vellmar;

Versorgungsgebiet: Vellmar;

In Vellmar hat sich bislang noch kein Trägerverbund konstituiert; die Beratungs- und Koordinierungsstelle wird noch nicht durch den Landkreis gefördert. Die Förderung durch das Land erfolgt bereits, da Bestrebungen zur Gründung eines Trägerverbandes existieren. Das Hessische Ministerium fördert diese Bestrebungen in der Übergangsphase. Sitz ist

das Rathaus in Vellmar, hier ist eine Sozialarbeiterin in Vollzeit tätig, die auch Sprechstunden in den Sozialstationen abhält.

## **5. Angebote, Dienste und Einrichtungen für ältere Menschen im Landkreis Kassel**

Im Landkreis Kassel gibt es 55 ambulante Pflegedienste und 26 Kurzzeit-Pflegeeinrichtungen.

Außerdem gibt es 10 teilstationäre und 23 vollstationäre Pflegeeinrichtungen.

Darüber hinaus gibt es im Landkreis 10 Angebote „Betreutes Wohnen“ und 2 geriatrische Kliniken.

## **6. Die Beratungsstelle für Ältere in Kaufungen**

### **6.1 Kurzcharakterisierung des Versorgungsgebiets der Case-Management-Stelle**

Zum Versorgungsgebiet der Beratungs- und Koordinierungsstelle gehören die Gemeinden Kaufungen und Nieste.

Die Gemeinde Kaufungen hatte im Dezember 1998 12.280 Einwohner, die Gemeinde Nieste hatte 1.504 Einwohner. Im Mai 1999 hatte Kaufungen 12.683 Einwohner, die Gemeinde Nieste 1.723 Einwohner.

Ende 1998 lebten in Kaufungen 2.523 und in Nieste 327 Menschen, die 60 Jahre und älter waren. Im Alter von 65 Jahren und älter waren in Kaufungen 1.861 Personen und in Nieste 233. Die Region ist eher ländlich strukturiert.

### **6.2 Pflegedienste, Hilfsdienste und andere Kooperationspartner der Beratungsstelle für Ältere in Kaufungen**

In Kaufungen gibt es vier Pflegedienste und drei Hilfsdienste. Diese werden nachfolgend, ebenso wie die relevanten Kooperationspartner der Beratungsstelle für Ältere, aufgelistet.

### **Pflegedienste**

Sozialstation Kaufungen/Nieste,  
MC Pflorgeteam,  
Ambulanter Pflegedienst, Kerstin Kadera,  
Ambulante Alten- und Krankenpflege „Kaufunger Wald“.

### **Hilfsdienste**

Essen auf Rädern (Frisch Menü oder ortsansässige Fleischerei),  
ASB Hausnotruf,  
ASB Fahrdienst.

### **Andere Kooperationspartner**

Sozialamt,  
Gesundheitsamt,  
Betreuungsbehörde,  
Versorgungsamt,  
Landeswohlfahrtsverband als Träger der Blindenhilfe,  
Heime (Tagespflege, Kurzzeitpflege, stationäre Pflege),  
Sozialdienst und Psychologin der DRK-Klinik Kaufungen,  
Sozialdienste der Kliniken Kassels,  
Ärzte,  
Kranken- und Pflegekassen,  
Beratungsverbund Pflege (Beratungs- und Koordinationsstellen),  
Wohnraumberatungsstelle,  
Krankengymnasten/Ergotherapeuten (Praxis),  
Selbsthilfegruppen, z.B. Schlaganfall, Demenz, Krebs.

## **6.3 Infrastruktur/Angebote für ältere Menschen in Kaufungen**

Über die Pflege- und Hilfsdienste hinaus gibt es in Kaufungen vielfältige Angebote für ältere und alte Menschen von Vereinen, Kirchengemeinden usw. Nachfolgend wird eine Übersicht zu diesen Angeboten gegeben. Diese wurde von der Fachkraft der Beratungsstelle erstellt.

Ev. Kirchengemeinde Niederkaufungen	Seniorengymnastik Frauentreff, spricht vom Angebot die ältere Generation an
Kath. Kirchengemeinde	Seniorengymnastik Seniorenachmittag Seniorentanz
SPD AG 60-plus	2 x monatlich Kaffeetrinken plus politisches Thema (Referenten)

Senioren-Union Kaufungen	Vorträge oder geselliges Angebot
AWO und Gemeinde Kaufungen	Richten Kaffeefahrten aus, Seniorenkaffeetrinken, 2 x monatlich
AWO Kaufungen	Für Senioren Urlaubsangebote Busfahrten, z.B. Theaterbesuch, Besichtigungen Singgruppe
T.V. Die Naturfreunde	Mittwochs- und Seniorentreff gemütliches Beisammensein Sing- und Musikgruppe
Hessisch Waldeckischer Gebirgs- und Heimatverein Oberkaufungen e.V.	Damenwandergruppe 5 -10 km Damenwandergruppe 15 -20 km Herrenwandergruppe 10 -12 km Herrenwandergruppe 15 -20 km Wanderungen nach Wanderplan für Familien, alt und jung
Hessische Gebirgs- und Heimatver- ein Niederkaufungen e.V.	Ebenfalls Damen- und Herrenwan- dern Seniorenwandern
Sozialverband VdK Hessen	Frauengruppe, Treffen als Kaffee- nachmittag oder Fahrten
TuSpo 1893 Niederkaufungen e.V.	Wirbelsäulengymnastik für Senioren Koronar- und Kreislaufsport mit ärztlicher Betreuung
Männergesangverein 1832 mit dem gemischten Chor Oberkaufun- gen e.V.	ob jung, ob alt, Rentner oder Pen- sionär, nur Mut!
Landfrauenverband Kaufungen	Busfahrten Kaffeetrinken Referenten gemeinsam basteln, backen usw.
Skatclub Kaufungen	Angebote für alle Lebensalter
DLRG Kaufungen	Seniorenswimmen
VHS Angebote	Wechselnde Thematik

Quelle: Beratungsstelle für Ältere, Kaufungen

Als nächstes wird die neue Altenbegegnungsstätte eröffnet, wahrscheinlich noch im Juni 1999. Bei der Planung des Programms wurde die Fachkraft der Beratungsstelle hinzugezogen. Manche Angebote von Vereinen werden nur in die neuen Räume verlegt, die überwiegenden Angebote werden aber zusätzlich sein, um auch diejenigen zu erreichen, die keinem Verein, Kirche u.ä. angehören.

Die *Beratungsstelle für Ältere* wird 14tägig in den Räumen der Begegnungsstätte eine Sprechstunde anbieten.

#### **6.4 Entwicklung und Aufbau der Beratungsstelle für Ältere**

Auf der Grundlage des Rahmenkonzeptes für den Aufbau von trägerübergreifenden Beratungs- und Koordinierungsstellen für ältere Menschen in Hessen konstituierte sich in Kaufungen ein Trägerverbund mit dem Ziel, eine Beratungs- und Koordinierungsstelle für ältere Menschen zu schaffen.

Leitgedanke war die Schaffung eines Zusatzangebotes, das die flächendeckende, bedarfsgerechte und effiziente Versorgung hilfs- und pflegebedürftiger Menschen und ihrer Angehörigen im häuslichen Bereich ermöglicht.

Die Mitglieder des Trägerverbundes verpflichteten sich dazu, eine Beratungs- und Koordinierungsstelle zu unterhalten, das heißt u.a., die Bereitstellung von Räumlichkeiten und entsprechender Büroausstattung. Für die Beratung und Koordination sollte eine sozialpädagogische/sozialarbeiterische Fachkraft eingestellt werden, deren Aufgaben im Rahmenkonzept des Hessischen Ministeriums beschrieben sind.

Zum Zeitpunkt seiner Konstituierung gehörten dem Trägerverbund folgende Mitglieder an: die Gemeinde Kaufungen, das DRK und die Sozialstation Kaufungen-Nieste.

Seit dem 01.01.1999 besteht der Trägerverbund aus: Der DRK-Klinik, der Gemeinde Kaufungen, der Sozialstation Kaufungen-Nieste und den drei ambulanten Pflegeanbietern.

Am 01.07.1998 wurde die Beratungsstelle für Ältere in Kaufungen geschaffen. Die Finanzierung der Beratungs- und Koordinierungsstelle wird über den Trägerverbund mit Zuschüssen des Landkreises und des Landes Hessen gewährleistet.

## **7. Evaluation der Beratungs- und Koordinierungsstelle für ältere Menschen in Kaufungen**

### **7.1 Strukturelle Voraussetzungen für die Arbeit der Beratungs- und Koordinierungsstelle**

- In der Beratungsstelle für Ältere in Kaufungen ist eine Dipl.-Sozialpädagogin/Sozialarbeiterin als Teilzeitkraft beschäftigt (19,25 Std. pro Woche). Anstellungsträger ist das Deutsche Rote Kreuz, Heime und Anstalten, Bezirk Kassel e.V. Das DRK ist Mitglied des Trägerverbundes. Die in der Beratungs- und Koordinierungsstelle eingesetzte Fachkraft verfügt über folgende berufliche Vorerfahrungen: 3,5 Jahre Tätigkeit in einer Beratungsstelle für Krebserkrankte, mehrmonatige Praktika in einer Behindertenberatungsstelle und im Krankenhaussozialdienst. Berufsausbildung: examinierte Krankenschwester. Besonders hervorzuheben ist, daß die Fachkraft viereinhalb Jahre im Modellprojekt SET mitgearbeitet hat.
- Zur Zeit werden aus Zeitmangel der Fachkraft noch keine Ehrenamtlichen in die Arbeit einbezogen. Bislang steht für die Fachkraft die Beratungs- und Koordinierungsarbeit im Vordergrund. Sie hat jedoch die Absicht, Initiativen für ehrenamtliches Engagement ins Leben zu rufen, zum Beispiel Besuchskreise für ältere Menschen. Erste Anknüpfungspunkte und Kontakte bestehen bereits zur Arbeitsgemeinschaft sozialdemokratischer Frauen.
- Die Beratungsstelle für Ältere ist telefonisch erreichbar von Montag bis Mittwoch in der Zeit von 8:30 – 13:30 Uhr und am Donnerstag von 11:00 – 16:00 Uhr. Die Mitarbeiterin hat aufgrund ihrer Erfahrungen im Modellprojekt SET keine festen Sprechzeiten im Büro eingerichtet. Sie müßte sonst ihre Hausbesuche nach den Sprechstunden ausrichten. Insgesamt stehen Hausbesuche zur Beratung der Klienten und Angehörigen im Vordergrund der Tätigkeiten sowie Kooperations- und Koordinierungstätigkeiten. In das Büro kommen fast ausschließlich Angehörige der Klienten. Auch in diesen Fällen finden Hausbesuche der Mitarbeiterin statt, damit sie sich selbst ein Bild von der Lebenssituation der Klienten machen kann.
- Der Mitarbeiterin steht ein Büroraum von ca. 18 m<sup>2</sup> zur Verfügung. Die Einrichtung besteht aus Schreibtisch, Regalen, anderen Büromöbeln und Sitzgelegenheiten mit Tisch für Beratungsgespräche. Die technische Ausstattung besteht aus PC, Telefon und Anrufbeantworter. Die Fachkraft hat Zugang zu einem Kopierer und Faxgerät im Verwaltungsgebäude der Klinik. Die Sachkosten für das Büro trägt der Anstellungsträger. Außerdem verfügt die Mitarbeiterin über einen Dienstwagen. Sie hat über die Gemeinde auch Zugriff auf einen Kleinbus. Die Gemeinde und



die Klinik stellen ihr zudem kostenlos Räume für Veranstaltungen zur Verfügung und sorgen für die nötigen technischen Hilfsmittel, die bei Veranstaltungen benötigt werden, wie z.B. Overhead-Projektor, Video-Recorder.

- Das Büro der Mitarbeiterin ist im Verwaltungsgebäude der Klinik des DRK gelegen. Diese Fachklinik für Geriatrie mit Tagesklinik ist in einem schönen Parkgelände etwas außerhalb von Kaufungen gelegen. Die Bereitstellung von Räumen für das Beratungsbüro war seitens der Klinik dadurch motiviert, daß ein Interesse bestand, ein umfassendes Angebot für ältere Menschen zu gewährleisten. Auch aus Sicht der Klinik ist es wichtig, den sogenannten Drehtüreffekt für die Patienten/Klienten zu vermeiden.
- Die Anbindung der Beratungs- und Koordinierungsstelle an das DRK und die Lage des Büros auf dem Klinikgelände hat nach Einschätzung der Mitarbeiterin keine Konsequenzen für die Realisierung ihrer Arbeitsschwerpunkte. Sie ist im Grunde völlig eigenständig in ihren Arbeitsvollzügen und arbeitet bei Bedarf – meist nur in Einzelfällen – mit den Sozialarbeiterinnen der Klinik zusammen. Bei einer Anbindung der Beratungsstelle an die Gemeindeverwaltung wäre vermutlich mit mehr bürokratischem Aufwand zu rechnen.
- 

## **7.2 Zur Kontaktaufnahme mit der Beratungs- und Koordinierungsstelle**

In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle sind es nicht die Klienten selbst, die den Kontakt zur Beratungsstelle aufnehmen, sondern meist Angehörige, Freunde oder Nachbarn. Wichtige Gründe für die Kontaktaufnahme sind u.a. Anfragen nach Hilfe und Unterstützung für die Klienten, Fragen der häuslichen Pflege und Haushaltshilfen sowie Fragen/Probleme im Zusammenhang mit der Pflegeversicherung. Meist erfolgt die Nachfrage auf Hinweis der ambulanten Pflegedienste und aufgrund von Mund-zu-Mund-Propaganda; sehr selten melden sich Personen aufgrund von Aktivitäten der Öffentlichkeitsarbeit.

In der Aufbauphase der Beratungsstelle erfolgten viele Kontakte über die Sozialstation, besonders in Fällen, die für das Personal dort schwer zu bearbeiten waren.

Eine Statistik zur Inanspruchnahme der Beratungs- und Koordinierungsstelle wird geführt. Hierbei wird festgehalten, wer den Kontakt aufgenommen hat, wie und von wem die Kontaktperson über die Beratungsstelle erfahren hat und welche Wünsche und Erwartungen an die Mitarbeiterin

herangetragen wurden. Eine Auswertung der Nachfragerstatistik liegt bislang noch nicht vor. Sie soll zum 30.6.1999 – nach einjährigem Bestehen der Beratungsstelle – erstellt werden.

### **7.3 Zielgruppen und Ziele der Beratungsstelle für Ältere in Kaufungen**

Das Angebot der Beratungs- und Koordinierungsstelle richtet sich an:

- pflegebedürftige ältere Menschen,
- von Pflegebedürftigkeit bedrohte ältere Menschen,
- hilfsbedürftige ältere Menschen sowie deren Angehörige und Personen im sozialen Umfeld,
- Kooperationspartner, insbesondere an die am Hilfeprozess beteiligten Personen und Institutionen,
- die Bevölkerung der Region.

Die wichtigsten Ziele der Arbeit sind:

- die Verbesserung der Lebenssituation alter, kranker, hilfe- und pflegebedürftiger Menschen aus ganzheitlicher Sicht, d.h., sie so zu informieren und zu beraten, daß sie möglichst lange ein selbstbestimmtes Leben in ihrer gewohnten häuslichen Umgebung führen können. Daher gehören unabdingbar dazu:
  - die Beratung und Entlastung pflegender Familienangehöriger,
  - die Zusammenarbeit, der Ausbau und die Vernetzung der Hilfsangebote vor Ort,
  - Öffentlichkeitsarbeit, mit dem Ziel der aufklärenden Information der Bevölkerung zu Problematiken der Pflegebedürftigkeit,
  - Mitwirkung bei der kommunalen Bedarfsplanung im Bereich der Altenhilfe.

### **7.4 Aufgaben und Angebote der Beratungs- und Koordinierungsstelle**

Entsprechend der im Rahmenkonzept der Beratungs- und Koordinierungsstelle des Hessischen Ministeriums beschriebenen Aufgabenstellungen sind die wichtigsten Aufgaben der Beratungsstelle für Ältere:

„in der Einzelfallhilfe:

- Information und Aufklärung über die im Versorgungsbereich vorhandenen Hilfsangebote.

- Individuelle Beratung über die bedürfnisgerechten Unterstützungen, Versorgungsalternativen aufzeigen.
- Zugehende Beratung von Hilfesuchenden und deren Angehörigen.
- Abklärung des individuellen Hilfebedarfs und Aufstellung eines Hilfeplanes unter Einbeziehung aller am Hilfeprozess Beteiligten.
- Umsetzung des Hilfeplanes, d.h. bei Bedarf und auf Wunsch Kontakt zu den entsprechenden Leistungsanbietern herstellen, die erforderlichen Hilfen koordinieren und organisieren, Dienste und Einrichtungen vermitteln.
- Qualitätssicherung durch Begleitung des Hilfeprozesses und Ergebnis-kontrolle
- Konfliktberatung.
- Psychosoziale Beratung.
- Abklärung von Finanzierungszuständigkeiten und Unterstützung bei Kontakten zu Kostenträgern.
- Dokumentation.

in der Koordination regionaler Angebote:

- Aufbau von Kontakten und Zusammenarbeit mit allen Leistungsanbietern im Versorgungsbereich, zu Ärzten, Kostenträgern und sonstigen relevanten Institutionen, auch zu ehrenamtlich Tätigen.
- Initiierung institutionalisierter Zusammenarbeit regionaler Anbieter und Trägerorganisationen.
- Beteiligung und Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Altenhilfe (z. B. Pflegekonferenzen ).
- Initiierung und / oder Begleitung von Gesprächs- und Selbsthilfegruppen in Abstimmung und Kooperation mit den regionalen Anbietern.
- Organisation von Fortbildung für ehrenamtliche Helfer und Familienangehörige.
- Planung und Durchführung von Öffentlichkeitsarbeit.

in der Unterstützung der Sozialplanung (Altenhilfeplanung):

- Zusammenarbeit mit der planungsverantwortlichen Stelle des Landkreises.
  - Aufzeigen regionaler Bedarfe und Anregung zur Weiterentwicklung des örtlichen Versorgungsangebotes in Abstimmung mit den regionalen Anbietern.
  - Mitarbeit in entsprechenden Planungsgremien und Ausschüssen.
  - Mitwirkung bei der Erarbeitung und Sicherung von Qualitätsstandards“.
- (Teske-Kotzian: Angebotsstruktur der Beratungs- und Koordinierungsstelle, Kaufungen 1998).

## **7.5 Methoden und Arbeitsformen**

In der Beratungsstelle für Ältere wird ein Unterstützungsmanagement in der Arbeit mit älteren Menschen und ihren Angehörigen geleistet, das prozesshaft angelegt ist und idealtypisch in folgende Schritte gegliedert ist:

- Soziales Assessment,
- Hilfeplanung mit Erstellung des Hilfeplans,
- Durchführung der Hilfeplanung und Hilfevermittlung,
- Überprüfung, Überwachung und Evaluation der Hilfeplanung.

### **7.5.1 Soziales Assessment**

In der Arbeit der Beratungsstelle wird in jedem Einzelfall ein gesundheitliches, pflegerisches und soziokulturelles Assessment durchgeführt mit dem Ziel, möglichst genaue Informationen zu den Lebensumständen und der konkreten Lebenssituation des Klienten zu seinem individuellen Hilfe- und Pflegebedarf zu erhalten.

Dementsprechend geht es in den Erstgesprächen mit den Klienten, die fast immer in dessen häuslicher Umgebung stattfinden, insbesondere um die Klärung folgender Fragen:

- Wo und wie wohnt der Klient? Wohnt er/sie alleine oder zusammen mit Partner, Kindern? usw.
- Familiäre Situation: Gibt es Angehörige? Wo leben sie? Wann und wie können sie den Klienten unterstützen?
- Wie ist die gesundheitliche Situation des Klienten? Unter welchen Beeinträchtigungen leidet er/sie?
- Soziale Kontakte des Klienten: mit wem hat er/sie Kontakt?
- Wer kümmert sich um den Klienten/die Klientin?
- Abklärung des konkreten Hilfe- und Unterstützungsbedarfs des Klienten: Was kann der Klient noch selbst tun? Was gelingt ihm nicht mehr?
- Welches sind die Ressourcen des Klienten/der Klientin und welche Ressourcen gibt es im sozialen Umfeld, z.B. durch Familienangehörige, Nachbarn, Freunde usw.?
- Wenn Hilfen benötigt werden: Abklärung, welche konkreten Hilfen vermittelt werden sollen.

Da die Gespräche mit den KlientInnen fast immer in deren häuslicher Umgebung stattfinden, kann sich die Mitarbeiterin der Beratungsstelle vor Ort ein konkretes Bild verschaffen von der Lebenssituation des Klienten. Sie

gewinnt Einschätzungen zu den Fähigkeiten des Klienten und zu seinem Hilfebedarf sowie zu den möglichen Ressourcen im sozialen Umfeld.

Die gewonnenen Eindrücke und Einschätzungen werden dann von der Mitarbeiterin systematisch dokumentiert und dienen zur Vorbereitung eines auf die individuellen Bedürfnisse des Klienten abgestimmten Hilfeplans.

Zur Durchführung des sozialen Assessments ist im Positionspapier der Mitarbeiterin der Beratungsstelle folgendes festgehalten:

„Für die Einschätzung der sozialen Situation ist in der Regel ein Hausbesuch notwendig.

Ziel des Erstbesuchs ist die systematische und umfassende Einschätzung der Ressourcen und die Ermittlung des individuellen Hilfebedarfs.

Vorbereitung:

- Hausbesuch vereinbaren,
- Klarheit über anwesende Gesprächspartner schaffen,
- zeitlichen Rahmen des Hausbesuchs festlegen (Erfahrungswert 1,5 – 2 Std.),
- Vorinformationen einholen (z.B. Hausarzt, Pflegedienst, andere).

Durchführung:

- eigene Person und Institution vorstellen,
- positive Gesprächsatmosphäre aktiv gestalten,
- Vertrauen herstellen/Sicherheit und Verbindlichkeit vermitteln,
- Wünsche und Erwartungen des Betroffenen und ggf. der Angehörigen erfragen (unabhängig davon, ob alle Wünsche erfüllbar sind),
- Informationen sammeln für weitere Hilfeplanung: körperliche, soziale, ökologische und finanzielle Ressourcen, bereits vorhandene Hilfen, Kostenträger ermitteln,
- Möglichkeiten und Bedarfe aus fachlicher Sicht sorgfältig ermitteln,
- Auftrag des Unterstützungsmanagers gemeinsam definieren,
- Stammdaten zur Sozialanamnese, wichtige Daten zur Dokumentation in Anwesenheit des Betroffenen so vollständig wie möglich erstellen,
- Datenschutz zusichern, ggf. Einverständnis für weitere Erkundigungen einholen,
- Absprache über nächste Schritte vereinbaren,
- Termine festlegen,
- Informationsmaterial, Visitenkarte hinterlassen“.

(Teske-Kotzian: Case-Management Positionspapier, Beratungsstelle für Ältere, Stand 1999).

Alle für das Soziale Assessment relevanten Daten, wie z.B. die persönlichen Daten des Klienten/der Klientin und der Angehörigen, Daten zur Kontaktaufnahme/Inanspruchnahme der Beratungsstelle, Daten zur Sozialen Situation und zum Hilfebedarf des Klienten, zu seiner Wohnsituation und seiner finanziellen Absicherung usw. werden von der Mitarbeiterin der Beratungsstelle sorgfältig dokumentiert. Ab dem Zeitpunkt der ersten Kontaktaufnahme zur Beratungs- und Koordinierungsstelle werden alle telefonischen und anderen Kontakte von der Mitarbeiterin notiert und eine Klientenakte geführt, in der unter anderem auch die Daten zur Vorbereitung, Durchführung und zum Ergebnis der Hilfeplanung dokumentiert werden.

Die verschiedenen Instrumente des Assessments und der Hilfeplanung wie Formblätter und andere Unterlagen, enthält Teil I des Anhangs.

#### **7.5.2 Hilfeplanung/Zielvereinbarung**

- Die im Assessment gewonnenen Informationen zum Klienten und seinem Lebensumfeld sowie zu seinem Unterstützungsbedarf werden von der Mitarbeiterin ausgewertet und es werden die abzuklärenden Schritte/Fragen zusammengestellt. Diese Fragen bzw. Schritte können zum Beispiel sein: Müssen weitere Informationen von Angehörigen eingeholt werden? Soll ein Kontakt zum Hausarzt hergestellt werden? Welche Hilfen sind aus fachlicher Sicht nötig? Sind eventuell Preisvergleiche zu den Angeboten einzuholen usw.?
- Hilfeplanung und Zieldefinition erfolgen nach dem Selbstverständnis der Mitarbeiterin als Prozess und sind damit offen für Neu- und Umformulierungen. Der Prozess der Hilfeplanung beinhaltet folgende Elemente bzw. Arbeitsschritte:
  - „Auf der Basis der ermittelten Ressourcen Bedarfe und Ziele formulieren,
  - Hilfeplanung in Abstimmung mit dem Betroffenen oder seiner Bezugsperson vornehmen,
  - Ordnung der zuvor festgelegten Ziele in einer Rangfolge und möglichst Festlegung einer zeitlichen Abfolge,
  - Strategisch vorgehen, d.h., gewählte Ziele schrittweise anstreben,
  - Betroffene/Bezugspersonen auf Alternativen hinweisen, Motivation zur Erprobung,
  - Kompromisse finden zwischen Wünschen und dem, was fachlich sinnvoll ist und den realen Möglichkeiten entspricht,

- Über die Möglichkeiten des Hilfesystems verständlich informieren,
- bereits beteiligte oder heranzuziehende Dienste in die Planung einbeziehen,
- Vertrauen zwischen Betroffenen, den Diensten und der Beratungsstelle herstellen,
- festlegen, wer was, wann und in welchem Umfang zu tun hat.

(Teske-Kotzian, Case-Management-Positionspapier der Beratungsstelle für Ältere, Stand 1999)

- Auf der Grundlage des Hilfeplans werden von der Mitarbeiterin im Namen des Klienten und mit dessen Einverständnis – abhängig vom jeweiligen Einzelfall – mit anderen Institutionen verbindliche Absprachen getroffen, z.B. mit Pflegediensten, Krankenkassen, Ämtern, Pflegekassen usw. Die Absprachen beziehen sich vor allem auf die individuelle Form, Art und Häufigkeit der Hilfeleistung. Die Vermittlung der erforderlichen Hilfen ist eine zentrale Aufgabenstellung der Mitarbeiterin; wenn nötig kümmert sich die Beratungsstelle auch um die Finanzierung der Hilfeleistungen.
- Dokumentiert wird von der Mitarbeiterin der Beratungsstelle jeder Kontakt mit und für den Klienten, jedes Telefonat sowie der Inhalt und das Ergebnis von Absprachen mit den in den Hilfeprozess einbezogenen Personen und Institutionen; weiterer wichtiger Inhalt der Dokumentation des Hilfeplans sind Absprachen zu den zu erbringenden Leistungen (z.B. nach dem BSHG, der Pflegeversicherung usw.) und eine Übersicht über gestellte Anträge.

All diese Punkte werden in einem Verlaufsbericht dokumentiert (vgl. Formblatt 6 in der Anlage). Außerdem wird in die Klientenakte der gesamte Schriftverkehr mit Ämtern, Diensten usw. ebenso aufgenommen wie Kopien relevanter Briefe, Anträge, Vollmachten, Bescheide und ähnliche Unterlagen.

### **7.5.3 Überwachung, Überprüfung und Kontrolle der Umsetzung des Hilfeplans**

Im Case-Management-Positionspapier der Mitarbeiterin der Beratungsstelle ist hierzu folgendes festgehalten:

„Der Schritt Kontrolle/Überwachung vollzieht sich parallel zum Schritt Umsetzung/Durchführung. Daher besitzen einige Aspekte des vorgenannten Standards für beide Case-Management-Schritte Gültigkeit. Die Kontrollfunktion bezieht sich sowohl auf den Prozess als auch auf die Ergebnisse.“

- Die Kontrolle und Überwachung aller Beteiligten als sinnvolle und notwendige Funktion im Verlauf des Unterstützungsprozesses nicht als Bevormundung vermitteln,
- Die Durchsetzung der Interessen gegenüber dem Gemeinwesen überwachen,
- Den Hilfeplan als Checkliste verwenden,
- Zeitplan für Kontrolle einhalten,
- Erreichen von Teilzielen mit dem Betroffenen besprechen, evtl. Korrektur,
- Wenn gesteckte Ziele nicht erreicht werden, nach Ursachen suchen: waren die Ziele falsch gesteckt? Gibt es Mängel in der Organisation des Hilfeprozesses? Wurden falsche Maßnahmen ergriffen? Sind Hindernisse aufgetreten?
- Rückmeldung an die Beteiligten im Unterstützungsnetzwerk geben, evtl. Fallkonferenzen einberufen.“

(Teske-Kotzian, Case-Management-Positionspapier der Beratungsstelle für Ältere, Stand 1999)

Im Interview konkretisierte die Mitarbeiterin diese Aufgabenstellung: „Die Beratungsstelle bietet sich auch nach der Vermittlung der Hilfen weiter als Ansprechpartner an und koordiniert gegebenenfalls die unterschiedlichen Hilfeleistungen. In der Beratungsstelle laufen alle Fäden zusammen, die für die individuelle Leistungserbringung nötig sind.“

Die Mitarbeiterin verfolgt in jedem Einzelfall weiter, ob die Hilfeleistungen auch im vereinbarten Sinn erbracht werden. Sie prüft kontinuierlich, ob die Hilfen ausreichen oder ob auch auf bestimmte Hilfen (z.B. bei der Verbesserung des Zustandes des Klienten) verzichtet werden kann.

Dort, wo es nötig ist, nimmt die Mitarbeiterin der Case-Management-Stelle auch an Dienstbesprechungen z.B. der Pflegedienste teil. In jedem Fall überprüft sie, nachdem sie die Hilfen vermittelt und eingeleitet hat, ob diese auch sichergestellt sind; dies geschieht entweder beim nächsten Hausbesuch beim Klienten oder aufgrund von telefonischen Kontakten mit diesem. Erst wenn sich aus Sicht des Klienten die Situation stabilisiert hat und nach seiner Auskunft alle Anträge gestellt sowie die erforderlichen Hilfen angemessen erbracht werden, würde die Mitarbeiterin ihre Arbeit für abgeschlossen erachten und dies dem Klienten mitteilen. Sie würde dann abwarten, bis sich der Klient bei Bedarf wieder an sie wendet.



## **7.6 Zur Erfassung des lokalen Versorgungssystems und zur Aktualisierung der Angebote im Altenbereich**

Die Mitarbeiterin der Beratungsstelle für Ältere verfügt – auch aus der Zeit ihrer Mitarbeit im Modellprojekt SET – über umfangreiches Informationsmaterial zu den ambulanten, teilstationären und stationären Diensten und Einrichtungen der Altenarbeit und der Altenhilfe im Landkreis Kassel.

Die Unterlagen zu den Diensten und Einrichtungen sind gut systematisiert, so daß die Mitarbeiterin je nach Bedarf im Einzelfall die Klienten über die verschiedenen Angebote, z.B. zu den Angeboten verschiedener Pflegedienste zur Tages- und Kurzzeitpflege, zur geriatrischen Rehabilitation oder zu anderen Hilfsdiensten, informieren kann. Aufgrund ihrer Unterlagen kann die Mitarbeiterin jederzeit Preisvergleiche, z.B. bei den Pflegeheimen, anstellen und die Klienten dementsprechend informieren.

Für die einzelnen Dienste und Einrichtungen im Altenbereich hat die Mitarbeiterin – über das gesammelte und systematisierte Informationsmaterial der Dienste und Einrichtungen hinaus – eigene Formblätter entwickelt; so enthält das Formblatt zu Heimen beispielsweise Angaben zu Namen und Adressen der Einrichtungen, zur Trägerschaft, Heimleitung und Ansprechpartnern sowie zu den Angeboten des Heimes mit Angaben zur Anzahl der Plätze im Alten- und Pflegeheim, zur Kurzzeitpflege und zur Tagespflege sowie zu therapeutischen Angeboten und eventuellen Besonderheiten.

Ähnliche Formblätter wurden für die ambulanten Pflegedienste und andere Angebote im Altenbereich (z.B. Seniorenkreis) entwickelt (vgl. dazu die Formblätter „Angebot im Altenbereich“ und Angebote „Alten- und Pflegeheim/Kurzzeit- und Tagespflege“ im Anhang dieses Berichts).

Die Informationsmaterialien der Dienste und Einrichtungen werden ebenso wie die entsprechenden Formblätter kontinuierlich aktualisiert; dies gilt insbesondere für die Ansprechpartner und die Preise des Angebots. Die Aktualisierung erfolgt jeweils entweder aufgrund von persönlichen Kontakten der Mitarbeiterin der Beratungs- und Koordinierungsstelle zu den Diensten/Einrichtungen, aufgrund von Presseveröffentlichungen oder von aktualisierten Angaben der Angebotsträger, die der Beratungsstelle zugeleitet werden.

Auch in der Arbeitsgruppe der Beratungs- und Koordinierungsstellen für ältere Menschen im Landkreis Kassel findet ein regelmäßiger Informationsaustausch zu Angeboten im Altenbereich statt, aufgrund dessen die Angebote jeweils aktualisiert werden; so findet in diesem Arbeitskreis regelmäßig

auch ein Informationsaustausch statt, z.B. zu aktuellen Ärztelisten, Angebotslisten der Pflegedienste u.a.

Aktuelle Informationen über die Entwicklung der Angebote im Altenbereich erhält die Beratungsstelle für Ältere auch über den Beratungsverbund Pflege in der Stadt Kassel.<sup>5</sup>

### **7.7 Zur Weitervermittlung der Erfahrungen der Case-Management-Stelle an die planenden und politischen Institutionen**

Wenn die Mitarbeiterin der Beratungsstelle in ihrem Versorgungsgebiet, der Region und/oder im Landkreis Defizite feststellt, vermittelt sie dies gleich an die Altenhilfeplanungsstelle des Landkreises weiter. Zur zentralen Leitstelle „Altenhilfeplanung“ bestehen sehr gut Kontakte, da diese mit der früheren Leiterin des Modellprojektes SET besetzt ist.

Relevante Informationen und Erfahrungen der Case-Management-Stelle Kaufungen können über die Leitstelle „Altenhilfeplanung“ direkt an die im Altenbereich sehr engagierte Sozialdezernentin und somit in die politischen Gremien weitervermittelt werden.

Eine wichtige Funktion für den Erfahrungstransfer zum Politikbereich erfüllt auch die Arbeitsgemeinschaft der Beratungs- und Koordinierungsstellen im Landkreis Kassel. Wenn die Mitarbeiterin der Beratungsstelle Defizite in der Versorgung älterer Menschen in der Gemeinde Kaufungen feststellen würde, würde sie sich zunächst an den Trägerverbund wenden und hier Vorschläge zur Verbesserung der Situation einbringen. Eine weitere Möglichkeit besteht darin, den Bürgermeister der Gemeinde, der ebenfalls für Fragen im Bereich der Versorgung älterer Menschen sehr offen ist, anzusprechen und mit ihm Lösungsmöglichkeiten zu erörtern.

## **8. Fallberichte**

Die nachfolgenden Fallberichte wurden durch die Fachkraft der Beratungsstelle für Ältere, Frau Teske-Kotzian, erstellt.

---

<sup>5</sup> In der Stadt Kassel hat sich ein Beratungsverbund Pflege konstituiert. Er ist entstanden aus einem Zusammenschluß der Stadt Kassel mit der Arbeiterwohlfahrt Hessen-Nord e.V., der Diakoniestation der Ev. Kirche in Kassel gemeinnützige GmbH, des Caritasverbandes Kassel e.V. und der Rund um Pflege gemeinnützige GmbH. Der Beratungsverbund Pflege arbeitet mit allen Institutionen aus den Bereichen Gesundheit, Alter und Pflege zusammen.

### Fall 1, Frau K.

Frau K. wird mir vom Sozialdienst des Medizinisch Geriatrischen Krankenhauses (DRK-Klinik) in Kaufungen gemeldet.

Frau K. ist zum wiederholten Male in der Klinik. Grund ist ihre Multimorbidität. Besonders betroffen sind die unteren Extremitäten mit Schmerzen in den Gelenken und Schwierigkeiten beim Laufen. Die Sozialarbeiterin gibt eine allgemeine depressive Struktur an. Frau K. fühlt sich vom Leben betrogen, da ihr Ehemann im Krieg ein Bein verloren hat und aufgrund seiner Behinderung keine qualifizierte Berufstätigkeit mehr ausüben konnte. Der Ehemann ist vor 5 Jahren verstorben. Die Witwenrente und ihre eigene Rente reichen zum Lebensunterhalt nicht aus, sie bekommt noch laufende „Hilfe zum Lebensunterhalt“ nach dem BSHG (Sozialhilfe).

Die Entlassung von Frau K. wurde sehr kurzfristig entschieden, deshalb wendet sich der Sozialdienst an mich. Ein Antrag auf Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI ist vom Sozialdienst gestellt worden. Die Bitte an mich ist, die Entscheidung zu kontrollieren und gegebenenfalls Widerspruch einzulegen, da sich der Zustand von Frau K. in letzter Zeit erheblich verschlechtert hat. Im Abschlußgespräch hat Frau K. erzählt, daß sie im Dezember umzieht, in die neuen barrierefreien Wohnungen, die von der Gemeinde Kaufungen bis dahin fertiggestellt werden. Ob das Sozialamt die Mietkosten weiterhin und in welcher Höhe übernimmt, weiß Frau K. nicht, daran hatte sie noch gar nicht gedacht.

Im Rahmen der „**Überleitung vom Krankenhaus nach Hause**“ findet hier die Kooperation mit der ambulanten Beratungs- und Koordinationsstelle, der **Beratungsstelle für Ältere** statt. Da das Büro der Beratungsstelle auf dem Klinikgelände liegt, kommen die Sozialarbeiterin und die Klientin zum ersten Kennenlernen gemeinsam zu mir.

Dieses **Erstgespräch**, im Rahmen des **sozialen Assessment**, dient der Vertrauensbildung und der Ermittlung des individuellen Hilfebedarfs. Im Gespräch erfahre ich, daß Frau K. allein in einer großen 3 Zimmer Wohnung in der ersten Etage lebt. Ihre Tochter wohnt nicht weit entfernt. Sie übernimmt das Einkaufen, die gesamte Hauswirtschaft, einschließlich Wäsche waschen und bügeln, ist auch bei der Körperpflege behilflich und wenn Frau K. Termine außerhalb hat, z.B. Arztbesuche, Behördengänge oder die Teilnahme an Veranstaltungen für ältere Menschen, macht sie auch noch den Fahrdienst.

Das Sauberhalten der großen Wohnung wird der Tochter zuviel, zum anderen könnte Frau K. Besuche von Nachbarn und Freundinnen oder auch

kleinere Besorgungen allein machen, wenn sie nicht in der ersten Etage wohnen würde. Ein Rollator als Hilfsmittel, zur eigenen Sicherheit beim Gehen, steht ihr von der Krankenkasse zu. Der Rollator darf aber nicht im Treppenhaus „geparkt“ werden, da es ein größeres Mietshaus ist, wo auch der entsprechende Platz fehlt. Wenn der Rollator aber in der Wohnung steht, müßte ihn jemand für Frau K. tragen. Somit büßt sie einen Teil ihrer eigentlich noch verbliebenen Selbständigkeit durch die Wohnverhältnisse ein.

Dieses hatte die Familie erkannt und sie zum Umzug motiviert. Frau K. freut sich schon auf die neue Wohnung, da sie viele der alten Menschen kennt, die auch dort einziehen. Mit einigen ist sie gemeinsam zur Schule gegangen, sie ist eine gebürtige Kaufungerin.

Zur Einschätzung der sozialen Situation und der familiären Ressourcen reichen mir diese Angaben vorerst aus. Um den derzeitigen individuellen Hilfebedarf zu erfassen, muß ich meine Fragen konkretisieren bzw. in logischer Reihenfolge abfragen

- ist die Wohnung fristgerecht gekündigt worden?
- ist das Sozialamt über den Umzug informiert worden?

Nach einem kurzen Telefonat mit der Tochter stellt sich heraus, daß sich jeder auf den anderen verlassen hatte, die alte Wohnung ist noch nicht gekündigt. Die Wohnungsbaugenossenschaft bestätigt, daß die Kündigung in 2 Tagen bei ihnen auf dem Tisch liegen muß, um die Frist zu wahren. Frau K. war froh, daß wir sofort ein formloses Kündigungsschreiben im PC erstellen konnten, sie es unterschrieben hat und per Fax dem Vermieter zugesendet wurde. Denn eine doppelte Miete hätte das Sozialamt nicht bezahlt.

Die Tochter bestätigte mir, daß sie das Sozialamt über den Umzug schon in Kenntnis gesetzt hat. Ich informiere Tochter und Mutter darüber, daß sie alle Rechnungen, die im Zusammenhang mit dem Umzug stehen, unbedingt aufheben müssen, um sie hinterher beim Sozialamt einzureichen.

Für meine Dokumentation benötige ich einige persönliche Angaben (Stammblatt A und B), die ich gern am Ende des Erstgesprächs abfrage, um unnötige Rückfragen zu vermeiden:

- Name, Anschrift und Telefonnummer des Hilfsbedürftigen,
- Geburtsdatum,
- Lebenssituation,

- direkte Bezugsperson (Angehörige, Nachbarn etc.),
- behandelnder Arzt,
- Krankenkasse/ Pflegekasse,
- weitere Unterstützung durch welche Personen/ Institutionen,
- vorhandene Hilfsmittel.

Ich wiederhole am Ende des Gesprächs die wichtigsten Punkte, die angesprochen wurden oder auch Absprachen, die wir vereinbart haben und lasse mir vom Klienten mündlich bestätigen, ob ich alles richtig verstanden habe und er damit einverstanden ist, daß ich die notwendigen Schritte einleite. Bei Frau K. konnte ich im Moment nichts weiter unternehmen, trotzdem stelle ich mich als Ansprechpartnerin zur Verfügung, wenn Fragen oder Probleme auftauchen. Unsere Absprache war, daß sie mich umgehend anruft, sowie sie einen Bescheid von der Pflegekasse erhält.

Den Bogen **Hilfeplanung** in meiner Dokumentation fülle ich erst in Ruhe im Büro aus. Unter *Ausgangslage* halte ich die soziale Situation in kurzen Sätzen fest. Unter *abzuklären ist* zähle ich stichpunktartig (hier ausführlich mit Erläuterungen) die möglichen/ notwendigen Schritte aus fachlicher Sicht auf. Bei Frau K. waren dies:

- bei positivem Bescheid der Pflegekasse sofort Antragstellung auf Zuschuß für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes des Pflegebedürftigen nach §40 Abs.4 SGB XI (Pflegeversicherungsgesetz), hier können Umzugskosten bezuschußt werden,
- nach erfolgtem Umzug Antrag auf zuzahlungsfreien Hausnotruf gemäß Pflegeversicherungsgesetz § 40 Abs.3 stellen, die neuen Wohnungen sind alle mit einem Notruf-System ausgestattet und werden mit den Nebenkosten abgerechnet,
- nach erfolgtem Umzug den Bescheid über die „Gewährung von einmaligen Leistungen“ des Sozialamtes, hier Auszugsrenovierung, Einzugsrenovierung, Umzugskosten, notwendige Anschaffungen, kontrollieren, ggf. Widerspruch,
- Kontrolle von Befreiungen: Fernseh- und Rundfunkgebühren, Telefon-Sozialtarif, vollständige Befreiung von den Zuzahlungen nach § 61 SGB X (Gesetzliche Krankenversicherung).

Ende August ruft mich Frau K. von zu Hause aus an, daß sie schon die Bestätigung der Kündigung erhalten hat und sie sich freut, daß sie mich jetzt anrufen kann, wenn sie etwas nicht versteht, denn ihre Kinder kennen sich ja auch nicht aus.

Ende November, nach erfolgtem Umzug, informiert mich die Tochter über die Einstufung in die Pflegestufe I (SGB XI). Ich melde mich bei Frau K. zum Hausbesuch an, um die nächsten Schritte mit ihr persönlich zu besprechen.

Sie erwartet mich sehnsüchtig und teilt mir sofort alle Mängel in der Wohnung mit. Auch die Aufregungen des Umzugs sind für sie wichtig zu erzählen. Sie zeigt mir die Post vom Sozialamt und schimpft, warum sie nicht richtig „deutsch“ sprechen können, sie und auch ihre Tochter verstehen den Brief nicht.

Das Sozialamt fordert von ihr eine persönliche Stellungnahme, ob diesem Umzug gesundheitliche Gründe zugrunde liegen, ebenso eine Stellungnahme des Hausarztes. Danach kündigen sie den Besuch des Amtsarztes vom Gesundheitsamt an, der ebenfalls seine medizinische Einschätzung abgibt. Letztendlich geht es darum, ob die Mietkosten in voller Höhe anerkannt werden, pauschal abgegolten werden oder Wohngeld gezahlt wird. Ich versuche, ihr die Unterschiede und den Behördenweg in einfachen Worten zu erklären, am Schluß ist sie zumindest beruhigt

Ich befrage sie noch einmal nach den Gründen für den Umzug, nach körperlichen Einschränkungen und dem Hilfebedarf aus ihrer Sicht. Wir sprechen ab, daß ich den Brief formuliere und dieser nach gemeinsamer Durchsicht von ihr dann unterschrieben wird. Für den Hausarzt habe ich schon ein selbst entworfenes Formular für diese Zwecke. In einem kurzen Anschreiben schildere ich den Sachverhalt und die Notwendigkeit seiner Stellungnahme. Ich setze Frau K. davon in Kenntnis, daß ich die ärztliche Stellungnahme veranlasse, wenn sie es wünscht. Sie ist einverstanden.

Im weiteren informiere ich sie über die Möglichkeit, von der Pflegekasse einen Zuschuß zum Umzug zu bekommen. Wie überall, muß der Antrag vor dem Umzug gestellt werden. Da ihre Einstufung aber vorher noch nicht feststand, will ich mit der Sachbearbeiterin sprechen. Einen Antrag für die Übernahme der Kosten für einen Hausnotruf habe ich dabei, die Daten fülle ich mit ihr aus und sie unterschreibt gleich.

Ich informiere sie darüber, daß ich für sie eine Akte anlege, in der ich ihre Unterlagen sammle. Sie bekommt aber von jedem Schreiben auch eine Kopie, damit sie und ihre Angehörigen nachlesen können, was ich beantragt oder geschrieben habe.

Auf meinem Hilfeplan steht noch die Überprüfung von Befreiungen. Da Frau K. schon länger Sozialhilfe bekommt, ist das in Ordnung.

Mit dem ersten Hausbesuch beginnt der Prozess der **Umsetzung/ Durchführung** des Hilfeplans. Wieder im Büro führe ich Gespräche mit Sachbearbeitern/Innen der Pflegekasse, des Sozialamtes, des Wohngeldamtes, des Gesundheitsamtes. Der Schritt **Kontrolle/ Überwachung** vollzieht sich parallel zur Umsetzung. Ich frage in Abständen nach, wie weit der Antrag ist, ob ich noch etwas nachreichen muß oder an welcher Stelle es hakt. Bei Frau K. stellte sich heraus, daß der Hausarzt gerade im Urlaub war und das Sozialamt deshalb keine Entscheidung treffen konnte, da die ärztliche Stellungnahme fehlte. Die persönliche Kooperation ist sehr von Vorteil, da man miteinander schon Erfahrungen gesammelt hat und wenn diese positiv waren, können manche Prozesse auch beschleunigt werden.

In der Zwischenzeit sind die Kontakte mit Frau K. telefonisch gelaufen. Sie benutzt immer gleich die Gelegenheit, mir von ihrem Prozess des Einlebens in die neue Umgebung zu erzählen. So habe ich ein umfassendes Bild ihrer sozialen Kontakte und den kleinen Problemen des Lebens, z.B. spreche ich die Gemeinde (als Vermieter) auf fehlende Glas- und Altpapiercontainer an.

Ich habe die Erfahrung gemacht, daß alte Menschen und auch Frau K. in einem persönlichen Gespräch viel aufmerksamer zuhören können als am Telefon. Immer wenn sie einen Brief von der Behörde bekommt, ruft sie an und ich versuche auf einem Weg vorbeizufahren, um ihr den Sachverhalt zu erklären. Wenn ich es selbst nicht verstehe, rufe ich in ihrem Beisein an und erkundige mich.

Frau K. freut sich, schon nach 2 Wochen hat die Pflegekasse den Zuschuß zum Umzug bewilligt. Die Benachrichtigung der Übernahme der Kosten für den Hausnotruf kam nach 3 Wochen. Der Bescheid vom Sozialamt benötigte gut 2 Monate. Die Abklärung, ob Wohngeld vom Wohngeldamt gezahlt wird oder vom Sozialamt, dauerte 4 Monate. Aber diese Entscheidung hatte in diesem Falle keinen Einfluß auf die Höhe der monatlichen Leistungen (Sozialhilfe).

Ich habe mir die Termine vorgemerkt, wann Bewilligungszeiträume für Befreiungen ablaufen. Mit der Tochter und Frau K. ist abgesprochen, daß diese Anträge problemlos von ihnen erledigt werden können. Sollten sie Hilfestellung benötigen, bin ich jederzeit ansprechbar. Wenn in der Zwischenzeit keine weiteren Kontakte stattfinden, melde ich mich von mir aus in 2 Monaten, wenn die Verlängerung der Fernseh- und Rundfunkgebühren ansteht. Diese Absprache hat beim letzten gemeinsamen Termin in der Wohnung von Frau K. stattgefunden.

Frau K. ruft schon nach 2 Wochen wieder an, da sie Post vom Sozialamt bekommen hat. Ich schlage vor, daß sie diesen Brief ihrer Tochter vorlegt. Sollten Verständnisfragen sein, können sie mich um Rat fragen. Die Tochter meldet sich noch einmal, es handelte sich nur um eine Bestätigung von gezahlten Leistungen.

Durch die Einbindung der familiären Ressourcen und die Beratungsstelle im Hintergrund für Fachlichkeit und „Übersetzungstätigkeiten“ wird die Selbstständigkeit und Selbsthilfefähigkeit der Klienten erhöht und die Angehörigen werden entlastet.

Durch die Einschaltung der Beratungs- und Koordinierungsstelle wurden rechtliche Ansprüche geltend gemacht, die aufgrund von Informationsmängeln nicht bekannt waren. Zum anderen sind alle Anträge zügig bearbeitet worden, da auch für die Kooperationspartner ein kompetenter Ansprechpartner wichtig ist. Die Sachbearbeiter/Innen müssen nicht alles erklären, was dann doch wieder vergessen wird. Kommunikation auf allen Ebenen ist eine der wichtigsten „Methoden“ in der Sozialarbeit.

#### **Fall 2, Herr R.**

Frau Z. meldet sich telefonisch bei mir in der Beratungsstelle an. Schon eine halbe Stunde später sitzt sie mir gegenüber. Vor Aufregung kann sie kaum sprechen, sie kommt aus der Ukraine und ihre deutschen Sprachkenntnisse sind gering.

Vor 4 Monaten ist ihr Schwiegervater, Herr R. aus der Ukraine zu ihr und ihrem Mann gezogen. Das Ehepaar Z. lebt seit 2 Jahren in Deutschland. Sie leben ziemlich isoliert, ohne Freunde in der Nähe. Beide haben einen Deutschkursus, über das Arbeitsamt finanziert, besucht. Ihr Ehemann versteht ein wenig deutsch, spricht es aber gar nicht. Sie selbst hat sich um Arbeit in einem Altenheim bemüht, leider ist nichts daraus geworden. Dann kam die Nachricht, daß ihr Schwiegervater, seit dem Tod seiner Frau, nur noch in „seiner eigenen Welt“ lebt und mit dem täglichen Leben nicht mehr allein zurechtkommt. Für sie und ihren Mann war es selbstverständlich, den Vater zu sich zu nehmen.

Sie haben es geschafft, eine größere Wohnung zu bekommen, um ihn in ihre häusliche Umgebung aufzunehmen. Die ständige Anwesenheit von Herrn R., den ich als gerontopsychiatrischen Patienten einstufen würde, führte dazu, daß sich die Schwiegertochter in neurologische Behandlung begeben mußte, weil sie es nicht mehr ausgehalten hat. Zusätzlich bestanden schon



vor der Übersiedelung nach Deutschland zwischen den Ehepartnern enorme Eheprobleme, eine Trennung scheint nicht ausgeschlossen.

Ein Schlaganfall vor einigen Wochen und dessen Folgen fesseln Herrn R. nun vollständig ans Bett. Die Pflege überfordert beide Ehepartner, aber sie wollen den Vater nicht in ein Heim geben. Die Pflege findet rund um die Uhr statt, er ist in die Pflegestufe III eingestuft. Durch die Pflegesituation zu Hause sind die Eheleute gezwungen, ständig zu Hause zu sein. Es besteht keine Möglichkeit mehr, „sich aus dem Weg zu gehen“. Nachts schreit Herr R. oftmals, die Nachbarn sind zwar verständnisvoll, aber auf Dauer fühlen sie sich in der Nachtruhe gestört.

Der Grund, weshalb sich Frau Z. an mich wendet, liegt im finanziellen Bereich. Ihr Pflegedienst hat ihr geraten, meine Beratung und Unterstützung in Anspruch zu nehmen. Das zuständige Sozialamt, als Kostenträger im Krankheits- und Pflegefall, hat wiederholt die Übernahme der Kosten für die Behandlungspflege durch einen Pflegedienst abgelehnt.

Den Pflegedienst mußte das Ehepaar in Anspruch nehmen, seit Herr R. mittels einer Sonde, die durch die Bauchhaut in den Magen gelegt wurde, ernährt wird. Im Rahmen der **häuslichen Krankenpflege** kann der Hausarzt, *zur Sicherung der ärztlichen Behandlung*, Behandlungspflege verordnen, die von geschultem Pflegepersonal ausgeführt wird. Somit überträgt der Hausarzt ein Stück Verantwortung auf die Pflegefachkräfte, die ihn informieren, wenn zwischen seinen regelmäßigen Hausbesuchen eine Verschlechterung/ Veränderung eintritt.

Auf ein schriftliches Widerspruchsschreiben und eine erneute Vorlage der Verordnung seitens des Pflegedienstes hatte das Sozialamt wie folgt reagiert: *wie bereits erklärt, können diese Kosten nicht übernommen werden. Wir bitten von weiteren Zusendungen von Verordnungen abzusehen.* Zum anderen wurde Frau Z. bei einem Besuch bei der zuständigen Sachbearbeiterin aufgefordert, die Behandlungspflege selbst zu übernehmen und gegebenenfalls den Hausarzt zu wechseln, wenn dieser nicht damit einverstanden sei. In diesem Punkt überschreitet die Sachbearbeiterin deutlich ihre Kompetenzen. Der Ablehnungsbescheid bei der Behandlungspflege deutet auf mangelnde Sachkenntnis der bestehenden Gesetzeslage hin.

Dieses **Erstgespräch** im Rahmen des **sozialen Assessment** ist für mich noch nicht ausreichend, um einen umfassenden Hilfeplan zu erstellen. Wir vereinbaren einen Termin zu einem Hausbesuch, wo auch der Ehemann zugegen sein wird und ich mir die häusliche Situation vor Ort ansehen und auch Herrn R. kennenlernen möchte.

In der Vorbereitung nehme ich Kontakt zum Pflegedienst auf, um mir ein umfassendes Bild zu verschaffen: ich höre, daß der Pflegedienst seit 3 Monaten auf Erstattung seiner Leistungen wartet, sie aber gewillt sind, weiterhin zu Herrn R. zu gehen und ihm keine Privatrechnung schreiben werden, da sie die finanziellen Verhältnisse kennen und andererseits auch wissen, daß diese Leistungen nach der geltenden Rechtsprechung genehmigt werden müssen. Es überfordert aber ihre Zeit (und ist auch nicht abrechenbar), weiteren Schriftverkehr mit dem Sozialamt durchzuführen. Ich erfahre einen weiteren Streitpunkt in der Leistungserstattung, das Sozialamt hat die Rechnung für zum *Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel* ebenfalls abgelehnt mit der Begründung, diese Kosten seien mit der Zahlung des Pflegegeldes abgegolten.

Da Herr R. wegen seines Schlaganfalls in der hiesigen DRK-Klinik, dem Medizinisch Geriatrischen Krankenhaus, gelegen hat, frage ich beim Sozialdienst nach, ob Herr R. damals gemeldet wurde. Die zuständige Sozialarbeiterin erinnert sich noch gut an Frau Z., da sie ihr dringend geraten hatte, sofort einen Pflegedienst in Anspruch zu nehmen. Zum anderen war ihr der angeschlagene psychische Zustand von Frau Z. aufgefallen, die auch von ihren Eheproblemen erzählt hatte. Die Sozialarbeiterin hatte eine Heimanmeldung in Aussicht gestellt, die aber vehement abgelehnt wurde.

Bei meinem **Hausbesuch** überzeuge ich mich davon, daß die Pflege vorbildlich durchgeführt wird. Der Pflegedienst hat das Ehepaar Z. beraten und angeleitet. Herr R. liegt in einem Pflegebett. Die Extremitäten sind durch Lagerungskissen gelagert. Er hat einen Urinkatheter, der regelmäßig gepflegt werden muß, der Urologe kommt zum Katheterwechsel ins Haus. Herr Z. ist gerade dabei, seinen Vater mit kleinen Häppchen Brot und Tomaten zu füttern. Herr R. hat einen guten Appetit. Da er sich häufig verschluckt, beim Husten dann sehr anstrengt und zwischenzeitlich eine Lungenentzündung hatte, wird er regelmäßig durch eine PEG Sonde ernährt. Herr R. macht einen gut gepflegten Eindruck. Das Ehepaar Z. zeigt mir die Pflege- und Pflegehilfsmittel, die sie verwenden. Im Bad haben sie extra Eimer für durchgenäßte Bettunterlagen, getrennt von der sonstigen Wäsche. Jeden Tag wird einmal Wäsche gewaschen, da Handtücher, Seifenlappen und Bettwäsche ständig erneuert werden.

Ich lasse mir noch einmal im Beisein des Ehemannes bestätigen, daß sie weiter die Pflege zu Hause übernehmen wollen, daß ein Heim im Moment noch nicht in Frage kommt. Ich erkläre dem Ehepaar Z., daß ich mich, wenn sie einverstanden sind, mit dem Sozialamt in Verbindung setzen werde und ihnen zu ihrem Recht verhelfen will. Dazu benötige ich eine schriftliche Einverständniserklärung ihrerseits, aus Gründen des Datenschutzes. Wir set-

zen gemeinsam ein formloses Schreiben auf. Im weiteren informiere ich die beiden darüber, daß das Sozialamt im Rahmen der Pflegeversicherung *Rentenversicherungsbeiträge* für die Pflegepersonen zahlen muß, wenn wir das beantragen. Sie erzählen mir, daß sie während des Deutschkurses bei einem Rentenversicherungsträger angemeldet waren. Die Unterlagen wollen sie mir raussuchen.

Insgesamt bin ich sehr zuversichtlich, allein an den Gesichtern der beiden merke ich, daß sie nicht glauben, daß ich Erfolg haben könnte. Zu oft schon hat Frau Z. weinend bei der Sachbearbeiterin gesessen und die Situation zu Hause geschildert und trotzdem hat sie alles abgelehnt.

Den Bogen **Hilfeplanung** in meiner Dokumentation fülle ich nun in Ruhe im Büro aus. Abklären will ich:

- Übernahme der Kosten der Behandlungspflege aufgrund der ärztlichen Verordnung nach §37 Abs.2. SGB V.
- Übernahme der Kosten für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel nach § 40 Abs.2 SGB XI.
- Zahlung von Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegeperson nach § 44 SGB XI.

**Umsetzung und Durchführung:** Da meine Forderungen so klar gesetzlich geregelt sind, rufe ich die zuständige Sachbearbeiterin an, um im Gespräch zu klären, ob evtl. Mißverständnisse vorliegen und wir alles telefonisch erledigen können. Weit gefehlt, als ich den Namen von Herrn R. nenne und sie allein nur auf die Verordnungen anspreche, verbindet sie mich mit ihrem nächsten Vorgesetzten. Dieser gibt offen zu, daß das SGB XI ihnen nicht so geläufig ist und ich bitte schriftlich mein Anliegen darlegen soll. Dieses erledige ich sehr ausführlich, mit Auszügen aus Gesetzestexten und Verweis auf die entsprechenden Paragraphen. Habe dieses als Erleichterung verstanden, damit die Bearbeitung zügig passiert. Biete mich außerdem als Verhandlungspartnerin an, da ich vor Ort bin und bei den bestehenden Sprachschwierigkeiten im persönlichen Gespräch Mißverständnisse eher vermieden werden (Einbezug von Mimik und Gestik).

Der Pflegedienst informiert mich 14 Tage später über ein Schreiben vom Sozialamt, in dem Herr R. von seinem Regelsatz von 541.00 DM monatlich in Zukunft 303.00 DM abgezogen werden. Das Sozialamt gibt als Begründung an, daß Herr R. mit Sondenkost ernährt wird und deshalb den Anteil für Lebensmittel im Regelsatz nicht benötigt.

Ich mache meinen nächsten Hausbesuch, um diesen Bescheid zu sehen und nachzufragen, wie es dazu kam. Frau Z. war wieder beim Sozialamt gewesen und hat von zu Hause erzählt. Sie ist der Meinung, daß sie um ihre Unterstützung immer wieder bitten muß. Über den Abzug in der Sozialhilfe sind beide empört. Sie empfinden mangelnde Anerkennung ihrer vielen Arbeit. Anstatt sie zu unterstützen, werden ihnen immer mehr Schwierigkeiten gemacht. Ich biete mich an, auch dieses für sie mit dem Sozialamt zu klären, sie sind einverstanden, befürchten aber, daß sie durch meine Interventionen nur noch mehr Schwierigkeiten bekommen.

Ich erweitere meinen **Hilfeplan** mit entsprechendem Datum um die Abklärung des Sachverhalts nach dem BSHG. Mache mich entsprechend kundig in den Kommentaren, kann keine gesetzliche Regelung entdecken und bitte im Widerspruchsschreiben um Nachweis im Gesetz.

Ich lasse mir das erforderliche Widerspruchsschreiben bei einem kurzen Hausbesuch unterschreiben. Wieder versuche ich, auf telefonischem Wege die Sachlage zu klären, nämlich das Herr R. trotz der Sondenkost nebenher noch orale Kost zu sich nimmt. Dieses hat therapeutische Gründe: die Schleimhäute dürfen nicht austrocknen und die Funktionen (Kauen, Schlucken) sollen erhalten bleiben. Die Sachbearbeiterin will nicht mit mir sprechen, sie läßt durch eine Kollegin ausrichten, sie sei sehr beschäftigt. Meinen Widerspruch von vor 14 Tagen habe sie auch noch nicht bearbeitet, ich solle mich gedulden. So wird der Prozess der **Umsetzung/ Durchführung** durch die Sachbearbeiterin wieder verzögert, andererseits hatte mein Anruf eine Kontrollfunktion, ob die Interessen meiner Klienten durchgesetzt werden konnten bzw. bearbeitet werden. Hier laufen die Bereiche **Umsetzung** und **Überwachung** parallel.

Drei Wochen später ruft mich ein Sachbearbeiter der Abteilung für Heimkosten vom Sozialamt an und schildert mir seine Situation: Frau Z. sitzt weinend vor ihm und möchte jetzt den Schwiegervater in einem Pflegeheim unterbringen. Sie sagt, die Pflege zu Hause werde ihr zuviel, sie könne nicht mehr. Ob ich Herrn R. schon irgendwo angemeldet hätte? Ich sage zu, dieses zu tun, möchte aber vorher mit dem Ehepaar Z. zu Hause sprechen.

Beim Hausbesuch am nächsten Tag bestätigt sich mein Verdacht: das Ehepaar Z. ist es leid, gegen das Sozialamt zu kämpfen. Die Sachbearbeiterin hatte die Bitte um Heimunterbringung von Herrn R. abgelehnt mit den Worten: *das kommt gar nicht in Frage*. Sie hat Frau Z. dermaßen unter Druck gesetzt, in Zukunft die Behandlungspflege selbst zu machen, daß diese auch nicht mehr bereit war, die Verordnung an den Pflegedienst weiterzugeben, wie mir später vom Pflegedienst bestätigt wurde. Frau Z. fühlt

sich hilflos ausgeliefert gegenüber der Willkür einer Sachbearbeiterin. „*Sie macht mich klein, sie macht mir angst, ich will endlich in Ruhe leben*“, sind ihre Worte. Ich teile ihren Ärger und verspreche, mich an den Leiter des Sozialamtes zu wenden.

Im weiteren Gespräch stellt sich heraus, daß die Pflegesituation, besonders für Frau Z., eine immer größer werdende psychische Überlastung darstellt. Keine Nacht kommt sie zur Ruhe, 2x Aufstehen in der Nacht ist wenig. Die Unruhe von Herrn R. ist nachts besonders groß: er ruft seine Frau oder erzählt laut, er möchte etwas zu trinken oder sein Bett ist naß (trotz Urinkatheter). Obwohl sich das Ehepaar Z. mit dem Aufstehen abwechselt, werden immer beide wach. Hat Herr R. das Bett beschmutzt, müssen sowieso beide das Bett neu richten. Dazu kommen noch die Unstimmigkeiten zwischen den Eheleuten. Sollte der Vater sterben, will sich Frau Z. von ihrem Mann trennen, sie sagt dieses im Beisein des Ehemannes. Er schaut nur weg, sagt nichts dazu. Der nicht endende Kampf um finanzielle Mittel mit dem Sozialamt zermürbt sie beide. Deshalb haben sie sich entschlossen, nun doch Herrn R. in ein Heim zu geben.

Ihnen war nicht klar, daß nicht sofort ein entsprechender Platz zur Verfügung steht. Mit ihrem Einverständnis und in ihrem Beisein rufe ich in 4 Pflegeheimen in der nahen Umgebung an. Niemand kann eine Zusage machen oder einen Termin in Aussicht stellen. Sie entscheiden sich, Herrn R. auf die Warteliste der einzelnen Heime setzen zu lassen und abzuwarten. Mir geben sie noch als Rat mit auf den Weg, daß mein Besuch beim Sozialamtsleiter jetzt überflüssig sei, so lange würden sie es noch aushalten. In diesem Rat spüre ich ihre eigene Zerrissenheit: Wut und Ärger, aber jetzt die Resignation. Meine Zuversicht können sie nicht teilen.

Das Gespräch am nächsten Tag verlief sehr positiv. Der Leiter des Sozialamtes war entsetzt über die Unkenntnis der Sachbearbeiterin sowie über die entwürdigende Behandlung der Angehörigen. Selbstverständlich werden die Kosten der Behandlungspflege übernommen, ebenso die Kosten für die Pflegehilfsmittel, zusätzlich zum Pflegegeld. Die Sondenkost wird nur zu einem Teil bei der Sozialhilfe in Abzug gebracht. Wie schon erwähnt, ist das SGB XI auch ihm nicht so geläufig, aber wenn ich im Gesetz die eindeutige Regelung nachweise und es im BSHG keine eigene Regelung gibt, gilt das SGB XI. Die Alterssicherung der Pflegepersonen ist im BSHG anders geregelt als im SGB XI, er will diesen Sachverhalt aber überprüfen lassen. In diesem Gespräch haben wir beide voneinander gelernt und für die Zukunft vereinbart, bei derartigen Zuspitzungen schon früher das klärende Gespräch mit ihm zu suchen. Dieses Angebot werde ich gern annehmen.

Da der Fall noch nicht abgeschlossen ist, endet an dieser Stelle der Fallbericht. Ich gehe davon aus, daß die finanziellen Schwierigkeiten, die der Anlaß unseres Kontaktes waren, jetzt geregelt werden. Ich werde den Prozess selbstverständlich weiterhin überwachen. Wenn ein Heimplatz für Herrn R. zur Verfügung steht, wird sich das Ehepaar Z. für die Abwicklung der bürokratischen Teile wieder an mich wenden. Sollte danach die Trennung des Ehepaares anstehen oder fachliche Beratung, werde ich in Kooperation mit den Fachberatungsstellen ihnen den richtigen Ansprechpartner vermitteln.

In der **Selbstevaluation** ist für mich klar geworden, daß ich zu lange abgewartet und noch auf eine positive Entwicklung gehofft habe, im Vertrauen darauf, daß die Gesetzeslage klar ist und dieses auch der Sachbearbeiterin einleuchten muß.

Der Schritt, den Vorgesetzten zu informieren, ist mir schwer gefallen. Ich habe vorher den Rat meiner Fachkolleginnen eingeholt, die mein Vorgehen ausnahmslos unterstützt haben.

Die Kooperation mit dem Pflegedienst als Mitglied des Trägerverbandes verlief erfreulich gut. Nach fast einem Jahr Zusammenarbeit gibt es eine Vertrauensbasis, die auf gegenseitiger Anerkennung der Fachkompetenzen beruht.

Ich habe dieses Beispiel gewählt, da sich hier die Vielfältigkeit der Anforderungen an die Mitarbeiter derartiger Beratungs- und Koordinierungsstellen gut darstellt. Zum anderen soll es verdeutlichen, daß mit der Methode des Case Management durchgängig gearbeitet werden kann und eine klare Linie verfolgt wird. Die Zieldefinition nach der ersten Hilfeplanung ist nichts Statisches, sondern kann immer den Erfordernissen im Einzelfall angepaßt werden.

## **9. Öffentlichkeitsarbeit der Beratungsstelle für Ältere in Kaufungen**

Nachfolgend wird eine Übersicht über die wichtigsten Aktivitäten der Fachkraft der Beratungsstelle für Ältere im Bereich Öffentlichkeitsarbeit wiedergegeben.

Diese Übersicht wurde von der Fachkraft erstellt.

In Teil II des Anhangs wurden verschiedene Presseveröffentlichungen der Beratungs- und Koordinierungsstelle aufgenommen.

Ich teile den Bereich Öffentlichkeitsarbeit ein in:

- Kontaktaufnahmen zu relevanten Personen/Institutionen,
- Pressearbeit (Veröffentlichungen der Beratungsstelle für Ältere (BST), Veröffentlichungen über die BST, eigene Veröffentlichungen zu relevanten Themen),
- eigene Aktivitäten oder gemeinsam mit den anderen BST im Landkreis.

Zuallererst **Kommunikationsmittel für die BST** mit einer Graphik Design Firma erarbeitet und erstellt

- Entwurf und Gestaltung eines Logos,
- Faltblätter oder Informationsbroschüre,
- Briefbogen mit Logo,
- Visitenkarten,
- Logo/Dateikonvertierung im PC (für Plakate, Ankündigungen usw.).

#### **1 Kontaktaufnahmen vor Ort ( im ersten Halbjahr 98 )**

Pflegedienste Ärzte	allen bekannt durch die Vorverhandlungen, mich eingeladen zur „Sitzung der Kaufunger Ärzte“ zwecks Vorstellung,
Chefarzt Ärzte der Klinik Sozialdienst Krankenkassen	der DRK Klinik um Vorstellungstermin gebeten, in Mittwochrunde vorgestellt, der DRK Klinik sofort Kontakt aufgenommen, mit allen Geschäftsstellenleitern der 3 Kran- kenkassen vor Ort Termine gemacht,
Heime	mir alle Heime vor Ort und in der näheren Um- gebung angesehen, mich der Heimleitung vor- gestellt,
Kirchen	mein Angebot schriftlich vorgestellt.

#### **1.a weitere Kontakte**

Sozialdienste **aller** Krankenhäuser in Stadt Kassel angeschrieben, Angebot vorgestellt, Info- Material vom Bundesministerium und Hessisches Ministerium angefordert,  
Gesetzestexte und Kommentar zum SGB XI und SGB V im Haus vorgefunden, BSHG eigenes vorhanden.

Im Verteiler aufgenommen:  
Spitzenverbände der Pflegekassen, Bad Homburg,  
Kuratorium Deutsche Altershilfe.

Abonnement: Fachzeitschriften Häusliche Pflege, Forum Sozialstation, pro Alter

## 2. Pressearbeit

## 3. eigene Aktivitäten

- Vortragsreihe: *Rund ums Alter*, Januar bis März 99, je 1 Vortrag im Monat,
- Kath. Kirchengemeinde Niederkaufungen, Seniorennachmittag, Vorstellung der BST,
- im Rahmen der *Altenpflegetage Hessen – Thüringen*, vom 1. -4. Juni 99 in Kassel gemeinsamen Stand besetzt der Beratungs- und Koordinierungsstellen in Kassel Stadt und Landkreis,
- Gruppenabend der AsF Kaufungen am 15.6.99, Vorstellung der BST,
- Initiierung der *Arbeitsgruppe im Trägerverbund Kaufungen* ( PDL der Pflegedienste und Sozialarbeiterin der BST)
- 

## Veröffentlichungen der Beratungsstelle in der Presse

Beratungsstelle für Ältere Trägerverbund Kaufungen (ein neues Angebot in unserer Gemeinde)	31. Woche, Juli 1998 Kaufunger Woche
Dauereintrag unter Wichtige Rufnummern Beratungsstelle für Ältere	31. Woche, Juli 1998 Kaufunger Woche
Dito	32. Woche, August 1998
Dito	33. Woche, August 1998
Dito	34. Woche, September 1998
Dauereintrag unter Wichtige Rufnummern Beratungsstelle für Ältere	33. Woche, August 1998 Niester Woche
Beratungsstelle für Ältere Trägerverbund Kaufungen (ein neues Angebot stellt sich vor)	33. Woche, August 1998 Niester Woche nach Absprache mit Herrn Ewig sollte dieser Artikel auch 3 x erscheinen, keine Kontrolle
Vortragsreihe in Kaufungen zum Thema Rund	3. Woche, Januar 1999



ums Alter (gesamtes Programm)	Kaufunger Woche
Vortragsreihe, dito unter Veranstaltungen/Vorträge	4. Woche, Januar 1999 HNA
Vortragsreihe Neue Wege im Umgang mit Demenz und Verwirrtheit	6. Woche, Februar 1999 Kaufunger Woche
Vortragsreihe dito	7. Woche, Februar 1999 Kaufunger Woche
Vortragsreihe dito	8. Woche, Februar 1999 HNA
Vortragsreihe Die Tagesklinik	10. Woche, März 1999 Kaufunger Woche
Vortragsreihe Die Tagesklinik	10. Woche, März 1999 Niester Woche
Vortragsreihe dito.	11. Woche, März 1999 HNA

## **Diskussion des Berichtes aus Hessen**

### **Cappell:**

Gibt es eine quantitative Auswertung darüber, zu welchem Anteil der Fälle eine längerfristige Begleitung notwendig ist und zu welchem Anteil es sich auf den Prozess bis zur Vermittlung eines Dienstes beschränkt?

### **Scheib:**

Diese Statistik könnte möglicherweise jetzt vorliegen. Zu dem Zeitpunkt, als ich das Projekt evaluiert habe, war noch nicht ein Jahr vergangen seit der Existenz der Beratungsstelle. Und von dort her gab es noch keine Informationen dazu.

### **Gorges:**

Sie haben als Aufgabe „kulturelle Maßnahmen“ erwähnt. Was verstehen Sie darunter? Sonst geht es ja vor allem um medizinische und pflegerische Dienstleistungen, aber was sind das für Angebote, die auf kulturellem Gebiet gemacht werden?

### **Scheib:**

Das ist das ganze Spektrum dessen, was wir die sogenannte „offene Altenhilfe“ nennen, die ja auch kulturelle Angebote einschließt, wie Theaterfahrten oder Interessengruppen in Sozialzentren, Altentagesstätten, Altenclubs usw.

### **Engels:**

Sie haben von der persönlichen Qualifikation der Mitarbeiterin gesprochen: Sie ist sehr erfahren, sie hat in verschiedenen Modellprojekten mitgearbeitet, ist mehrfach qualifiziert und schafft es, engagiert zu arbeiten und persönliche Kontakte aufzubauen; das Ganze mit einer halben Stelle, d.h. sie hat 20 Stunden pro Woche und arbeitet auf dieser Stelle alleine. Ich finde es auch in Ihren Beschreibungen sehr beeindruckend, was diese Frau daraus macht; sie arbeitet wirklich sehr gut und effektiv.

Aber es wäre auch denkbar, dass eine schlechtere oder weniger aktive Mitarbeiterin unter solchen Konditionen arbeitet. Wie wären dann die Effekte einschätzbar? Oder anders gesagt, Sie erwähnten vorher dieses Vorläuferprogramm „SET“, in dem es einen ganzen Stamm von verschiedenen multidisziplinären Mitarbeitern gab und jetzt im „Nachfolgeprojekt“ – wenn man

das so sagen kann – eine halbe Stelle. Wie sehen Sie diese Relation, mit welchen Chancen und Gefahren ist dies verbunden?

**Scheib:**

Zunächst muss man betonen, dass die Zusammensetzung des Personals in den anderen Beratungs- und Koordinierungsstellen eine andere ist und dort eine bessere personelle Ausstattung besteht. Dort werden vorwiegend Sozialarbeiter auf der Position des Case Managers eingesetzt.

**Ziller:**

Man muss diese Beratungs- und Koordinierungsstelle in der Stadt Kaufungen als Teil eines Verbundsystems sehen, das den gesamten Landkreis mit fünf regionalen Beratungs- und Koordinierungsstellen und einer Verbundzentrale umfasst.

Wer also fragt, was aus der interdisziplinären Besetzung des Vorgängerprojektes geworden ist, dem kann man antworten: Es ist überführt worden in eine kreisweite Verbundstruktur, aber mit einer Aufgabendifferenzierung. Es ist kein zentrales Team mehr, das sozusagen von einem zentralen Standort den ganzen Landkreis beglückt, sondern es sind im Kreisgebiet dezentral fünf bürgernahe Anlaufstellen geschaffen worden. Die personelle Ausstattung wird vom Konzept der Landesregierung her lediglich als eine minimale Grundausstattung begriffen, die der weiteren Erschließung bedarf. Das Case Management selber, das kann man generell sagen, wird nicht monopolistisch von dieser Fachkraft alleine betrieben, sondern sie hat bei der Aufnahme des Hilfebedarfs, bei der Erstellung des Hilfeplans und insbesondere bei der Umsetzung des Hilfeplans in einem kooperativen Konzept Partner bei den Leistungserbringern selber. Also man darf sich das im Konzept nicht als eine Fremdstruktur vorstellen, die hier mit öffentlichen Mitteln künstlich zusätzlich zum System der Leistungserbringer aufgebaut wird, sondern die Leistungserbringer selber, soweit sie kooperieren, sind mit ihren Arbeits- und Hilfeanteilen selbst Teil des Case Management-Systems. Es wird nur kompetent moderiert durch die professionelle Fachkraft.

**Scheib:**

Das Neue ist, aus meiner Sicht, die Schaffung einer neuen Struktur über diesen Trägerverbund, dem sämtliche Leistungsanbieter im gesamten Altenhilfebereich angehören. Dies sind die Institutionen, die sich zusammengeschlossen haben und teilweise auch die Case Management-Stellen finanzieren, aber natürlich auch inhaltlich und fachlich in einer engen Kooperation mit der Case Managerin stehen. D.h. also, dort ist eine Wech-

selbwirkung, die sich nicht in der Zusatzfinanzierung erschöpft, sondern in einem kontinuierlichen Kooperationsprozess.

**Cappell:**

Ergibt sich nicht aus der engen Verbindung von Case Management und Trägern auch ein Problem, wenn es um Fragen der Qualitätssicherung geht, oder wenn es um Fragen der Unabhängigkeit dieser einzelnen Person von den Trägern geht?

**Scheib:**

Ich möchte die Stichworte „trägerübergreifend“ und „trägerneutral“ unterstreichen. Wenn ein Verbund von Trägern sich zusammenschließt, wird keiner von ihnen zulassen, dass durch die Case Managerin einseitig zum Beispiel für die Dienste der Arbeiterwohlfahrt oder für die Dienste des Roten Kreuzes geworben wird.

**Cappell:**

In dieser Richtung ist es kein Problem, glaube ich, die werden schon auf einander aufpassen. Aber wenn die Case Managerin bei einem dieser Dienste, der ja auch zu ihren Arbeitgebern gehört, schwere Qualitätsmängel im Umgang mit einigen Fällen feststellen würde, was wäre dann?

**Scheib:**

Wenn der Trägerverbund auch Anstellungsträger ist, dann ist es tatsächlich ein Problem oder könnte zum Problem werden. Es ist aber eine Frage der Verantwortlichkeit der Case Managerin, auf blinde Flecken der Leistungserbringung im Trägerverbund hinzuweisen. Das ist, denke ich, eine grundlegende ethische Frage. Meines Wissens werden Beschwerden von Klienten über die Case Managerin an den Trägerverbund unmittelbar zurückgemeldet.

**Ziller:**

Wir haben im hessischen Rahmenkonzept drei unterschiedliche Organisationsformen vorgesehen, die sich im Wesentlichen dadurch unterscheiden, dass auf der einen Seite Anstellungsträgerschaft beim Verbund der Träger selber oder auch bei einem sehr leistungsfähigen Träger liegt, während auf der anderen Seite Anstellungsträgerschaft und Gesamtverantwortung bei der Kommune liegen.

Diesen drei unterschiedlichen Organisationsmodellen zwischen diesen beiden Polen, die ich beschrieben habe, ist gemeinsam, dass in allen drei Or-

ganisationsformen die Kommune das Case Management moderiert. Dies ist der Versuch einer Garantie, Trägerneutralität zu gewährleisten und auch einen politisch verantwortlichen Ansprechpartner für Krisenmanagement, Beschwerden usw. zu haben. Dieses System unter der Moderation der Kommune scheint mir im Übrigen ein Element zu sein, was auf alle Regionen der beteiligten Länder übertragen werden kann. Die moderierende Rolle der örtlichen Kommune, die ja Verantwortung und konkrete Zuständigkeiten für ihre Bürgerinnen und Bürger hat, ist ein Kontinuum, ein Strukturelement, das wir in allen Strukturentwicklungen der hier betrachteten Modelle mit entwickeltem Case Management – am stärksten in Innsbruck mit der Sprengelstruktur – vorfinden. Diese Struktur unter kommunaler Moderation wird ergänzt durch ein demokratisches Gremium, nämlich die Trägerversammlung, also eine Vollversammlung aller beteiligten Institutionen und Leistungserbringer, die es untereinander zu regulieren haben, wenn Mängel auftreten oder wenn Entscheidungen über die weitere Entwicklung zu treffen sind. Es sind daher mehrere Grundelemente, die dazu dienen können, Fehler zu bearbeiten und Mängel aufzuarbeiten.

**Wendt:**

So wichtig mir die Moderation durch die Kommune auch erscheint, ist die Trennung zwischen einem *user-led*- bzw. *needs-led*-System einerseits und einem *service-led*-System andererseits doch noch klarer herauszuarbeiten, und zwar im Case Management selber. Ich denke, dass in dieser Hinsicht die Unterscheidung zwischen „extern“ und „intern“ bedacht werden muss. Ich denke, dass dieser Schnittpunkt, an dem sich entscheidet, ob das Case Management-System mehr *user-led* ist, in der Planungsfunktion liegt. D.h. also, dass man zunächst einmal mit dem Nutzer überlegt, was für ihn in seiner Situation mit seinen Angehörigen angebracht ist – unabhängig davon, was die Anbieter alles so parat haben. Das scheint mir ganz wichtig zu sein – um dann im nächsten Schritt die Anbieter einzubeziehen. Wenn nun die moderierende Funktion der Kommune auf einem guten Verhältnis zu den Trägern aufbaut (was ja gerade in Deutschland häufig der Fall ist, auch wegen der besonderen Stellung der freien Wohlfahrtspflege), und wenn dieses gute Verhältnis Maßstab der Moderation ist, dann besteht schon wieder die Gefahr, dass man die Angebote so nimmt, wie sie sind und die Möglichkeiten des Nutzers oder andere Angebote nicht voll ausschöpft, weil man ja immer im System denkt. Das scheint mir immer noch eine wichtige Sache zu sein: Dass wir eine kommunale Moderation akzeptieren sollten, finde ich auch wesentlich und auch dem sozialen Grundgedanken verpflichtet, aber bezogen auf den Einzelnen müsste diese Trennung von dem Angebot doch noch gestärkt werden. Ich denke, dass dies ein allgemeines Problem ist, und da sind wir wieder auf die Briten verwiesen, bei denen das gesetzlich geregelt ist; das haben wir woanders nicht in dieser Form.

**Voß:**

Es gibt ja auch in Hamburg Versuche von Koordinationsstellen, sich über Leistungserbringer zu finanzieren; das gestaltet sich sehr schwierig: Zuerst alle sind dafür, bloß wenn sie dann in die Tasche greifen sollen und ihre Koordinationsstelle bezahlen sollen, wird es ganz schwierig. Von da aus interessiert mich die Frage: Wie ist der Finanzierungsschlüssel bei diesem Modell zwischen Trägern, Gemeinde und Bundesland? Oder ist sonst noch jemand an der Finanzierung beteiligt?

Und eine weitere Frage: Werden denn bestimmte Defizite aufgedeckt oder werden sie nicht aufgedeckt, wenn man sich doch so gut versteht? Sie hatten ja gesagt, dass es keine Defizite gibt, die in der Arbeit aufgetaucht sind. Ich würde mal vermuten, da müsste ja praktisch eine vorbildliche gerontopsychiatrische Versorgung in diesem Bereich gegeben sein. Denn ich sehe überall Defizite z.B. in dem Bereich der gerontopsychiatrischen Versorgung, der nicht durch die Pflegeversicherung abgedeckt wird und wo es auch kaum bis keine Fachkräfte gibt.

**Scheib:**

Zunächst einmal zu dem letzten Punkt: Das Büro der Fachkraft ist auf dem Gelände der Klinik des Deutschen Roten Kreuzes gelegen, und die hat eine große gerontopsychiatrische Abteilung. Von dort her gibt es einen bestimmten Schwerpunkt, der versorgungsmäßig im Prinzip abgedeckt ist. Ich will jetzt nicht andere Dienste oder Kliniken in der Umgebung benennen – das würde zu weit führen – nur gerade bezogen auf diesen Schwerpunkt, denke ich, sieht es gerade in dieser Region ganz gut aus.

**Ziller:**

Also „sich gut verstehen“ und „keine Defizite“, das ist nicht die Wirklichkeit. Die Wirklichkeit ist defizitär, und es gibt auch in Hessen Konflikte. Eine andere Frage ist es, wie die Strukturen ausgestaltet sind, um solche Konflikte zu bearbeiten. Dazu könnte man, wenn mehr Zeit wäre, sehr viel sagen.

Zur Finanzierung: Wir haben ein Finanzierungskonzept, in dem sich die kommunale Ebene und das Land in gleicher Höhe an der Finanzierung beteiligen, diese ist kalkuliert im Sinne dessen, was ich vorhin „unverzichtbare Grundversorgung“ nannte. Dass jetzt das Land auf Grund einer neuen politischen Entscheidung einer neuen Regierung aus der Finanzierung aussteigen will, kann ich nur als einen Bruch mit dieser Konzeption zur Kenntnis nehmen. Ein regelhafter Finanzanteil der Träger ist in diesem Finanzierungskonzept nicht vorgesehen. Aber es ist in den überall geplanten regionalen Anlaufstellen oder Beratungs- und Koordinierungsstellen ein aktiver

Beratungsbeitrag des Fachpersonals der Leistungserbringer vorgesehen. Das heißt konkret: Diejenige Beratung, die eine Sozialstation oder ein ambulanter Pflegedienst sowieso zu erbringen hat, soll zu gewissen Anteilen in einem kooperativen Konzept auf der Basis von Verabredungen (über Sprechstunden), über nachfolgende Fallverarbeitung durch die Fachkräfte der Leistungserbringer und unter der Moderation der professionellen, dafür eingesetzten Case Management-Fachkraft erbracht werden. Also insoweit ist durchaus im Finanzierungssystem ein regelhafter, aktiver Beitrag der Leistungserbringer vorgesehen. Inwieweit sich dieser Teil des Konzepts in der Lebenswirklichkeit flächendeckend, im ganzen Land, realisieren lässt, ist derzeit nicht absehbar.

**Saischek:**

Mich hätte interessiert, wie die regionalen Anlaufstellen und die Zentrale beim Case Management zusammen arbeiten, wie die Arbeitsteilung zwischen beiden organisiert ist.

**Ziller:**

Das regionale Verbundsystem besteht aus einer interdisziplinär besetzten Zentrale und relativ dünn besetzten regionalen Anlaufstellen. Das Ergebnis kann im Zeitalter des PC und der Telekommunikation dasselbe sein wie bei einer stärker besetzten Case Management-Stelle. Nur die Grundelemente müssen da sein, dazu gehört die interdisziplinäre Fallbersprechung und alles, was nicht Routine ist, was nicht monodimensionale Hilfeleistung bzw. nur häusliche Pflege ist – um nur häusliche Pflege durchzuführen, brauche ich kein interdisziplinäres Assessment-Team, das kann der Leistungserbringer meist selbst machen. Nur in den Fällen eines komplexen Hilfebedarfs mit ungewisser Lebensperspektive („Kann ich nach dem Krankenhausaufenthalt in die Häuslichkeit zurückkehren oder nicht?“) brauche ich eine interdisziplinäre Abklärung. Die wird im Verbund in der Regel in der Zentrale gemacht, man trifft sich, man setzt sich in den Fällen, in denen es wirklich erforderlich ist, zu regelmäßigen Zeiten zusammen und klärt den Hilfebedarf ab.





# Israel

## Case Management im Kontext der Israelischen Gesellschaft:

Evaluationsbericht

A. Lowenstein, Direktorin

Zentrum für Recherchen und Studien zum Altern,  
Leiterin, Abteilung der „Master“ in Gerontologie  
Fakultät für Sozial- und Gesundheitsstudien,  
Universität zu Haifa, Haifa, Israel  
Lehrstuhl; Abteilung für Verhaltens- und Sozialwissenschaften  
Internationaler Gerontologie-Verband – Europäische Region

### Danksagung

Mein Dank gebührt folgenden Fachkräften: Mrs. M. Bar-Giora, Leiterin des Altendienstes im Ministerium für Arbeit und Soziales, für ihre Unterstützung in diesem Projekt; dem Sozialamt der Stadtverwaltung Haifa für seine Durchführung, und insbesondere dem Team, das dieses Projekt aktivierte – Mrs. H. Cohen, vom Halissa Sozialbüro, der Leiter des Altenteams und die beiden Projekt-Mitarbeiter, Miss E. Zonnental and Mrs. E. Paz.

## **Einführung**

Case Management mit seinen leitenden, koordinierenden und klinischen Funktionen ist vieldimensional. Folglich gibt es kein einzelnes definiertes Modell des Case Management und seine Umsetzung ist von zahlreicher Faktoren wie Politik, Gesetzgebung und Leistungsangebote, Bevölkerungscharakteristika und organisatorische Regeln und Regulationen abhängig. Dennoch ist es ein Kernbestandteil des Systems der Langzeitpflege (Redford, 1992).

Der Report teilt sich dementsprechend in sechs Abschnitte: 1.) eine kurze Beschreibung der demografischen Faktoren und Trends, die die Bevölkerungscharakteristika widerspiegeln. 2.) einen Überblick über den israelischen Wohlfahrtsstaat in den 90ern, der Leitlinien für die Älteren und die Strukturen der Grundleistungen darstellt. 3.) eine Beschreibung und Diskussion der bedeutendsten Einflüsse auf die Entwicklung in der Gesetzgebung, die das Case Management fördern. 4.) eine Beschreibung der ausgewählten einzelnen Case Management Modellprojekte. 5.) eine Beschreibung der Projekt-Evaluation und ihrer Ergebnisse und 6.) Schlussfolgerungen und Implikationen.

## **Der Nationale Israelische Kontext**

### **1. Demografische Faktoren und Trends**

Dieser Abschnitt des Berichtes beschreibt die demografische Struktur der israelischen Gesellschaft, der sich wandelnde Bedarf der Älteren und ihrer Familien, wobei er sich auf die Immigration, Ethnik und die Rolle der Familie konzentriert.

Der Zensus von 1998 wies die Bevölkerung von Israel auf 6 ½ Millionen aus, mit einem Anteil von 83 % Juden und 17 % Nichtjuden – darunter Moslems, Christen und Drusen. Die älteren Personen (65 Jahre und älter) machen 10 % der Bevölkerung aus (beinahe 600.000) (Zentrales Statistikbüro, 1998; Brodsky, Shnor & Be'er, 1998; Lowenstein, 1998). Unterschiede bestehen dennoch beim Vergleich der älteren jüdischen mit der nicht-jüdischen Bevölkerung. Innerhalb der jüdischen Bevölkerung liegt der Prozentsatz der älteren Personen bei beinahe 12 % und hat sich seit der Gründung des Staates Israel im Jahre 1948 verdreifacht. Unter den Nichtjuden aber liegt der Anteil der Älteren aufgrund ihrer unterschiedlichen und höheren Fruchtbarkeitsrate bei lediglich 3,1%.

Das Altern der Gesellschaft hängt sowohl mit der erhöhten Lebenserwartung, die derzeit bei 75,3 Jahren für Männer und 79,8 Jahren für Frauen liegt, als auch mit der Zusammensetzung und dem Altern der Gruppe früherer Immigrationswellen. Die letzten Wellen der Immigration, insbesondere aus der ehemaligen Sowjetunion, brachten einen hohen Prozentsatz an Älteren – 13 % unter diesen.

60 % der älteren Personen fallen in die Kategorie der jüngeren Alten (65 – 74 Jahre) und die übrigen sind älter als 75 Jahre. Die Zahl derjenigen innerhalb der älteren Gesamtbevölkerung, die älter als 80 Jahre sind, hat deutlich zugenommen und macht derzeit 33 % der Gesamtzahl an Älteren aus.

Die älteren Personen sind hauptsächlich im Ausland geboren: 715 stammen aus Europa und Amerika, 15 % aus Asien, lediglich 2 % wurden im Inland geboren. Der Bildungsgrad ist je nach ethnischer Zugehörigkeit und Geschlecht unterschiedlich: Mittlere Schulbildung der Älteren in Israel Geborenen liegt bei 10,5 Jahren für Männer und 8,6 für Frauen bzw. für diejenigen aus afrikanischer/ asiatischer Abstammung 5,7 (Männer) und 0,7 (Frauen), und entsprechend 9,6 (Männer) und 9,0 (Frauen) europäischen / amerikanischen Ursprungs. 60 % der Älteren leben unterhalb der Armutsgrenze (Habib & Tamir, 1994).

Beinahe doppelt so viele ältere Männer (81%) sind, wenn man den Familienstand und die Lebensumstände betrachtet, als Frauen (44%) verheiratet. Unter den Einwanderern nach Israel jedoch sind im Vergleich zu den Männern mit 14,8 % beinahe dreimal so viele Frauen (52,2%) verwitwet. Die Mehrzahl der Älteren lebt dennoch mit einem Ehepartner. Der Prozentsatz der Alleinlebenden ist relativ gering (28%). Unter den neuen Zuwanderern leben 70 % der Älteren aufgrund häuslicher und finanzieller Schwierigkeiten bei/mit ihren Kindern (Katz & Lowenstein, 1999).

Die jüdischen Älteren sind allerdings im Altern begriffen, so dass der Prozentsatz der „wirklich Alten“ (über 75 Jahre) beinahe 40 % der älteren Gesamtbevölkerung beträgt. Diejenigen, die in der Ausübung ihrer täglichen Aktivitäten (ADL) behindert sind, stellen fast 14 % der Älteren in der Gemeinde dar, was liegt bei den neuen Zuwanderern mit beinahe 16 % sogar noch höher. Unter den Nichtjuden aber liegt dieser Prozentsatz noch höher – ca. 23%.

In Israel wird die Rolle der Familie als Pflege für die älteren Familienmitglieder stark betont, was sich in der geringen Rate der stationären Unterbringung zeigt – 4,4%. Fast jede alte Person verfügt über ein informales Netz-

werk der Unterstützung. Ehepartner sind dabei die Hauptquelle der Unterstützung für hilfebedürftige ältere Personen, gefolgt von den Kindern.

Für die Zukunft können Änderungen in der Zusammensetzung der älteren Bevölkerung erwartet werden, die in einer kontinuierlichen Zunahme der (hohen) „Risikogruppen“ resultiert: jene über 75 Jahre, ältere Frauen, jene östlicher Abstammung und neue Zuwanderer. Dieses Bild zeigt, dass der Bedarf an Dienste der Langzeitpflege steigen und mehr Ressourcen benötigt werden zur Entwicklung kommunaler Leistungen und zur Unterstützung der pflegenden Familienangehörigen. So wird Israel im nächsten Jahrtausend auf eine zweiseitige Herausforderung treffen, nämlich der ausreichenden Deckung des laufenden Bedarfs während mit dem erwarteten Bedarf Schritt gehalten werden muss.

## **2. Der Wohlfahrtsstaat in Israel – Leitlinien und Leistungen für Ältere**

Doron (1998) sagt in seiner Analyse: „Der Wohlfahrtsstaat in Israel entwickelte sich sehr langsam über einen Zeitraum von beinahe vier Jahrzehnten. Diese Entwicklung war integrierter Bestandteil eines Prozesses des Nationenaufbaus, aber auch ein Ergebnis des Drucks durch die grössere soziale Sicherung mit Blick auf die steigende wirtschaftliche Unsicherheit in einer rasch anwachsenden industriellen Gesellschaft. Er entwickelte sich auch als Antwort auf eine sich verschiebende Verteilung ethnischer und sozialer Klassenstärke in einer Gesellschaft von Immigranten“ (Seite 11).

Ein Leistungssystem und professionelle Praxis werden von der jeweiligen Gesellschaft beeinflusst, in der sie operieren und spiegeln die damit verbundenen historischen, religiösen und kulturellen Kräfte wider. Die politische Struktur und die Heterogenität der Bevölkerung sind Faktoren, die die Form der Leistungsangebote bestimmt. Deshalb muss sich jegliche Analyse des sozialen Leistungssystem auf die Prinzipien und Werte stützen, die ihre Entwicklung leitete, insbesondere folgendes: 1.) Jüdische Werte, religiöse Gesetze, Traditionen und Ethik, die die soziale und familiäre Verantwortung wiederholen. Das Gefühl der Verpflichtung der Israelischen Gesellschaft gegenüber den Alten stammt aus jüdischen Quellen der kindlichen Pietät/Verpflichtung (Lowenstein, 1991, 1998). Die zentralen politischen Punkte, die mit dieser kindlichen Verpflichtung zusammenhängen sind dreifacher Art: 1.) Bezahlung der Pflege, insbesondere einer stationären Unterbringung. 2.) das Prinzip der unbegrenzten Immigration für alle Juden. Immigration ist ohne Zweifel ein zentrales Phänomen der Israelischen Existenz (Bergman & Lowenstein, 1988). 3.) das Prinzip des kulturellen und ethni-

schen Pluralismus, das von den „anrollenden Wellen“ der Immigration stammt und eine Mannigfaltigkeit kultureller, ethnischer und religiöser Gruppen erzeugt, was wiederum in unterschiedlichen Interpretationen der Rolle der Alten, der Familie und des formalen Dienstleistungsnetzwerk resultiert. Die kulturelle Komponente im Leistungsangebot ist folglich ein wichtiger Faktor (Litwin, 1994).

## **2.1 Politische Richtlinien und das Leistungssystem**

Die grundlegenden Ziele des Leistungsangebot an Ältere sind heutzutage zweifacher Art: (1) den älteren Personen die Möglichkeit einer höchstmöglichen Selbständigkeit zu geben, damit sie so lange wie möglich in der Lage sind, in ihrem eigenen Heim in der Gemeinde zu verbleiben; (2) die aktive Teilnahme am Gesellschaftsleben unter Berücksichtigung ihrer Mannigfaltigkeit und Heterogenität.

Vier Hauptbereiche sind im Leistungsangebot enthalten: Regierungsstellen, Handelsverbände, freiwillige Organisationen und der private Sektor. Die drei hauptsächlichen Anbieter des Staates sind: das Ministerium für Arbeit und Soziale Angelegenheiten, das Gesundheitsministerium und das Nationale Versicherungsinstitut. Kleinere Leistungsanbieter sind: das Ministerium für Integration, das für ältere Immigranten Leistungen über einen bestimmten Zeitraum zur Verfügung stellt; das Ministerium für Wohnraum, das sich mit der spezielle Wohnraumplanung für Ältere beschäftigt; und das Erziehungsministerium für die Erwachsenenbildung.

Das Nationale Versicherungsinstitut (Israels System der Sozialen Sicherheit) wurde zum politischen Kernelement der Sozialen Sicherung. Derzeit beinhaltet das System folgende Programme für ältere Personen: Versicherungen für alte Menschen und Hinterbliebenen, Programme zur Versicherungen bei Erwerbsunfähigkeit und dem Gesetz der Versicherung von Langzeitpflege, das nachfolgend im Detail besprochen wird.

Die Alters- und Hinterbliebenenversicherung hat eine umfassende Deckung und ihre Leistungen sind nicht einkommensabhängig. Einkommen aus dem Vorruhestand werden bei der Berechnung der Renten nicht angerechnet. Das Schema sieht für einzelnen Rentner eine grundlegende Pauschalrente zu einer 16 %-Rate der monatlichen Durchschnittslohns, eine ältere Person erhält 24 %.

Das Nationale Versicherungsinstitut entwickelte und arbeitete auch mit dem Beratungszentren für Ältere, das im ganzen Land von Freiwilligen geleitet wird.

Die Sozial- und Wohlfahrtsdienste für Ältere basieren nicht auf spezifisch kategorischen Gesetzgebung. Sie werden durch das Allgemeine Wohlfahrtsleistungsgesetz von 1958 gedeckt, das jede Lokalbehörde mit der Errichtung der örtlichen Wohlfahrtsbehörde beauftragt ist, die allen Hilfsbedürftigen – einschliesslich der Älteren – Dienstleistungen anbietet.

Das Ministerium für Arbeit und Soziales stellt durch seine Dienstleistungen für die Altenbehörde sowohl nationale politische Leitlinien, Richtlinien zur Berechtigung auf, bestimmt nationale Prioritäten zur Leistungsentwicklung, bestimmt die professionelle Überwachung und die finanzielle Teilhabe, als auch die Überwachung- und prüfung der unabhängigen und hilfebedürftigen Älteren in Wohneinrichtungen (Lowenstein, 1994, 1998). Die örtlichen Wohlfahrtsbüros sind die Hauptanbieter für Leistungen an Ältere in der Gemeinde.

Das Gesundheitsministerium ist durch seine Abteilung der Geriatrischen Medizin verantwortlich für die Entwicklung der öffentlichen Gesundheitsdienste in der Gemeinde und Familienkrankenkliniken, die mentalen Krankenkliniken, die stationäre Unterbringung, die Überwachung und -prüfung der Pflege und der Älteren mit mentalen Beeinträchtigungen. Die Leistungen werden von einem Netzwerk regionaler Hauptbüros erbracht. Die primären und akuten Gesundheitsdienste werden von den primären Gesundheitskliniken gewährleistet, die durch fünf verschiedenen Krankheitsfonds (HMO) geleitet werden, die in der Nachbarschaft angesiedelt sind.

Das Diagramm 1 gibt eine Übersicht darüber, wie sich die Zuständigkeiten für die Pflegeversorgung auf die beiden Ministerien, das Sozialversicherungsinstitut und den Krankenfonds, verteilt. Das Diagramm 2 präsentiert ein Beispiel zu dem Fluss der Leistungsangebote an demente Ältere.

**Diagramm 1: Pflege für Ältere in Israel: Die Verteilung der Zuständigkeiten**

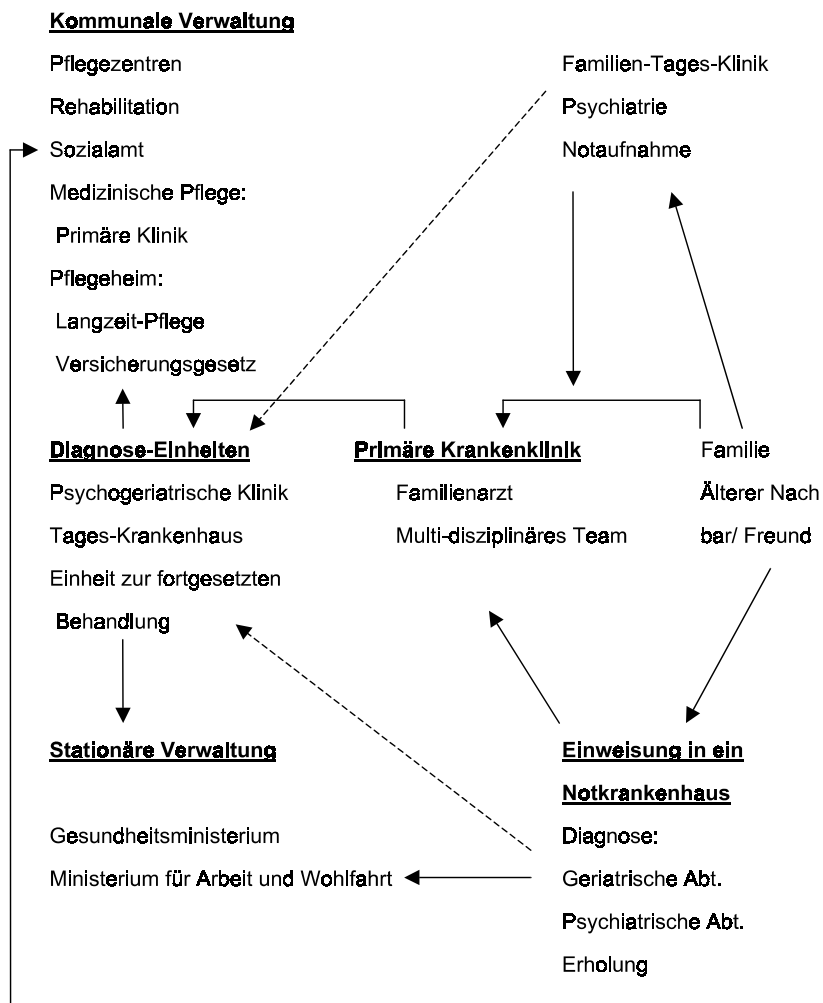
	Medizinischer Dienst	Kommunale Pflege	Stationäre Pflege
<b>Gesundheitsministerium</b>			Pflege- bzw. schwerstpflegebedürftige Ältere
<b>Ministerium für soziale Angelegenheiten</b>		Hilfebedürftige Ältere	Hilfebedürftige Ältere
<b>Krankenfonds (HMO)</b>	Alle Älteren		Medizinische bzw. professionelle Pflege für Ältere
<b>Soziale Sicherheit</b>		Schwerstpflegebedürftige Ältere	

Über lange Jahre gab es keine offizielle Struktur zur Koordinierung der Aktivitäten der verschiedenen Ministerien; deshalb gab es kein Planungsorgan auf nationaler Ebene, das den Bedarf oder Dienstleistungen ermittelt oder Entwürfe für zukünftige Leistungen vorbereitet. Dies wurde durch die Schaffung von ESHEL, einer Assoziation für die Planung und Entwicklung von Leistungen für ältere Personen in Israel, bewerkstelligt. ESHEL ist eine Partnerschaft zwischen der israelischen Regierung (durch Repräsentanten des Ministeriums für Arbeit und Soziales, des Gesundheitsministerium, des Nationalen Versicherungsinstituts und des Finanzministeriums) und des amerikanischen Gemeinschaftliche Verteilungskomitee (*Joint Distribution Committee – JDC*). Die einzigartige Form dieser ESHEL-Partnerschaft, die sowohl die Regierung als auch Freiwilligenorganisationen involviert, wurde mit der Zeit zu örtlichen und regionalen Verbände für ältere Personen. ESHEL trug zur Errichtung des sozialen und gesundheitlichen Pflegenetzwerkes bei, mit Leistungen, die alle Älteren umfassen, indem es Programme entwickelte, die Möglichkeiten für zahlreiche soziale Aktivitäten bieten. Tagespflegezentren und unterstützende Nachbarschaftshilfen wurden durch die Bemühungen ESHELs zu einem wesentlichen Bestandteil (Guttmann & Lowenstein, 1991, 1993).

Die Allgemeine Gewerkschaftsverband war bei der Versorgung mit direkten und indirekten Leistungen ein wichtiger Faktor. Erreicht wurde dies durch die Organisation zahlreicher wichtiger Pensionsfonds, den Allgemeinen Krankheitsfonds, einem Netzwerk von Clubs, betreutem Wohnen und einem Netzwerk stationärer Einrichtungen. Der freiwillige Bereich leitete durch eine Vielzahl von Landsmannschaften und anderer Institutionen direkte soziale

Dienste für ältere Mitglieder, hauptsächlich soziale Clubs und Heime für Ältere. Der private Bereich war lange Zeit für die Versorgung mit stationärer Pflege verantwortlich, kürzlich jedoch kam es zu einem Zuwachs der betreuten Pflegeeinrichtungen, der lebensrettenden Gemeinden und der Versorgung mit häuslichen Pflegediensten.

**Diagramm 2: Zentrale Flussrichtungen der Dienste für Ältere mit Demenz**





### **3. Gesetzgebung und dessen Einfluss auf die Pflege älterer Personen**

In den vergangenen Jahren fand in der Anordnung der Leistungen eine konzeptionelle Wandlung statt. Ein grundlegendes Ziel der Politik war der Wandel von stationären Einrichtungen hin zu der Entwicklung eines differenzierten, kommunal gestützten Leistungsnetzwerkes (Lowenstein & Yakovitz, 1995). Den Ausgangspunkt bildet das Heim der älteren Person, gefolgt von der Gemeinde und als letzten Ausweg die Möglichkeiten der stationären Leistungen. Kommunal gestützte Leistungen sind darauf ausgerichtet, die hilfebedürftigen und heimgelassenen Älteren zu unterstützen, so dass sie so lange als möglich in ihrer Gemeinde verbleiben können, insbesondere da die Anzahl der älteren Personen mit einem Bedarf an Langzeitpflege fortwährend steigt.

Bislang trat 1980 das Pflegeversicherungsgesetz (*Long Term Care Insurance Law*) unter der Schirmherrschaft des Nationalen Versicherungsinstituts in Kraft und wurde 1988 umgesetzt. Zudem wurde 1995 das Nationale Krankenversicherungsgesetz in Kraft gesetzt. Dieses neue Gesetz sieht eine Deckung der Krankenversicherung für alle israelischen Einwohner vor, ohne Unterscheidung nach Alter oder Invalidität. Ein universelles Programm der Gesundheitssicherung wurde errichtet, das eine Krankenhauseinweisung garantiert und einen bestimmten Korb mit kommunal gestützten medizinischen Leistungen durch freiwillige Krankheitsfonds – die im ganzen Land tätig sind – liefert. Zahlreiche Ältere, die zuvor keine Deckung der Grundleistungen hatten, sind nun zu diesem Leistungskorb berechtigt. Dennoch richtet sich dieser Korb nach demjenigen, der zu der Zeit bereit gestellt wurde als das Gesetz in Kraft trat und deckt den sich ändernden Bedarf kaum und hält auch mit der sich entwickelnde Technologie schwer Schritt.

Der Einfluss der Gesetzgebung auf eine Stärkung des Leistungssystems wird in einer universellen Deckung durch die Krankenversicherung widerspiegelt, einer niedrigen Rate an stationären Einweisungen, einer gut entwickelten Gesundheits- und Sozialdienstinfrastruktur auf der Ebene der Nachbarschaftshilfe und einer universellen Versicherung für ambulante Pflege für die Hilfebedürftigen.

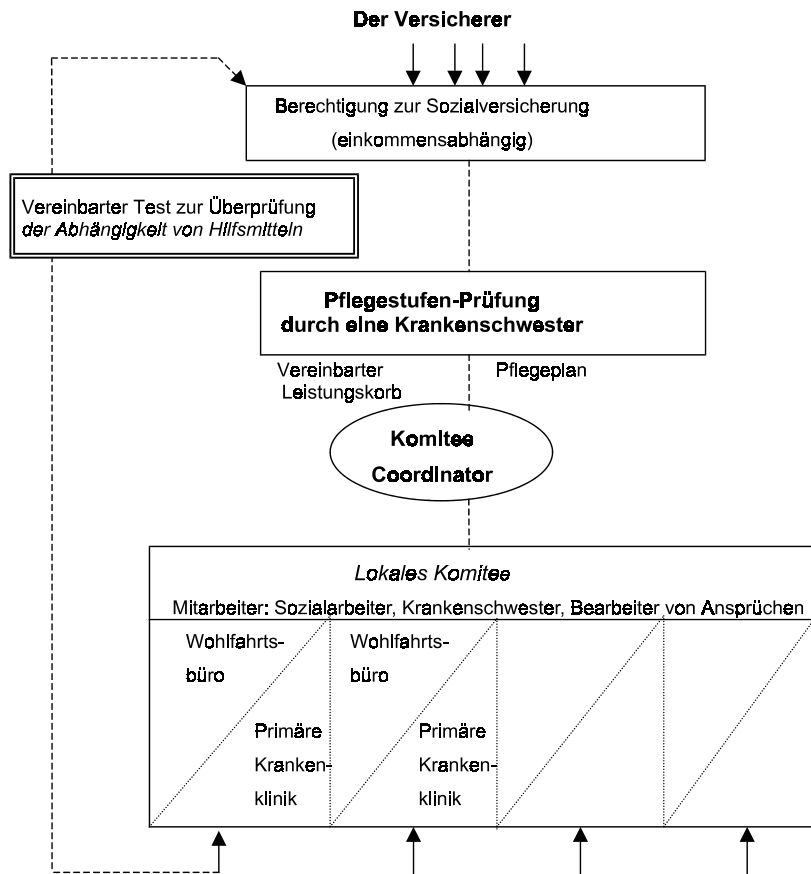
Das Pflegegesetz (im Hebräischen allgemein bekannt als Pflegegesetz) gehört zu einem der wichtigsten und innovativsten Gesetze für Ältere. Das Gesetz stellt ein einzigartiges Modell für die Leistungsversorgung der Älteren innerhalb der Gemeinde dar. Die Einzigartigkeit des Modells liegt in folgenden Bereichen:

1. Es handelt sich um ein Sozialversicherungsgesetz, das das Recht jeder älteren Person auf persönliche Leistungen innerhalb der Gemeinde anerkennt, ausgerichtet auf den festgestellten Bedarf, und gestützt auf eine Einkommensprüfung. Die Einkommensgrenze ist jedoch dementsprechend hoch angelegt, so dass die Versorgung als ein universelles Recht angesehen wird.
2. Das Gesetz orientiert sich kommunal, um die älteren Personen, die in der Gemeinde leben, in ihrem eigenen Heim oder bei ihrer Familie zu unterstützen, um eine stationäre Einweisung zu verzögern oder eventuell ganz zu verhindern.
3. Die Leistungen nach dem Gesetz sind auf ältere, sehr hilfebedürftige Person ausgerichtet und werden durch eine Wertung festgelegt, die die Schwere des funktionalen Unvermögens/Störung auf einer Skala für die Aktivitäten des täglichen Lebens (Activities of Daily Living – ADL) festlegt, wobei auch in Betracht gezogen wird, ob der Antragsteller alleine lebt oder nicht. Und zwar aus dem Grund, da das Gesetz darauf ausgerichtet ist, auch pflegende Familienangehörige zu unterstützen und ihre Last zu mindern. Die Familie erhält jedoch keine Bezahlung oder Kompensationen für ihre Leistungen. Allerdings muss der Pflegeplan an das Umfeld der älteren Person und der pflegenden Familienangehörigen angepasst werden.
4. Die Priorität der Leistungsverorgung besteht in Form von universellen, egalitären Sachleistungen, die nach den gleichen Regeln umgesetzt werden. Nur in den Fällen, in denen keine Dienste erhältlich sind, werden die Leistungen in eine Barvergütung umgewandelt.
5. Eine der grundlegenden Ziele war die Nutzung der existierenden organisatorischen Infrastruktur und die maximale Integration zusätzlicher Dienste – gegenseitige Verantwortung aller Regierungsbehörden und des Krankheitsfonds.
6. Die Versorgung mit Leistungen wurde von staatlichen zu nicht-staatlichen Organisationen verlegt – einige darunter sind nicht profitorientiert, einige kommerziell. So wurde dem öffentlichen Bereich der Zugang zu ambulanten Diensten ermöglicht.
7. Das Gesetz setzt Standards und Normen fest, die von der professionellen interdisziplinären Gemeinde akzeptiert werden und den Ansatz eine interdisziplinären Behandlung stärken. Die Verantwortung über die Festlegung eines Pflegeprogrammes liegt somit bei dem regionalen interdisziplinären Komitee.
8. Das Gesetz bietet ein effizientere Management der Dienste und Systeme durch lokale Service Systeme.

Das Gesetz unterschied zwischen system-orientierten Zielen und Personen-orientierten Zielen. Erstere enthielten: Entwicklung eines breiten Spektrums an kommunal gestützten Diensten, verbesserte Qualität und Effizienz der Dienste durch Leistungskoordination, Unterstützung der Privatisierung,

Identifikation der „Risiko“-Bevölkerung, Verzögerung der stationären Einweisung und Kostenreduktion. Die Personen-bezogenen Ziele sollten eine intensive und systematische Evaluation des Bedarfs der Klienten gewährleisten, einen individualisierten Pflegeplan entwickeln, der sowohl dynamisch als auch anpassbar ist, grössere Versorgung der sehr hilfebedürftigen Älteren und ihrer pflegenden Familienangehörigen. Die Grenzen des Gesetzes liegen darin, dass es lediglich auf ältere, sehr hilfebedürftige Personen ausgerichtet ist und nicht jeglichen Bedarf deckt, so berechtigt es nicht zu Rehabilitationsmassnahmen und überdies gibt es Probleme mit den Assessment-Instrumenten für die mental Beeinträchtigten. Der Beitrag des Gesetzes wird in folgenden Daten veranschaulicht: das Ausmass der hilfebedürftigen Bevölkerung wurde ausgedehnt – von angestrebten 10.000 im Jahre 1980 bis beinahe 84.000 heutzutage (Katan & Lowenstein, 1999). Auch die Umsetzung des Gesetzes wie Litwin und Lightman (1996) bemerkten: „das gesamte System der langfristigen Pflegedienste beeinflussten, das in Israel vor dem Inkrafttreten des Gesetzes bestand. Die Änderungen wurden insbesondere auf vier Gebieten deutlich: (a) eine verbesserte Koordination zwischen den separaten bürokratischen Angebotsstrukturen, insbesondere derjenigen der gesundheitlichen und sozialen Wohlfahrt; (b) die Entwicklung einer kombinierten Wirtschaftlichkeit der Sozialpflege; (c) die Festlegung von Standards im ambulanten Pflegeangebot; und (d) die Kontinuität und Qualität der kommunal gestützten Pflegemechanismus“ (vgl. Seite 701).

**Diagramm 3: Der Durchführungs-Prozess (Schematische Beschreibung)**



Das vorrangige Ziel des Gesetzte liegt in einer Verbesserung der Lebensqualität älterer Personen und ihrer Familien, die der Unterstützung durch eine grössere Bandbreite der Leistungen bedürfen. Folgendes soll überwunden werden: die Unfähigkeit des Leistungssystems auf eine Vielzahl unterschiedlichen Bedarfs zu antworten, die Schwierigkeiten einen Leistungskorb zusammenzustellen, um eine stationäre Einweisung zu verhindern oder zu verzögern, und die Notwendigkeit auf eine wachsende Anzahl Älterer mit einem Bedarf an langfristigen Pflegediensten einzugehen. Die Hauptleistungen sind: persönliche Pflege und hauswirtschaftliche Dienste

mit einer durchschnittlichen Stundenzahl von 11-12 Stunden pro Woche, 15 Stunden für die mental Beeinträchtigten, Tagespflegezentren, Notruf und Inkontinenzbedarf. Die Mehrheit der Empfänger nehmen allerdings die persönlichen Pflegedienste in Anspruch (Katan & Lowenstein, 1999).

Das Gesetz legte die Grundlage für die Umsetzung unterschiedlicher Case Management Programme für die Pflegeangebote für Ältere. Die Verantwortung für diese Programme lag bei dem Nationalen Versicherungsinstitut, das die Verwaltungs- und Leistungsverantwortung mit dem interdisziplinären professionellen Komitees teilt. Das Diagramm 3 stellt die Ebenen der Umsetzung übergeordneter Ziele dar, bis eine Person zu Leistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz berechtigt ist.

Wie aus Diagramm 3 ersichtlich, muss beim Nationale Versicherungsinstitut ein Antrag gestellt werden. Ein Familienangehöriger, ein Nachbar oder eine Fachkraft wie beispielsweise eine Krankenschwester der Krankenklinik kann diesen Antrag stellen. Nach Antragstellung wird eine öffentliche Krankenschwester aus einem regionalen Büro des Gesundheitsministeriums ein umfassendes Assessment der Abhängigkeit erstellen. Das Assessment wird durch standardisierte Instrumente vorgenommen, die folgendes enthalten: körperliche Gesundheit, ADL und IADL, Kommunikation, emotionale und kognitive Fähigkeiten, soziale Teilhabe, informelle Hilfssysteme, Umgebung/-feld, wirtschaftliche Ressourcen, Kapazität der Selbsthilfe, persönliche Geschichte, Werte und Präferenzen. Wenn ein Antragsteller zu Leistungen berechtigt ist, wird ein interdisziplinäres Team einen individualisierten und auf den persönlichen Bedarf zugeschnittenen Pflegeplan erstellen, der sich auf einen vorher abgestimmten Leistungskorb stützt. Das Komitee wird von einem Sozialarbeiter aus dem örtlichen Sozialamt geleitet und beschäftigt auch eine Krankenschwester der primären Krankenklinik, die durch den grössten Krankenfonds in der Gemeinde finanziert wird, und Beamten des Nationalen Versicherungsinstituts. Folglich schuf das Gesetz eine Anlaufadresse für die Bereitstellung von Leistungen für die schwerstpflegebedürftigen Älteren und der pflegenden Familienangehörigen; brachte die Fachkräfte dazu, „eine“ Sprache zu sprechen; dezentralisierte den Ort der Bereitstellung und Koordination von Leistungen; und förderte die Entwicklung der Case Management Programme. Die Umsetzung des Gesetzes führte auch dazu, dass die Institutionen für ambulante Pflege, die (durch das Ministerium für Arbeit und Soziales) häusliche Pflegedienste leisten, eine professionelle Lizenz aufweisen müssen, um die Qualität der Pflege zu gewährleisten.

#### 4. Beschreibung des Case Management Projektes

Das Gesetz über Langzeitpflege stellte eine rationale Basis für die Umsetzung einiger Grundprinzipien des Case Management dar, wie unten aufgeführt.

1. Einen einzigen Zugang zu Informationen und Unterstützung für ältere Klienten und ihrer Familien zu schaffen.
2. Den verwirrenden Irrgarten des bestehenden Systems und der zahlreichen Programme zu überwinden, die alle ihre eigenen Bedarfskriterien und Leistungsbeschränkungen aufweisen und somit eine Planung des zukünftigen Bedarfs an Langzeitpflege erschweren.
3. Die Zersplitterung der Verantwortung und Autorität für die Evaluation, die Erbringung und Bezahlung der öffentlich geförderten Leistungen der Langzeitpflege zu überwinden.
4. Kreative und flexible Leistungspakete zu entwickeln, die individuell zugeschnitten sind und mit jedem Klienten abgestimmt werden, um seine/ihre Werte und Präferenzen zu berücksichtigen.
5. Um diejenigen, die in dem System der Langzeitpflege neu sind, bei der Zusammenstellung der benötigten Leistungen zu unterstützen und zu gewährleisten, dass die Leistungen weiterhin dem Bedarf entsprechen.

Um diese Prinzipien umzusetzen und alle Funktionen effektiv durchzuführen, muss ein Komitee mit einer angemessenen Belegschaft durch qualifiziertes Personal bereit gestellt werden. Somit wurden unter dem Pflegegesetz Ressourcen zur Erweiterung des Netzwerkes an qualifiziertem Personal – insbesondere die Sozialarbeiter in den örtlichen Sozialämtern, die die interdisziplinären Teams leiten, welche die Pflegepläne entwickeln – zugeteilt. Trotzdem konnte dies durch die Budget-Beschränkungen nicht erreicht werden. Jeder Sozialarbeiter, der heutzutage mit den Älteren in den lokalen Wohlfahrtsbüros arbeitet, hat beinahe 350 Klienten, was natürlich zur Umsetzung der oben genannten Prinzipien erschwerend hinzukommt, und obwohl die Bedeutung der Case Management Leistungen als Vereinfachung des Zugangs zu einer Vielzahl der langfristigen Pflegeoptionen erkannt wurde. Auch macht es die Trennung der Funktionen zwischen Erwerber und Anbieter von Leistungen, durch die ausgewählten Anbietern zur Leistungsbereitstellung bestimmt werden, schwierig, flexible und sehr individualisierte Pflegepläne zu erstellen, insbesondere wenn auf das Standardpaket der Leistungen aufgrund der Problematik bei der Finanzierung vertraut wird.

Dementsprechend entschieden sich Frau Miriam Bar-Giora (Leiterin der Abteilung für Leistungen an Ältere – DAS – des Ministeriums für Arbeit und Soziales) und Dr. Ariela Lowenstein innerhalb dieses Rahmens dafür, ein

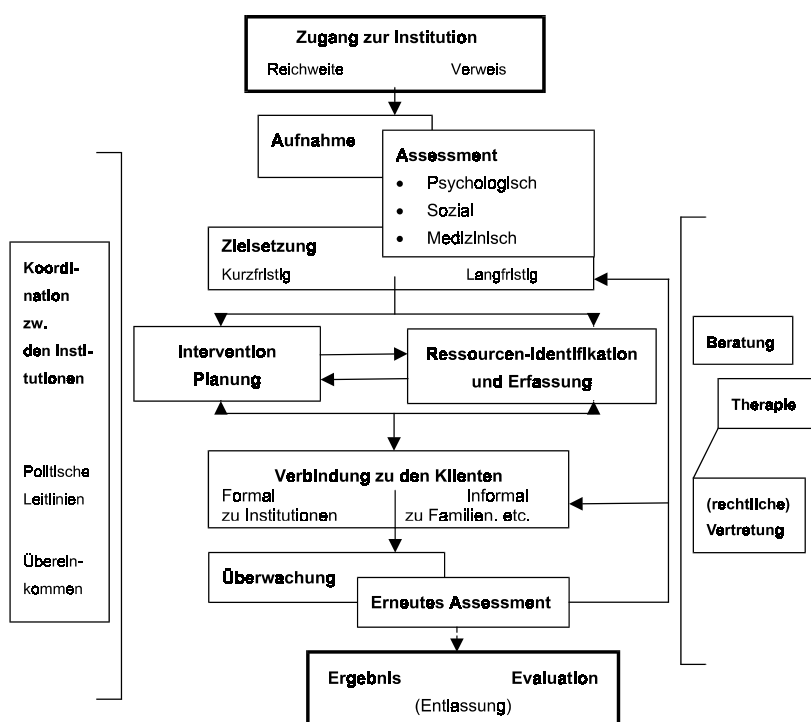
Modellprojekt zur Demonstration des Case Management umzusetzen. Das Projekt bietet ein Case Management und ausgedehnte häusliche und kommunale Pflege für Klienten, die gemäss der Pflegeversicherung berechtigt sind. Zur Umsetzung des Projektes wurde eines der Sozialamtstellen, die von dem Sozialamt der Stadt Haifa verwaltet werden, ausgewählt. Es wurde beschlossen, ein spezielles Budget zur Unterstützung der Sozialamtsstelle zur Verfügung zu stellen, um zwei seiner Mitarbeiter „freizustellen“, um an diesem Projekt innerhalb des allgemeinen Rahmens der Pflegeversicherung teilzunehmen. Die Arbeiter wurden für jeweils 10 Stunden pro Woche zur Projektarbeit angestellt, was einem Viertel einer Vollzeitbeschäftigung entspricht, und erhielten einige Ressourcen. Das Projekt begann ende Mai 1999.

Dr. Lowenstein hatte als nationaler israelischer Evaluator zahlreiche Treffen mit dem Direktor der Sozialamtstelle, der der Einheit für Altern in o.g. Stelle und den Sozialarbeitern vorsteht. Während dieser Treffen wurde folgendes diskutiert und beschlossen: Kriterien zur Auswahl der Älteren, die in das Projekt einbezogen werden sollten; Berichterstellung und Kommunikationsmethoden. Der Leiter der Einheit für Altern im Sozialamtsbüro wurde dazu bestimmt, die Arbeiter zu überwachen.

#### **4.1 Der Prozess der Projektentwicklung und Evaluation**

Die Entwicklung des Case Management Projektes stützte sich auf die Modelle, die von Greene (1992) und Rothman (1991) beschrieben wurden und im Diagramm 4 vorgestellt werden.

**Diagramm 4: Schematisches Modell der Case Management Interventionen**



Das Diagramm stellt ein schematisches Modell der Case Management Interventionen dar und beinhaltet folgende Ebenen: Überweisung zur Institution, Aufnahme und Assessment des Bedarfs, Bereitstellung eines Service-/Pflegeplanes mit häuslicher bzw. kommunaler Dienste, Vernetzung der Klienten mit den verschiedenen Leistungen, Bereitstellung eines informellen Systems einschliesslich dessen Unterstützung, der Qualitätsüberwachung der bereitgestellten Leistungen, eine Wiederbewertung des Bedarfs und Evaluation der Ergebnisse. Drei Basisaufgaben werden durchgeführt: Bereitstellung von Beratung und Therapien, Beratung der Älteren und ihrer Pfleger, und schliesslich die Koordination und Überwachung der Leistungen.

Der Prozess der Projektentwicklung und -evaluation betraf folgende sechs Phasen, die sich auf o.g. Modell beziehen: Wahl des Klienten, der im Projekt eingebettet wird, und Wahl einer „Kontrollgruppe“, Aufnahme und Über-



prüfung der Klienten, umfassendes Assessment der Klienten und Pfleger, individualisierte Pflegeplanentwicklung, Service-Angebote, und Klientenüberwachung/ Service-Modifikation.

Gestützt auf den Ansatz von Andersen & Newman (1973), wurden sechs beispielhafte Kriterien für die Auswahl der Klienten angewandt: **Charakteristika** für Alter (ab 70 Jahren), Geschlecht, Familienstand (ledig oder verheiratet), Lebensumstände (allein lebend oder mit Kindern), und Behinderung (körperliche Gebrechen oder kognitive Störungen). Hinzu kommen **Zugangsberechtigungen** wie die finanziellen Ressourcen. 100 ältere Personen, die berechtigt waren, wurden aus den Unterlagen aller Arbeiter ausgewählt, die im Sozialamt für das Pflegegesetz zuständig waren. Zwei Sozialarbeiter arbeiten eng mit 30 älteren Personen aus dieser Gruppe und ihren Angehörigen zusammen und verrichten sog. „reines“ Care Management. Zusätzlich gab es eine „Kontrollgruppe“ mit 30 Klienten, die die o.g. Kriterien erfüllten und auch ausgewählt wurden. Diese „Kontrollgruppe“ erhielt wie bislang eine reguläre Behandlung und Unterstützung. Somit blieb eine „Reserve“ von 40 Klienten, die in das Projekt aufgenommen werden sollten, falls bei einer der ausgewählten und in das Projekt aufgenommenen 30 Klienten der Tod, eine Unterbringung in einer stationären Einrichtung oder ein anderer Grund, der die Beendigung des Projektes erfordern würde, eintreten sollte. Während des Projektes starben bislang drei Patienten und wurden durch andere aus der „Reserveliste“ ersetzt.

Die beiden Case Manager sollten einen schriftlichen Pflegeplan für jeden Klienten erstellen, so dass die familiäre Unterstützung und freiwillige Hilfe maximiert werden kann. Im Pflegeplan, der sich auf die Aufnahme und das Assessment stützt, mussten die Faktoren, die sich durch eine vielsprachige und multi-ethnische Gruppe ergeben, beachtet werden. Folgende benötigten Elemente eines Pflegeplans waren (falls machbar): Prognose, messbare zeit-spezifische Ziele und erwartete Ergebnisse. Daten zur demografischen Informationen und Assessment des Umfeldes; Krankengeschichte des Klienten inklusive seiner körperlichen und kognitiven Fähigkeiten; Assessment der familiären und informellen Hilfen mit einer umfassenden Beschreibung aller Hilfen (formal und informal). Beschreibung der Identität der Leistungsanbieter und der Leistungsarten. Beschreibung der Art der Leistungsüberwachung mit den benötigten Netzwerken. Beschreibung des Prozesses, in dem der Leistungsplan modifiziert werden kann. Schriftliche Informationen über Kontaktmöglichkeiten für den Klienten auch nach Büroschluss und am Wochenende, und darüber, was in Notfällen zu tun sei. Notierung jeglicher benötigter Leistungen, die nicht gestellt werden einschliesslich einer Begründung.

Eine Zwischen-Evaluation (drei Monate nach Beginn des Projektes) deutet auf folgendes: die Notwendigkeit der Änderung einiger Diagnoseformen und Pflegeplänen. Die Aufnahme weiterer fünf Klienten, falls machbar, so dass jeder Arbeiter 20 ältere Personen und ihre Angehörigen zu betreuen hat. Zudem wurden auch „Risikogruppen“ einbezogen, die bislang nicht zu Leistungen nach dem Pflegegesetz berechtigt waren. Die Organisation eines Treffens aller involvierten Leistungsanbieter ausserhalb des Sozialambüros, um die Methoden der Kooperation und Kommunikation zu verbessern. Allgemein berichteten die Arbeiter, dass sie nun eher in der Lage waren, den Bedarf der Klienten und ihrer Angehörigen zu decken als zuvor, dass die Verbindungen zwischen ihnen und den gesundheitlichen Pflegediensten verbessert wurden, und dass sie Zeit für die Fallbearbeitung und Familientherapie aufwenden konnten.

Dr. Lowenstein traf sich regelmässig mit den Arbeitern (alle drei Wochen einmal), um den Fortgang des Projektes zu diskutieren, Schwierigkeiten, falls diese auftauchen, Änderungen vorzunehmen, falls diese nötig sind, ausserdem neue und kreative Programme aufstellen. Dr. Lowenstein stand den Arbeitern mit Rat und Tat zur Seite.

## **4.2 Strukturelle Voraussetzungen: Qualifikation der Mitarbeiter, technische Ressourcen, Trägerstruktur**

### **4.2.1 Qualifikation des Case Managers**

Folgende Qualifikationen wurden für die am Projekt beteiligten Arbeiter als notwendig erachtet:

1. Erfahrung des Bedarfs der relevanten Zielbevölkerung
2. Kenntnis der Anbieter, die auf diese zugeschnitten sind
3. Kenntnis der erhältlichen kommunalen Ressourcen
4. Enge Verbindung der verschiedenen Leistungsanbieter, freiwilligen Institutionen und anderer kommunalen Dienste
5. Erfahrungen und Informationen und ähnlichen Aktivitäten
6. Erfahrungen beim Bedarfs-Assessment in einem persönlichen Interview
7. Fähigkeit, die Daten rechtzeitig und akkurat zu sammeln, überwachen und analysieren

Ausserdem verfügten die ausgewählten Case Manager über längerfristige Erfahrungen in der Arbeit mit älteren Personen. Einer von ihnen kann als regelrechter Veteran bezeichnet werden, der seit beinahe 20 Jahren mit Älteren arbeitet und den Vorsitz über eines der lokalen interdisziplinären

Komitees hatte, die für die Pflegeversicherung zuständig sind. Die anderen verfügten über Erfahrungen bei Untersuchungen, da sie auf Teilzeitbasis als Untersuchungs-Assistenten der Universität Haifa arbeiten.

#### **4.2.2 Technische Ressourcen**

Zur Durchführung der Case Management Funktionen benötigten die Arbeiter technische Ressourcen, die ihnen nicht immer zugänglich waren.

Das Umfeld des Sozialambüros ist problematisch, da es für die Arbeiter nicht genügend Raum gibt – mindestens zwei Arbeiter teilen sich ein Zimmer. Ausserdem gibt es nicht genug Telefonleitungen, so dass die Case Manager oftmals ihre privaten Handys benutzen mussten. Die bereit gestellten Telefone hatten allerdings Anrufbeantworter. In vielen Fällen benutzten die Case Manager die Dienste des Freiwilligen Hilfszentrums (*Voluntary Assistance Center*), das von der Stadt verwaltet wird, um ihre Klienten und deren Pfleger zu kontaktieren. Das Büro ist täglich von 8 Uhr bis 15 Uhr für den Publikumsverkehr geöffnet und einmal die Woche bis 18 Uhr. Ausserdem sind für Notfälle die Arbeiter einmal pro Woche rund um die Uhr „abrufbereit“.

Zwei Grossrechner stehen im Sozialambüro, einer für allgemeine Verwaltungsaufgaben und der andere für grundlegende Daten über Antragsteller. Allerdings gibt es im Sozialambüro keine PCs, so dass alle Informationen, die nach der Eingabe der Grunddaten gewonnen werden, schriftlich notiert und in den persönlichen Akten der Klienten aufgeführt werden. Dies führt abermals zu einer zusätzlichen Belastung der Arbeiter.

Das Nationale Versicherungsinstitut allerdings gibt alle während der Treffen gesammelten und bearbeiteten Informationen der verschiedenen interdisziplinären Komitees in den Grossrechner ein und leitete sie einschliesslich der Änderungen und Modifikationen der Berechtigung, Pflegepläne, etc. an das Sozialambüro weiter.

Insgesamt gesehen gab es Schwierigkeiten, die angemessenen technischen Ressourcen zu erhalten, wodurch Hindernisse bei der Umsetzung der Case Management Projekte hervorgerufen wurden.

### 4.2.3 Trägerstruktur

Das Case Management Projekt wurde vom der Abteilung für Sozialdienste des Wohlfahrtsamtes der Stadt Haifa angeregt. Das Wohlfahrtsamt wurde aufgrund seiner Offenheit Neuem gegenüber für das Projekt ausgewählt und handhabt ein weites Netzwerk innovativer, kommunal-gestützter Dienste für Ältere, zudem hat es enge Verbindungen zur Universität zu Haifa. Seine Abteilung für das Altern wurde in den 80er Jahren gegründet und weiterentwickelt, gestützt auf eine Untersuchung, die von Dr. Ariela Lowenstein durchgeführt wurde (Lowenstein, 1980). Diese Überlegungen veranlassten die Abteilung für das Altern beim Ministerium für Arbeit und Soziales, die Stadt Haifa zu auswählen.

Einer der Case Manager war – wie oben erwähnt – der Leiter einer dieser lokalen, interdisziplinären Komitees, die für das Pflegegesetz zuständig sind. Dadurch war es für diesen einfacher, während der Treffen einen Konsens beizubehalten, um sowohl die Pflegepläne der Klienten innerhalb des Projektes zu modifizieren, als auch eine Vielzahl von Leistungen zusätzlich zu den (nach dem Pflegegesetz) im Leistungskorb enthaltenen Leistungen zu aktivieren.

I.d.R. trifft sich das lokale, interdisziplinäre Komitee einmal alle zwei Wochen, um die Pflegepläne für neue Antragsteller zusammen zu stellen und/oder um eine Berechtigung und die Pflegepläne für längerfristige Klienten zu modifizieren. Folglich sind die Kanäle für die Modifikation von Pflegeplänen ziemlich offen.

Hinsichtlich der Netzwerke, der Überwachung und Anregung von Dienstleistungen, trafen sich die Case Manager unter der Woche regelmässig mit den zuständigen Krankenschwestern in den kommunalen, nachbarschaftlichen primären Krankenkliniken, um die Probleme der Klienten, den Bedarf an Leistungen, die Modifikation der Pflegepläne etc. zu diskutieren. Auch standen die Sozialarbeiter und Krankenschwestern nach diesen Treffen den Klienten und/oder ihren Pflegern zu einem persönlichen Treffen zur Verfügung.

Es besteht ein regelmässiger Kontakt zu den diversen Krankenhäusern in der Stadt (darunter drei allgemein-ärztliche Krankenhäuser und eine geriatrische Rehabilitationsklinik), i.d.R. telefonisch oder durch Zusendung eines sozialen Berichtes zur Nachbereitung oder Beratung. Persönliche Treffen werden arrangiert, wo dies nötig erscheint. Bisweilen werden Mitarbeiter-treffen zwischen den Sozialabteilungen der Hospitäler und den Sozialämtern angeregt.

Ausserdem führen die Case Manager einmal alle zwei Wochen einen Besuch bei den Tagespflegezentren durch, in denen einige ihrer Klienten Leistungen erhielten. Während dieser Treffen mit den Direktoren der Zentren wurden die Situationen der Klienten diskutiert und auf den neusten Stand gebracht.

Die Case Manager arbeiteten auch eng mit den Freiwilligen der Zentren für Freiwilligen-Unterstützung zusammen und regten bei diesen an, zur Unterstützung der Klienten eine regelmässige Überprüfung der Situationen der Klienten und Besuche durchzuführen. Auch wurden ein regelmässiges Training für die Freiwilligen durchgeführt.

Alle zwei Wochen werden im Sozialamt regelmässige Mitarbeitertreffen aller Kräfte für die älteren Personen – einschliesslich der Case Manager – durchgeführt, was die Möglichkeit bietet einerseits individuelle Klienten und andererseits organisatorische Fragen zu erörtern. Der Leiter der Mitarbeiter steht in regelmässigem Kontakt mit dem Direktor des Sozialamtes der Stadt Haifa.

Die finanziellen Ressourcen für das Projekt waren relativ begrenzt, wodurch die Case Manager beim Aufbringen von Mitteln sehr kreativ sein mussten.

#### **4.2.4 Methoden**

Das einleitende Assessment der für das Projekt ausgewählten Klienten wurde dann durchgeführt, wenn sie zu Leistungen nach dem Pflegegesetz berechtigt waren, wie im Diagramm 3 unter „Prozedur und Assessment-Prozess“ dargestellt wird. Eine öffentliche Krankenschwester führte das Assessment durch, woraufhin das lokale interdisziplinäre Komitee einen Pflegeplan erstellte. Zu Beginn des Case Management Projektes führte jeder Case Manager Hausbesuche bei den Klienten durch, um den Pflegeplan zu überprüfen, zusätzlichen Bedarf aufzunehmen, die Pfleger zu treffen und den Pflegeplan zu modifizieren – falls nötig. Das erneute Assessment (Re-Assessment) stützte sich auf die Form, die von dem Ministerium für Arbeit und Soziales herausgegeben wurde, und die zum ersten Mal während Verlaufs des Projektes angewandt wurde. Die Form beinhaltet folgende Daten: Persönliche Daten des Klienten und seiner/ ihrer Mitbewohner; Assessment der Umgebung einschliesslich des Gebäudes und der Wohnung; Persönliche Details zu dem Hauptpfleger; Einkommensquellen des Klienten; Allgemeine Evaluation des Klienten – allgemeiner Hintergrund, einschliesslich seiner/ ihrer Hobbys und wichtiger Begebenheiten; Medizinische Informationen und motorische und mentale Situation des Klienten, einschliesslich

seines/ ihres Auftreten; familiäre Beziehungen und Interaktionen; Daten zu weiteren Unterstützungs-Systemen; Daten zu kommunalen Leistungen, die der Klient in Anspruch nimmt und Empfehlungen zur Fortsetzung der Pflege. Auch werden für den Fall, dass eine stationäre Einweisung vorgesehen ist, die Gründe für diese Einweisung, die Einstellung des Klienten und seiner Angehörigen gegenüber dieser Unterbringung und ihre Vorlieben berücksichtigt.

Auf Grundlage des Assessment und zahlreicher Hausbesuche, von denen jeder bis zu zwei Stunden dauerte, wurden ein flexiblerer, überarbeiteter Pflegeplan entwickelt, der sowohl den Hintergrund der Klienten und Pfleger, als auch deren Werte und Vorlieben berücksichtigte. Falls es sich bei den Klienten um neue Zuwanderer handelte, wohnten den Hausbesuchen Übersetzer bei. Falls nötig, wurde der Hausbesuch auch zusammen mit einer Krankenschwester der primären Krankenklinik durchgeführt. Der Case Manager stellte Informationen über die verfügbaren Leistungsoptionen zur Verfügung, damit dem Klienten und seinen Angehörigen ein Maximum an Auswahl ermöglicht wird. Alle zwei Monate wird der Pflegeplan überarbeitet. Allerdings wird diese Überarbeitung bei Bedarf öfter vorgenommen, so z.B. im Falle einer Verschlechterung der physischen Gesundheit des Patienten oder seines/ ihres pflegenden Partners. Da der Case Manager die Klienten normalerweise einmal wöchentlich besucht – in manchen Fällen nur alle zwei Wochen – kann neuer Bedarf festgestellt und der Pflegeplan dementsprechend verändert werden. Eine kontinuierliche Überwachung der Klienten wird durch die Freiwilligen der Zentren zur Freiwilligen Unterstützung gewährleistet.

## **5. Auswertung des Projektes**

### **5.1 Auswertungsmethoden**

Es wurden Gruppentreffen mit den beiden Sozialarbeitern und ihrem Supervisor abgehalten, dazu auch persönliche Unterredungen mit den Mitarbeitern. Ein strukturierter Fragebogen wurde entwickelt, um erforderliche Daten zu sammeln; dieser enthielt die folgenden Daten: Basisinformationen hinsichtlich der Pflegezeit der Klienten im Projekt; die Zahl und Arten der Kontakte, die der Case Manager mit den Klienten hatte; die Merkmale der Klienten und der Pflegepersonen; Geschichte der formellen Leistungsverwendung; eine Bewertung der informellen Netzwerke der Pflegepersonen; und die Erfahrung des Case Managers.

Alle Materialien, die in den Klientenunterlagen enthalten waren, wurden inhaltlich überprüft, einschließlich der folgenden Formen: 1) der lokale Ausschuss für das Pflegegesetz, mit Berechtigung, persönlichen Daten, Pflegeplan, zuständigem Mitarbeiter; 2) Veränderungen im Pflegeplan; 3) Kontakt mit den Pflegediensten und die Vielfalt der angebotenen Leistungen – häusliche Pflege, Tageskliniken, Notfallknopf, Windeln; 4) Bericht über Nachbetreuung und professionelle Supervision der Pflegedienste; 5) medizinische Daten – ADL- und IADL-Evaluierungen; 6) die Bereitschaft des Klienten, die Vertraulichkeit aufzugeben; 7) die Weigerung des Klienten, Leistungen anzunehmen; 8) Zusammenfassungen über die Treffen von Klienten mit Pflegepersonen. Jeder der Mitarbeiter legte eine schriftliche Zusammenfassung über jeden der betreuten Klienten vor, einschließlich der eingeleiteten Schritte, um die Probleme der Klienten oder ihrer Pflegepersonen zu lösen. Zusätzlich wurden in den Ergebnissen der Leistungsverwendung detailliert die Arten der angewandten Leistungen, der Umfang und der Zeitaufwand beschrieben. Die Mitarbeiterberichte wurden als eine „kodierte Aktivitätenliste“ kategorisiert und enthielten eine Beschreibung der vorhandenen Probleme der Klienten und ihrer Pflegepersonen, eine Bewertung, ob es sich bei dem Problem um eine Krise handelte oder ob es ein dauerhaftes Problem war, und die Schritte, die unternommen worden waren, um die Probleme zu lösen. Das Instrument wurde nach folgenden Bereichen strukturiert: 1) Schritte zur Bewertung der klientenzentrierten Aktivitäten; 2) Entwicklungsaktivitäten im Zusammenhang mit dem Pflegeplan; 3) Kontrolle der Dienstleistungspakete; 4) Leistungsverwendung; 5) Fürsprache; 6) klientenzentrierte Aktivitäten; und 7) pflegepersonenzentrierte Aktivitäten.

Die Mitarbeiter sollten ebenfalls die wichtigsten Parameter ihrer Rollen und Aufgaben in dem Projekt mit Hilfe einer Skala von 5-1 beschreiben, wobei 5 = „am wichtigsten und am häufigsten ausgeführt“ bedeutet und 1 = „am wenigsten wichtig und am wenigsten häufig ausgeführt“. Die wichtigsten und häufigsten Arten von beschriebenen Aufgaben waren Case-work-Interventionen und die Unterstützung von Pflegepersonen, danach kamen Ausarbeitung und Revision des Pflegeplans, Wechsel des Leistungserbringers, Assessment und Koordinierung der Pflege. Zu den als am wenigsten wichtig beschriebenen und am wenigsten häufig ausgeführten Aufgaben gehörten Auswertung, Management und Unterstützung bei der Vermittlung.

## 5.2 Performanzprofile

### Merkmale des Klienten und der Pflegeperson

Auf der Grundlage des Materials in den Unterlagen wurden die Merkmale der Klienten und Pflegepersonen erarbeitet.

Tabelle 1 stellt die Merkmale der Klienten und ihrer Pflegepersonen dar.

Wie aus Tabelle 1 ersichtlich ist, überwiegt die Zahl der Frauen sowohl bei den Klienten wie auch bei den Pflegepersonen. Zwei Drittel der Klienten waren verwitwet und lebten alleine oder sie waren verheiratet und lebten mit einem Partner. Die meisten der Klienten waren sehr alt, die Hälfte von ihnen war 86 Jahre alt oder älter. Sie waren größtenteils behindert, und litten an einer Reihe von körperlichen und geistigen Krankheiten sowie an Wahrnehmungsstörungen, und viele waren pflegeheimbedürftig.

Die Mehrheit der Pflegepersonen war verheiratet und wohnte in einem anderen Haushalt mit jüngeren Kindern zu Hause. Circa die Hälfte der primären Pflegepersonen waren Ehepartner, einige von ihnen benötigten weitere Unterstützung bei der Pflege, die in der Regel von ihren Kindern geleistet wurde. Die anderen primären Pflegepersonen waren Kinder, meistens die Töchter und manchmal die Schwiegertöchter. Nur eine Tochter wohnte bei ihrer Mutter.

In bezug auf die Bewertung der Umgebung lebten ca. zwei Drittel der Klienten in relativ komfortablen Bedingungen, in sauberen Wohnungen, die über die meiste erforderliche Ausstattung verfügten. Der Rest allerdings lebte in kleinen vernachlässigten Wohnungen in schlechtem Zustand mit einem Minimum an Möbeln und Ausstattung. Die Mehrheit der Klienten lebte von Leistungen der sozialen Sicherung und der Einkommenssicherung, ca. die Hälfte von ihnen waren Überlebende des Holocaust.



**Tabelle 1: Merkmale von Klienten und Pflegepersonen(N = 30)**

Merkmale	Klienten	Pflegepersonen
Geschlecht:		
Männlich	12	13
Weiblich	18	17
Ehestand:		
Verheiratet	11	26
Verwitwet	19	1
Geschieden	--	3
Anzahl der Kinder:		
0	2	--
1-2	15	14
3-4	12	16
5+	1	--
Lebensumstände:		
Allein	16	4
Nur mit Ehepartner/junge Kinder	10	26
Mit einer Tochter	2	--
Mit anderen (Schwiegertochter; Bruder)	2	--
Alter des Klienten:		
69-75	2	
76-80	5	
81-85	8	
86-90	10	
91+	5	
Wichtigste Diagnose des Klienten: (dabei kann es sich um mehr als eine handeln)		
CVA	6	
Orthopädische Probleme / Brüche	10	
Diabetes	3	
Inkontinenz	7	
Alzheimer und Demenz	12	
Depression	5	
Herzprobleme	5	
Operationen am Kopf	2	
Die Beziehung der Pflegepersonen zum Klienten:		
Ehefrau	9	
Ehemann	5	
Tochter	10	
Schwiegertochter	2	
Sohn	2	
Geschwister	1	
Andere	1	
Einkommen der Klienten:		
Rente + soziale Sicherung	8	
Soziale Sicherung und Einkommenssicherung	22	

*Bemerkung: Es waren keine Daten verfügbar über das Alter oder Einkommen von Pflegepersonen.*

Insgesamt ergibt sich ein Bild von sehr alten, behinderten Klienten, von denen viele zudem an Demenz oder Depressionen leiden, und die fast ständig pflegebedürftig sind und betreut werden müssen. Die Daten in den Unterlagen zeigen jedoch, dass beinahe zwei Drittel von ihnen über ein informelles Netzwerk verfügten, das sie unterstützte. Zu diesem Netzwerk gehörten neben den Kindern auch Enkelkinder und Geschwister. Einige wenige hatten allerdings auch andere informelle Netzwerke wie bspw. Nachbarn; ein Drittel der Klienten lebte jedoch einsam und isoliert.

Die Merkmale der Vergleichsgruppe waren ähnlich, obgleich die Zahl der neuen Einwanderer unter ihnen höher war. Mehr Pflegepersonen lebten bei den Klienten, von denen einige stärker behindert waren. Sie erhielten häusliche Basispflege laut Gesetz unter gewisser Einbeziehung der primären Kliniken. Die für diese Gruppe zuständigen Sozialarbeiter führten größtenteils Nachbefragungen mit den Pflegediensten am Telefon durch und machten nur sehr wenig Hausbesuche. Die einzige andere Art von Leistung, die zugunsten dieser Klienten aktiviert wurde, war die Unterstützung durch die Stiftung für Leistungen an Opfer des Holocaust (*Foundation for the Benefits of Holocaust Victims*) in Israel.

#### Erbrachte und aktivierte Leistungen

Die erbrachten Basisleistungen basierten auf dem Leistungspaket, auf das die Klienten nach dem Pflegeversicherungsgesetz Anspruch haben. Im Bereich der persönlichen Pflege wurden die älteren Personen in ihrer Mobilität, bei der Nahrungsaufnahme und bei der Körperpflege von häuslichen Pflegekräften unterstützt; diese begleiteten sie auch zu einer Reihe von Einrichtungen, insbesondere Kliniken; gingen mit ihnen spazieren; und brachten ihnen ihre Medikamente. Im Bereich der häuslichen Pflege übernahmen die häuslichen Pflegekräfte das Kochen, Saubermachen, Bügeln und Einkaufen und unterstützten die Klienten bei anderen erforderlichen Verabredungen außerhalb der Wohnung. Sie bedeuteten eine Erleichterung für die Pflegepersonen und waren Gefährten für die Älteren, insbesondere für die Verwitweten, die recht einsam waren. Es war möglich, einige dieser persönlichen Pflegeleistungen durch die Leistungen in Tageskliniken zu ersetzen, wo die Älteren ihre Mahlzeiten erhielten und an Rehabilitationsaktivitäten und verschiedenen anderen Programmen teilnahmen.

Die Case Manager aktivierten und vermittelten Klienten an eine großen Bandbreite von kommunalen Diensten, indem sie sie detailliert informierten, die ersten Kontakte initiierten, für sie in Fürsprache traten und sie, wenn erforderlich, zu den Diensten begleiteten. Die Case Manager arbeiteten eng mit den primären Kliniken und koordinierten und überwachten die medizini-

schen und pflegerischen Leistungen. Darüber hinaus unternahmen sie Anstrengungen, die Klienten an andere Leistungsanbieter zu vermitteln, die von der Gemeinde zur Verfügung gestellt wurden, und freiwillige Leistungen zu aktivieren.

Im folgenden die wesentlichen Dienste, die aktiviert wurden:

1. Heimbesehäftigung.
2. Einweisung in eine Klinik bei Inkontinenz.
3. Primäre Kliniken, einschließlich enger Kontakte mit dem Hausarzt, Hausbesuche von Krankenschwestern, Kontrolle der Medikamente und Erbringung physiotherapeutischer Leistungen.
4. Leistungen des Gesundheitsministeriums, insbesondere Hilfen für Zuhause.
5. Verschiedene Krankenhäuser und Krankenhäuser für geriatrische Rehabilitation.
6. Spezielle Kliniken für professionelle Beratung.
7. Nationales Versicherungsinstitut für Beratungen in bezug auf die Ausschöpfung von Rechten.
8. Freiwilligenzentren für Senioren (*Volunteer Centers for the Aged*) für Besuche zum Zwecke der Nachsorge und der Fürsorge. Die Freiwilligen wurden von den Mitarbeitern intensiv supervidiert, insbesondere hinsichtlich der Art der Kommunikation mit den Älteren und ihren Familien.
9. Verschiedene Freiwilligenorganisationen in der Gemeinschaft wie bspw. die Krebsgesellschaft (*Cancer Association*) und Yad Sara (eine Freiwilligenorganisation, die erforderliche Hilfen wie Rollstühle zur Verfügung stellt).
10. Freiwillige Besuche von Hochschul- und Universitätsstudenten während Supervision und Ausbildung.
11. Stiftung für Leistungen an Opfer des Holocaust (*Foundation for the Benefits of Holocaust Victims*) in Israel für die Zuteilung von höheren Ressourcen für die Beschäftigung von privaten häuslichen Hilfen.
12. Amcha in bezug auf Therapieangebote an Überlebende des Holocaust.
13. Intensive Supervision und Überwachung der Pflegedienste, die häusliche Pflegeleistungen erbringen.

### **5.3 Ergebnisse des Case Managements**

Insgesamt erfüllten die Case Manager die folgenden Aufgaben: Untersuchung und Fallidentifizierung; Durchführung einer umfassenden Bewertung; Entwurf eines persönlichen Pflegeplans; Koordinierung und Überwachung der Leistungen; Durchführung periodischer Neubewertungen und entspre-

chende Modifizierung des Pflegeplans; Abwicklung von Entlassungen und Abschluß.

Identifizierte Faktoren, die auf die Ergebnisse des Case Management Auswirkungen haben, beinhalteten: den beruflichen Hintergrund des Case Managers; wie Zielsetzungen und Prioritäten gesetzt wurden, insbesondere unter Berücksichtigung, wie Klienten vorher unter der herkömmlichen Verfahrensweise der Pflege behandelt wurden; das Ausmaß, in dem die Case Manager die Finanzen überwachten, und ob sie eine Vermittlerrolle oder eine vereinigende Rolle spielten.

Die wesentlichen Komponenten des Case Managements – die Zeit, die die Case Manager für ihre Klienten hatten, die verfügbaren Ressourcen und ihre Qualifikationen – waren die unabhängigen Variablen, die zur Bestimmung der Auswirkungen auf eine Vielzahl von Ergebnissen in bezug auf Klienten und Pflegepersonen verwendet wurden. Die Evaluierung führte zu einer Reihe von Ergebnissen aus dem Case-Management-Projekt; diese werden weiter unten im Text ausgeführt. Anstrengungen werden unternommen werden, um Fallbeispiele für einige dieser Ergebnisse darzustellen.

### **5.3.1 Ergebnisse auf der Mikroebene in bezug auf die Klienten und ihre Pflegepersonen**

#### 1. Diagnose nicht identifizierter Bedürfnisse bei den Klienten und den Pflegepersonen und wie sie wirksam gedeckt werden können.

Fallbeispiel:

Herr S. ist ein 89 Jahre alter Witwer, der seit 19 Jahren mit seiner Freundin zusammenlebt. Er hat eine zurückgebliebene Tochter, die in einem Dorf in Jerusalem lebt, und er telefoniert jeden Tag mit ihr. Seine Freundin hat keine Kinder mehr (ihr einziger Sohn wurde vor 20 Jahren bei einem Verkehrsunfall getötet). Herr S. ist geistig intakt, allerdings hat er Mobilitätsschwierigkeiten und leidet an Herzproblemen. Vor Beginn des Case-Management-Projektes erhielt er wöchentlich 11 Stunden an Leistungen der Familienfürsorge. Die Beziehung des Paares stellte sich als problematisch heraus, und zwar insofern als die Freundin tagsüber viele Stunden weg ist und die wenigen gemeinsamen Mittel für ihr Vergnügen ausgibt, während Herr S. die meiste Zeit des Tages alleine ist. Es gibt keine anderen informellen Quellen für Unterstützung und kaum Kontakt zu den Nachbarn.

Zu den neu identifizierten Bedürfnissen gehörten der Bedarf nach intensiverer Überwachung von Herrn S.'s medizinischer Lage und der Bedarf, die Beziehung des Paares zu verbessern, und zwar indem die Freundin dazu angeregt wurde, mehr Zeit mit ihm zu verbringen. Der Pflegeleistungsplan wurde entsprechend modifiziert und ein ausgebildeter Mitarbeiter begann eine Familientherapie mit den beiden. Darüber hinaus wurde die Krankenschwester aus der primären Klinik für eine Nachsorge aktiviert. Ein Student, der Freiwilligenarbeit leistete, wurde als Gefährte für Herrn S. eingebracht, und die häusliche Pflegekraft wurde durch eine andere Person mit mehr Einfühlungsvermögen ersetzt.

## 2. Die Sammlung von Daten über alle involvierten informellen und formalen Unterstützungssysteme in einer standardisierten Zusammenstellung von Formblättern.

Innerhalb des herkömmlichen Systems der Arbeit mit Klienten gab es einen „Informationsverlust“, da lediglich Basisdaten über Kinder aufgenommen wurden. Als Teil des Case-Management-Projektes wurden detaillierte Daten über alle existierenden und verfügbaren Arten der informellen Unterstützung, wie bspw. Enkelkinder, Geschwister auf beiden Seiten (wenn der Klient einen Partner hatte), Freunde und Nachbarn gesammelt. Außerdem wurde eine Übersicht aller formellen Dienste, die aktiviert werden konnten, skizziert. Ein weiteres Ergebnis, das damit in Zusammenhang steht, ist die Entwicklung eines detaillierten Formblattes, das von allen Mitarbeitern verwendet werden soll, die im Wohlfahrtsbüro mit älteren Menschen zu tun haben.

## 3. Erhaltung des bevorzugten Lebensstils des Klienten und Förderung der entsprechenden Optionen für den Kunden ebenso wie die Hinauszögerung einer Heimunterbringung.

Während die professionelle Gemeinschaft den Ansatz unterstützt, eine Person so lange wie möglich zu Hause zu lassen und entsprechende Optionen fördert, sind Anstrengungen in dieser Richtung nicht immer umsetzbar. Die Situation ist insbesondere dann kompliziert, wenn eine Person ins Krankenhaus eingewiesen wird. Sogar schon vor der Entlassung bieten einige der privaten Pflegedienste dem Patienten/ der Patientin „freie“ Fürsorgeleistungen an, und zwar in dem Wissen, dass der Pflegedienst davon profitieren wird, wenn der Patient nach seiner Heimkehr einen Anspruch auf diese Leistungen hat. Die Case Manager unternehmen jede Anstrengung, um über alle verfügbaren Dienste zu informieren – öffentliche, gemeinnützige und private – und die Klienten und ihre Pflegepersonen dabei zu fördern, Änderungen vorzunehmen, wenn sie nicht zufrieden sind. Die Möglichkeit

der Auswahl eines Leistungsanbieters ist insbesondere von Bedeutung, wenn die Leistung mehr auf persönliche Bedürfnisse ausgelegt ist, wie etwa die häusliche Pflege.

Fallbeispiel:

Mrs. R. ist eine 90jährige Witwe mit zwei Töchtern und sechs Enkelkindern. Sie ist eine Holocaustüberlebende. Sie leidet an orthopädischen Problemen und an hohem Blutdruck, und kürzlich hat sie ihre Hüfte gebrochen und war für zwei Wochen im Krankenhaus. Sie ist kognitiv intakt und lebt alleine. Eine ihrer beiden Töchter lebt in ihrer Nähe und besucht sie fast jeden Tag. Vor Projektbeginn erhielt sie wöchentlich 11 Stunden an Leistungen der Familienfürsorge, war jedoch nicht besonders zufrieden mit der Pflegekraft, die einen anderen Hintergrund und eine andere Kultur hatte. Sie hatte Angst, nach einer anderen Person zu fragen, weil sie befürchtete, dass ihr niemand zur Verfügung gestellt werden würde.

Der Case Manager besuchte sie nach ihrem Krankenhausaufenthalt. Es war sehr schwierig für sie, zurechtzukommen, da sie nicht mobil war. Außerdem hatte sich in der Wunde eine Infektion gebildet. Die Tochter machte den Vorschlag einer Heimunterbringung. Die ältere Dame weigerte sich, und es kam zu Spannungen. Der Case Manager brachte den Hausarzt und die Krankenschwester aus der primären Klinik „mit ins Bild“. Die häusliche Pflegekraft wurde entlassen, und es wurde Frau R. versichert, dass sie in Zukunft, wenn nötig, die Wahl haben würde. Sie stimmte einer vorübergehenden Unterbringung in einem Heim zu, das intensive Rehabilitationsleistungen erbrachte. Sie wurde nach drei Wochen aus dem Heim entlassen und kehrte nach Hause zurück. Frau R. bekam eine neue häusliche Pflegekraft, deren Hintergrund Frau R.'s Bedürfnissen entsprach. Die Stiftung für Leistungen an Opfer des Holocaust (*Foundation for the Benefits of Holocaust Victims*) in Israel wurde hinzugezogen und sie erhielt zusätzliche Stunden an häuslicher Hilfe. Die andere Tochter wurde ebenfalls miteinbezogen, um ihre Mutter und die Schwester zu unterstützen. So konnte Frau R. weiterhin in ihrer Wohnung leben und eine Heimunterbringung konnte hinausgeschoben werden.

#### 4. Förderung der Teilhabe an und Integration in der Gemeinschaft, einschließlich der Unterstützung für die Familie und der sozialen Bindungen.

Viele der nach dem Pflegeversicherungsgesetz Begünstigten ziehen Leistungen der häuslichen Pflege vor und nehmen nur widerwillig Leistungen in Tageseinrichtungen in Anspruch, ohne wirklich die angebotenen Leistun-

gen zu kennen. Innerhalb des normalen Leistungssystem haben die Mitarbeiter in der Regel keine Zeit, um die Pflegepersonen über die häuslichen Pflegeleistungen hinaus zu unterstützen, welche bereits einige Entlastung für diese bedeuten.

Innerhalb des Case-Management-Projektes hatten die Mitarbeiter mehr Zeit für die Arbeit mit den Klienten und begleiteten sie bei Besuchen in Tageskliniken, wo ihre Bedürfnisse gedeckt werden konnten. Im Ergebnis entschieden sich mindestens ein Drittel der Klienten, die Leistungen dieser Tageseinrichtungen in Anspruch zu nehmen, die die Teilhabe an der Gemeinschaft förderten. Darüber hinaus wurden diejenigen Klienten, die mobiler waren, darin gefördert, sich Seniorenclubs anzuschließen. Es wurden Treffen mit den Direktoren der Clubs vereinbart, so dass sich die Aufnahme der Klienten reibungslos gestaltete.

Im Hinblick auf die Unterstützung der Familien leisteten die Case Manager Beratung und Fallarbeit für die Klienten und ihre Familien. Studien belegen, dass regelmäßige Leistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz für die Familien eine Erleichterung in instrumenteller Hinsicht bedeutete, jedoch nicht in emotionaler Hinsicht; und es bedeutete auch keine Verringerung der Anzahl der Stunden, die diese in die Pflege investieren mussten (Baitz-Morai & Morgenstin, 1992; Katan & Lowenstein, 1999). Daher brauchten die Familien emotionale Unterstützung bei der Bewältigung ihrer Frustrationen und bei der Stärkung ihrer Kommunikation mit den Empfängern der Pflegeleistungen. Die Case Manager verfügten über die Zeit, sich diesen Familien zu widmen und sie bei der Verbesserung ihres Verhältnisses zu den Klienten zu unterstützen.

##### 5. Sicherstellung von mehr Flexibilität bei der Leistungserbringung ebenso wie die Einbeziehung einer Reihe von Leistungsanbietern und Überwachung ihrer Qualität.

Eines der Prinzipien des Pflegeversicherungsgesetzes besteht in der Trennung von Erwerber- und Erbringerfunktionen. Litwin und Lightman (1996) zeigen jedoch auf, dass „sich der Erfolg in diesem Bereich auf Kosten der Individualisierung des Leistungspaketes der kommunalen Dienste einstellt, und zwar insofern, als nur ein geringes Spektrum gibt, in dem das Ausmaß an Pflege dem spezifischen Bedarf der Klienten angepasst werden kann“ (S.705). Ein weiterer Vorteil des Case-Management-Projektes bestand daher darin, dass die Mitarbeiter mehr Flexibilität bei der Leistungserbringung gewährleisten konnten und dabei die Leistungen auf die Bedürfnisse der Klienten zuschneiden und zusätzliche Leistungen mit einbeziehen und deren Qualität überwachen konnten.

Fallbeispiel:

Frau B. ist eine 88jährige Witwe, die alleine zu Hause lebt. Zum größten Teil ist sie kognitiv intakt. Frau B. ist fettleibig und hat Probleme mit der Atmung und dem Herzen, ebenso mit der Mobilität; kürzlich hatte sie einen leichten CVA. Sie hat eine Tochter, die sie unregelmäßig besucht. Wegen ihrer Gewichtsprobleme hat die häusliche Pflegekraft Probleme damit, sie aus dem Bett zu heben. Wenn sie zur Klinik muss, muss ein Krankenwagen für sie bestellt werden, für den sie allerdings nicht genügend Geld hat. Weil sie die meiste Zeit des Tages im Bett verbringt, ist sie aufgedreht, ungeduldig und es ist schwierig, mit ihr umzugehen. Die häusliche Pflegekraft, die sie sympathisch findet, ist erschöpft und möchte aufhören.

Der Case Manager schlug eine kreative Lösung vor: Frau B. sollte eine kleine elektrische hydraulische Hebevorrichtung erhalten, den sie nach einer intensiven Einführung selbst benutzen konnte. Die häusliche Pflegekraft und andere Pflegepersonen konnten ebenfalls davon profitieren, Frau B. aus ihrem Bett in den Rollstuhl zu heben. Eine solche Vorrichtung, die ziemlich teuer und definitiv nicht in dem normalen Leistungspaket enthalten ist, hätte über das Gesundheitsministerium beschafft werden können. Dies wäre jedoch ein sehr langwieriger und bürokratischer Prozess gewesen. Stattdessen wandte sich der Case Manager an die Freiwilligenorganisation „Yad Sara“, die häusliche Hilfen zur Verfügung stellt, und erhielt diese Vorrichtung als Geschenk für Frau B., die diese an die Organisation zurückgeben sollte, wenn sie nicht mehr zu Hause wohnen würde. Dann wurde eine Physiotherapeut aus der primären Klinik miteinbezogen, der kam und Frau B., ihre Tochter und die häusliche Pflegekraft in der Benutzung der Hebevorrichtung unterwies. Frau B. hatte das Gefühl, als ob sie einen „ganz neuen Schwung in ihrem Leben“ bekommen hätte.

#### 6. Die Arbeit mit unterschiedlichen kulturellen und ethnischen Gruppen, insbesondere mit Einwanderergruppen.

Seit Anfang der frühen 90er Jahre kamen große Einwandererströme aus der ehemaligen Sowjetunion nach Israel und die Mitarbeiter wurden sowohl auf Klienten mit einer anderen Mentalität vorbereitet als auch auf eine Sprachbarriere. Um dieses aufzufangen, wurden die Case Manager bei ihren Hausbesuchen von Dolmetschern begleitet. Außerdem versuchten sie, diese Klienten mit russischen Pflegekräften zusammenzubringen. Dort, wo es möglich ist, beziehen sie die Pflegepersonen aus der Familie, die in der Regel hebräisch sprechen, mit ein und unterstützen sie.



#### 7. Mehr Zeit für Besuche beim Klienten und für Behandlungen.

Das Ergebnis einer größeren Intensität der Leistungserbringung und der Behandlung basiert auf den vielfältigen und manchmal stark divergierenden Bedürfnissen des Klienten und der Pflegeperson, auf der Tatsache, dass Leistungen fragmentiert erbracht werden und nicht zugänglich sind, oder dem Mangel an Leistungsoptionen. Vorher sahen die Klienten die Sozialarbeiter lediglich für eine Stunde, wenn der Pflegeplan erarbeitet wurde, nach der Zustimmung des Interdisziplinären Ausschusses, und danach gab es im wesentlichen nur telefonische Nachsorge. Als Teil des Projektes machten die Case Manager bei jedem Klienten einmal pro Woche oder alle zwei Wochen einen Hausbesuch, der durchschnittlich mindestens zwei Stunden dauerte.

#### 8. Verringerung der Belastungen für die Pflegepersonen.

Die Arbeit der Case Manager zeigt sich in ihrer Fähigkeit, die emotionale Belastungen der Pflegepersonen zu verringern und sie dabei zu unterstützen, sich besser auf die Zukunft vorzubereiten und zu planen.

Fallbeispiel:

Frau D. ist 55 Jahre alt, verheiratet und hat drei Kinder, von denen zwei noch zu Hause leben. Sie pflegt ihren 92jährigen Vater und ihre 89 Jahre alte Mutter. Ihre Eltern leben in einer eigenen Wohnung, ganz in der Nähe der Tochter. Frau D. ist Lehrerin an einer weiterführenden Schule, sie arbeitet Vollzeit. Sie hat einen Bruder, der im Ausland lebt, und eine Schwester, die in einer anderen Stadt lebt. Daher trägt Frau D., die eine hingebungsvolle Tochter ist, die Hauptlast der Pflege ihrer Eltern. Ihre eigenen Kinder helfen ihr manchmal und besuchen häufig ihre Großeltern, die stark behindert sind. Der Vater ist im Frühstadium von Alzheimer und die Mutter leidet an chronischer Osteoporose, die Mobilitätsprobleme mit sich bringt. Beide Elternteile erhalten Fürsorgeleistungen, die Mutter 11 Stunden pro Woche und der Vater 15 Stunden pro Woche. Dies trägt viel zur Entlastung von Frau D. in körperlicher und instrumenteller Hinsicht bei. Allerdings hat sich die Mutter vor kurzem ihre Hüfte gebrochen und wurde ins Krankenhaus eingewiesen. Eines der Enkelkinder musste beim Großvater schlafen, der beaufsichtigt werden muss. Nach der Heimkehr der Mutter aus dem Krankenhaus wurde mehr Pflege benötigt. Frau D. hatte Angst vor der Zukunft, sie war deprimiert und fühlte sich hilflos. Da die Familie über einige Ressourcen verfügte, sorgte der Case Manager für eine zusätzliche häusliche Pflege auf privater Basis. Frau D. erhielt Informationen über die Anstellung einer „ausländischen Arbeitskraft“, die bei ihren Eltern wohnen

sollte, ebenso wie Informationen über Optionen für einen Heimaufenthalt. Frau D. entschied zusammen mit ihren Eltern für die erste Option, und die entsprechenden Schritte wurden eingeleitet. Frau D. fühlte sich als Ergebnis dieser Entscheidung von einigen der emotionalen Belastungen befreit.

#### 9. Erhöhung der Zufriedenheit der Klienten und Familien mit den erbrachten Leistungen.

Insgesamt berichteten die Klienten von einem hohen Maß an Zufriedenheit mit allen Arten der erbrachten Unterstützung, mit Ausnahme der Finanzierung. Da die Einschätzung der Zufriedenheit mit einer bestimmten Leistung nur von denjenigen Einzelpersonen abgegeben wurde, die diese Leistung auch erhielten, war die Zahl der Fälle, die in die Einschätzung aufgenommen wurde, gering. Obwohl die Einschätzungen insgesamt positiv waren, wurden Fragen in den folgenden drei Bereichen laut: Qualität einiger Pflegeleistungen, gelegentlicher Mangel an Kontrolle der Zeitpläne, und Unflexibilität auf Systemebene. Einige der Klienten und Pflegepersonen beschwerten sich, dass Pflegepersonen der häuslichen Pflege nicht immer rechtzeitig zur verabredeten Zeit eintrafen und auch nicht für alle erforderlichen Leistungen wie bspw. das Rasieren einer älteren Person ausgebildet waren. Darüber hinaus waren die Pflegepersonen verärgert darüber, dass sie nicht immer in der Lage waren, einen bestimmten Mitarbeiter vorzuselektieren oder zu spezifizieren.

Einige Pflegepersonen betrachteten das System als unflexibel und bemerkten, dass Leistungen der persönlichen Pflege abends und am Wochenende nicht verfügbar waren, wenn sie selbst nicht zur Verfügung standen. Darüber hinaus wurden die Dienste den Bedürfnissen von Klienten mit Verhaltens- und emotionalen Problemen und schwerwiegenderen Funktionsbeeinträchtigungen nicht gerecht. Außerdem betrachteten einige das Leistungssystem nicht als reaktionsbereit genug, um die Bedingungen des Klienten zu ändern.

Viele der Klienten und Pflegepersonen waren mit dem Umfang der erhaltenen häuslichen Pflege etwas unzufrieden, und die meisten von ihnen stellten fest, dass sie „ein bisschen mehr Hilfe“ gebrauchen könnten. Sie wollten auch Leistungen, die soziale und Freizeitpflege erbrachten, allerdings waren relativ wenige bereit, die Tageseinrichtungen in Anspruch zu nehmen. Diese Widersprüche reflektieren vielleicht ihre mangelnde Bereitschaft, Hilfe anzunehmen, die (ihrer Sicht nach) nicht direkt dem Empfänger der Pflegeleistung zugute käme. Einige dieser Pflegepersonen sahen keine Verbindung in ihrem eigenen körperlichen und seelischen Wohlbefinden und ihrer Fähigkeit, weiter Pflegeleistungen zu erbringen. Allerdings waren diejeni-

gen, die die Tageseinrichtungen in Anspruch nahmen, im allgemeinen zufrieden und betonten ihren Wert für die Älteren ebenso wie für sich selbst.

Die meisten Klienten und Pflegepersonen sprachen ihre Befriedigung über die Kontakte zu den Case Managern aus, insbesondere darüber, dass sie jemanden hatten, der ihnen echte Aufmerksamkeit schenkte, sie emotional unterstützte und ihnen dabei half, sich im Gesundheitssystem und dem System der sozialen Sicherung zurechtzufinden. Dass sie einen Fürsprecher hatten, schien den Unterschied auszumachen zwischen dem, was sie bekamen, was sie brauchten, und beinahe aufzugeben. Sie unterstrichen ebenfalls die Bedeutung einer zentralen Informationsquelle.

### **5.3.2 Ergebnisse auf Makroebene**

Die wesentlichen Ergebnisse auf Makroebene wurden reflektiert in:

1. Der Entwicklung eines Langzeitpflegeschwerpunktes.
2. Der Förderung von mehr Zusammenarbeit und Koordinierung zwischen den verschiedenen Leistungsanbietern.
3. Der Ermutigung der Angehörigen der Gesundheits- und sozialen Berufe, die gleiche Sprache sprechen zu lernen.
4. Die Schaffung neuer Verbindungen verschiedener Gemeinschaftsstellen.
5. Die Initiierung von Versuchen, die Trägheit von Organisationen zu überwinden, und so mehr Flexibilität in der Leistungserbringung zu gewährleisten.
6. Mehr Supervision für Pflegedienste, und somit die Verbesserung der Qualität der Pflege.
7. Die aktive Einbeziehung einer Reihe von Freiwilligenorganisationen.
8. Die aktive Einbeziehung informeller Unterstützungssysteme und Maximierung ihrer Ressourcen.
9. Die Sicherstellung interner Qualitätssicherung.
10. Die Entwicklung zusätzlicher Kommunikationskanäle mit verschiedenen Leistungserbringern.
11. Die Entwicklung eines Informationsinstrumentariums über die verschiedenen verfügbaren Leistungen und die Auswahlkriterien für eine Leistung.

## **6. Schlussfolgerungen und Implikationen**

Durch dieses Präsentationsprojekt wurde Case Management angeboten und die häusliche und kommunale Pflege für gebrechliche ältere Menschen

und ihre Pflegepersonen erweitert. Es basierte auf einem Modell, in dem sich zwei erfahrene Sozialarbeiter um jeweils 15 Klienten kümmern (jeder hatte eine Viertelstelle), also insgesamt um 30 Klienten und ihre Pflegepersonen. Die Projektdauer bis zur Evaluierung hat jetzt mehr als fünf Monate betragen.

In dem Projekt war keine Standarddefinition von Case Management notwendig, allerdings übten die beiden Case Manager eine Reihe von gemeinsamen aufeinanderfolgenden und manchmal überlappenden Aufgaben aus. Diese umfassten: Aufnahme und umfassendes Assessment, Pflegeplanung, Koordinierung und Überwachung der Leistungen, erneutes Assessment und, wenn erforderlich, Modifizierung des Pflegeplans, und aktive Einbeziehung verschiedener Gemeinschaftsleistungen und informeller Unterstützungssysteme.

Die Case Manager betrachteten sich in erster Linie als Kliniker mit einem Schwerpunkt für die Unterstützung von Klienten und Pflegepersonen. Dies wird deutlich in der Zahl der Ergebnisse auf Mikroebene. Der Rolle der Überwachung wurde weniger Bedeutung zugemessen, obwohl sie recht hoch angesetzt worden war. Sie wurden durch die Merkmale von Klienten und Pflegepersonen ebenso beeinflusst wie durch die vorgefundenen Situationen, die die Anwendung verschiedener Interventionsstrategien erforderlich machten.

Die Case Manager nahmen ihre Aufgaben unter schwierigen Bedingungen wahr, beinahe ohne extra Finanzierung und mit sehr begrenzten technischen Ressourcen, die ihnen zur Verfügung standen. Sie hatten jedoch die Unterstützung ihrer Institution, intensive Supervision und die Möglichkeit, den Evaluator zu konsultieren. Die Ergebnisse der Evaluierung weisen auf eine Vielzahl von bedeutenden Ergebnissen hin, sowohl auf Mikro- wie auf Makroebene.

Dies bedeutet, dass eine verringerte Anzahl an Fällen und entsprechendes Training und Supervision die Erbringung qualitativ hochwertiger Leistungen fördert und Auswirkungen auf die organisatorische und gemeinschaftliche Integration haben kann, und zwar in bezug auf die Überwindung der Zersplitterung des jetzigen Angebots der Systeme.

Verschiedene Fragestellungen müssen angesprochen werden: Was ist ein Bedürfnis und wer definiert es, bis zu welchem Ausmaß ist das System bedarfsorientiert, wie können unbefriedigte Bedürfnisse gedeckt werden, wie sollten wir die Bedürfnisse der Bevölkerung mit individuellen Bedürfnissen

verbinden, und wo ist die Grenze zwischen Sozialfürsorge und Gesundheitsversorgung.

Die Evaluierung des Projektes beleuchtet die Frage der Identifizierung von Klienten, die am meisten vom Case Management profitieren werden. Diese Frage ist verbunden mit der Definition von Bedürfnissen. Nicht alle gebrechlichen ältere Personen haben Bedürfnisse, die durch das Case Management beantwortet werden können oder sollen. Die Klienten für dieses Projekt wurden zufällig ausgewählt. Es stellte sich heraus, dass einige von ihnen ausreichende Ressourcen hatten, um selbst zusätzliche erforderliche Leistungen einzukaufen. Sie hatten ebenfalls ein sehr starkes und äußerst unterstützendes Netzwerk, das ihnen bei dieser Aufgabe helfen konnte. So kam das Gefühl auf, dass sorgfältigere Kriterien angewandt werden sollten, um diejenigen Klienten zu identifizieren, die ungedeckte Bedürfnisse selbst decken können.

Von dem System wird behauptet, es sei bedarfsorientiert, aber nicht alle erforderlichen Ressourcen werden dazu verwendet, diese Behauptung zu unterstützen. Darüber hinaus hat die Zersplitterung der Leistungen Auswirkungen auf die Fähigkeit des Systems, die Bedürfnisse angemessen zu decken, und daher sollten Freiwilligenorganisationen darin gestärkt und gefördert werden, eine aktivere ergänzende Rolle anzunehmen, ebenfalls auf diese Bedürfnisse zu reagieren. Eine verwandte Fragestellung besteht darin, wie man die Bedürfnisse der Bevölkerung mit den individuellen Bedürfnissen zusammenbringt. Dies ist eine komplizierte Fragestellung, auf die das laufende Projekt nicht eingeht.

Zum Thema Abgrenzung zwischen Sozialfürsorge und Gesundheitsversorgung: im Umgang mit älteren Klienten sollte es eine solche Abgrenzung nicht geben. Das Projekt zeigt deutlich die hohe Ebene an Kooperation und aktiver Einbeziehung von Leistungen durch die primären Kliniken, ebenso wie zwischen den Sozialarbeitern und den Schwestern in den Interdisziplinären Ausschüssen. Es ist ganz deutlich, dass ein ganzheitlicher Ansatz bei der Behandlung und Pflege angewandt werden sollte, wenn wir das Ziel erreichen wollen, den Älteren dabei zu helfen, sich soviel Unabhängigkeit wie möglich zu bewahren, weiterhin in ihren Wohnungen zu leben und ein Teil der Gemeinschaft zu sein. Die Implikationen des Projektes bestehen darin, dass die Ziele des Pflegeversicherungsgesetzes mit einer Zuteilung von begrenzten Ressourcen in einem großen Ausmaß erfüllt werden können. Daher sollten die Praktiken aus dem Case Management, die die Verwendung kommunaler Leistungen erweitern, als gute Praktiken betrachtet werden, und die Durchführung von Überwachungen der Routineleistungen und die Unterstützung von Klienten/ Pflegepersonen sind förderungswürdi-

ge Ansätze. Aus diesem Grunde wird empfohlen, das Projekt weiterzuführen und auszuweiten, wenn möglich mit einer weiteren Evaluierung seiner Ergebnisse.

## **Diskussion des Berichtes aus Israel**

### **Wendt:**

Ich denke, dass unsere Arbeit hier ja eine – wissenschaftlich betrachtet – komparative Arbeit ist, und dass die Hauptaufgabe darin besteht, voneinander zu lernen, also die Unterschiede und die Gemeinsamkeiten herauszuarbeiten. Es hat mich sehr beeindruckt, wie Sie, Frau Lowenstein, das dargestellt haben, weil ich denke, dass die wesentlichen Punkte, die Sie benannt haben, insbesondere bei den Schwierigkeiten und bei den offenen Fragen, Gemeinsamkeiten sind. Ich denke sogar, dass das Probleme sind, die mit dem Case Management international verbunden sind – auch außerhalb des Gebietes der Altenhilfe und der Altenpflege (also z.B. auch in der Jugendhilfe oder in der Suchtkrankenhilfe), die mit den Systemproblemen überall auf der Welt zusammenhängen, insbesondere mit der Differenzierung zwischen Gesundheits- und Sozialsystem. Es ist wichtig, dass Sie diese Punkte benannt haben, speziell auch im Hinblick auf die Frage der Rationierung. Ich denke, dass diese Frage ein Grundproblem ist, das wir in unseren Wohlfahrtsstaaten haben, und das gerade auch mit dem Case Management anzugehen ist, und zwar sowohl auf der Mikroebene, wie auf der Makroebene.

### **Cappell:**

Ich denke auch, dass in diesem Referat ganz wesentliche Punkte angesprochen wurden. Noch eine Nachfrage: Sie haben ein sehr ausgefeiltes methodisches Vorgehen mit einer Kontrollgruppenstudie durchgeführt; wenn Sie dazu noch Ergebnisse berichten könnten, fände ich das sehr interessant, weil das ein ganz hohes Niveau der Evaluation ist.

### **Lowenstein:**

Es ist nicht wirklich eine Kontrollgruppe, ich würde es eher eine Vergleichsgruppe nennen. Dazu einige Anmerkungen:

- Wir hatten in der Vergleichsgruppe ein großes Problem mit dem Kontakt zu den Pflegediensten. Für diese Probleme, die die Klienten und die Familien mit den häuslichen Pflegekräften und der Qualität der Pflege hatten, die diese Pfleger leisteten, fanden wir Lösungen in der Versuchsgruppe. Das ist eins der Kernelemente.
- Ein anderes Element war, dass in der Vergleichsgruppe der Arbeit mit den familiären Pflegepersonen und deren Unterstützung fast keine Zeit gewidmet wurde, da viele der Pflegepersonen nicht mit den älteren Menschen zusammen leben. Wenn der Case Manager alle paar Monate

kommt, um zu sehen, was zu Hause passiert, hat er gewöhnlich nicht die Chance, die Familie zu treffen, es sei denn die Familien kommen zu ihnen, was sie meist nicht tun.

- Eine andere Sache ist die Ausschöpfung der Rechte und die Versorgung der Versuchsgruppe mit sehr präzisen Informationen über alle diese Rechte. Bei der Vergleichsgruppe war hingegen nicht genug Zeit, alle diese Informationen zu geben.
- Das letzte ist die Bereitstellung so vieler Dienste für die Versuchsgruppe, was für die Vergleichsgruppe nicht getan wurde.

**Ziller:**

Ich habe eine spezifische Frage an Frau Lowenstein: In Ihrem Bericht sprechen Sie von einer niedrigen Rate von älteren Menschen in Institutionen, einer Rate von 4,4%. Können Sie genau beschreiben, welche Art von Institutionen Sie meinen: nur Pflegeheime oder auch unabhängige Wohnheime mit Dienstleistungen, welche wir in Deutschland „Altenwohnheim“ nennen?

**Lowenstein:**

Wenn ich über die Rate der stationären Einweisung spreche, spreche ich nicht darüber, was wir „Betreutes Wohnen“ nennen, dies ist nicht inbegriffen. Gemeint ist die ganze Bandbreite von stationären Einrichtungen, wie Altenheime, Pflegeheime, aber ausgenommen Betreutes Wohnen.

**Engels:**

Meine erste Frage: Sie beschrieben die Case Management-Funktion als im Rahmen des Pflegeversicherungsgesetzes konzipiert. Nun sagten Sie, dass Sie nicht genug Arbeitskräfte hätten, um dies umzusetzen, und führten deshalb ein spezielles Projekt durch. Was war die Reaktion auf diese interdisziplinären Teams seitens der Pflegeversicherung, wie reagierten sie auf solch ein besonderes Projekt?

Meine zweite Frage: Sie sagten, dass die Zeitkapazität der Case Manager in Ihrem Projekt zweimal 10 Stunden pro Woche betrug, also 20 Stunden für etwa 30 Fälle. Mit dieser Kapazität besuchten sie die Klienten mehrfach zu Hause und hatten ein sehr differenziertes Programm zu absolvieren. Wie ist Ihre Erfahrung mit diesem Verhältnis zwischen der Zeit der Case Manager und der Anzahl der Fälle, ist es eine gute Relation oder könnte sie besser sein?



**Lowenstein:**

Die Antwort auf Ihre erste Frage ist: Die anderen Mitarbeiter des interdisziplinären Teams ebenso wie die Mitarbeiter aus anderen Büros, die von diesem Projekt gehört haben, waren neidisch. Es gab nämlich eine Tagung, organisiert von Frau Bar-Giora, für alle Sozialarbeiter der Sozialämter in Israel, auf der wir das Projekt vorstellten. Sie waren neidisch, weil sie fühlten, dass sie einige dieser Funktionen ausführen sollten, aber wegen der zeitlichen Beschränkungen es nicht richtig konnten. Natürlich ist es leichter, wenn man ein größeres Budget hat. Aber ich denke, wenn das Projekt weitergeführt wird – für wenigstens ein weiteres halbes Jahr, wenn das Budget nicht gar für eine längere Periode reichen würde – dann kann man auch mit einer größeren Anzahl von Menschen arbeiten. Und das steht in Zusammenhang mit Ihrer zweiten Frage.

Ich denke, dass man innerhalb dieses Rahmens in 20 Stunden mit mindestens 50 Älteren arbeiten kann, vielleicht kann man seinen Arbeitsplan umstellen, weil man aus der Erfahrung lernt. Man beginnt einmal, verschiedene Dienste zu aktivieren und ist dann mit ihnen in Kontakt, man muss nicht erneut in das Öffnen von Kommunikationskanälen investieren. So kann man sie schneller zu Gunsten der Klienten bereitstellen.

Ich denke, und die Mitarbeiter zeigten es mit ihrer Zufriedenheit sehr deutlich, dass sie genug Zeit hatten, mit den Klienten und deren Familien zusammenzusein und mit ihnen zu sprechen – auf einer regulären Basis. Natürlich nutzt dies dem Wohlbefinden der Klienten und der Qualität der Pflege, die erbracht wird.

**Engels:**

Habe ich Sie richtig verstanden: 50 Klienten pro halbe Case Manager-Stelle wären möglich?

**Lowenstein:**

Ja. In anderen Worten: Wenn man einen Mitarbeiter mit einer Vollzeitstelle hat, würden wir schon über 100 Klienten sprechen, weil 20 Stunden eine halbe Stelle sind. Aber nicht 350 oder 400 Klienten (wie es ansonsten üblich ist).

**Engels:**

Mich würden noch zwei weitere Dinge interessieren. Sie sprachen von der Einbeziehung Freiwilliger, wir haben dieses Problem in verschiedenen Be-

richten. Wie sehen Sie diese Freiwilligen? Als eine Ressource, die man ohne Probleme nutzen kann, oder brauchen diese zunächst ein Training? Und wie ist die Beziehung zwischen Freiwilligen und Fachkräften? Verläuft das ohne Probleme, oder müssen Sie auch darauf Energie verwenden?

Eine weitere „Beziehungsfrage“: Sie sprachen über die Aufgabe, die Arbeit der Dienste zu überwachen und zu prüfen. Wie war in diesem Fall die Reaktion der Dienste, akzeptieren sie die Kontrolle?

**Lowenstein:**

Auf Ihre erste Frage: Ich denke, Freiwillige sind eine wirklich wichtige Ressource. Und ich denke, es gibt noch mehr, die bereit wären, wir erreichen sie nur nicht. Ich stimme mit Ihnen überein, dass man Zeit investieren muss, die Freiwilligen zu schulen und zu überwachen. Dies wurde auch getan, aber es wurde nicht allein von diesen beiden Mitarbeitern getan. Das Freiwilligenzentrum für Alte z.B. wurde von der Stadtverwaltung Haifa einige Male bereitgestellt, die Mitarbeiter waren schon in Kontakt mit den Freiwilligen, aber sie beauftragten dann andere Freiwillige. Einige dieser Freiwilligen haben schon ein internes Training absolviert, aber manche, wie z.B. Studenten, mussten trainiert und beaufsichtigt werden. Aber was wir sahen, zeigte, dass es eine gute Zeitinvestition ist. Natürlich gibt es Probleme, vor allem sind einige Fachkräfte nicht glücklich darüber, mit Freiwilligen zu arbeiten. Manchmal sehen Fachkräfte die Freiwilligen bessere Arbeit verrichten, da sie entweder eher die Zeit haben oder es von einer anderen Perspektive sehen. Dies ist etwas, was man mit den Fachkräften erarbeiten muss, aber schließlich hatten diese beiden Arbeiter auch eine Aufsicht, die mit ihnen arbeitete.

Jetzt zu Ihrer zweiten Frage: Wie sahen die Fachkräfte das Problem der Überwachung? Wieder würde ich sagen, wir haben mit diesem Projekt nichts völlig Neues geschaffen, weil die Mitarbeiter zuvor schon zusammen arbeiteten und Kontakte zu verschiedenen Einrichtungen hatten – besonders zu den Krankenhäusern, sie sind im Allgemeinen Teil des Teams. Sie alle würden gerne ordentliches Case Management betreiben, aber sie können es wegen der Beschränkungen nicht. In dieser Hinsicht sind die Verbindungen also da; in manchen Fällen hing es mehr von der Persönlichkeit ab, man musste mehr investieren und es gab vielleicht etwas Widerstand. Aber grundsätzlich war es nicht wirklich ein Problem. Das System, die Pflegeversicherung oder die Komitees hatten schon ein Jahrzehnt zusammen gearbeitet. In dieser Hinsicht war es viel einfacher, weil wir ein bestehendes System nahmen, das das Ziel hat, diese Art von Diensten zu

leisten, sie konnten es wegen der Beschränkungen aber nicht vollständig verwirklichen.

**Cappell:**

Arbeiten in Ihrem Projekt Sozialarbeiter und Pflegekräfte zusammen? Und wenn ja, wie ist die Aufgabenverteilung geregelt?

**Lowenstein:**

Krankenschwestern und Sozialarbeiter treffen sich auf einer regulären Basis alle zwei Wochen, um die Bedürfnisse der Klienten, insbesondere der neuen Klienten, zu evaluieren. Sie haben also diese Treffen als Grundlage, wobei die Sozialarbeiter anfangs in die Kliniken gingen. Die Schwestern und Ärzte kennen diese seit einiger Zeit, sie schauen aber auf die medizinischen, nicht so sehr auf die sozialen Probleme. In unserem Projekt nahmen wir zwei Kliniken, zu denen die meisten der Klienten Kontakt hatten. Wir trafen uns in diesen Kliniken und präsentierten das Projekt. Wir sprachen mit ihnen und fragten sie, ob sie Interesse hätten, Teil des Projektes zu sein. Es bestanden bereits Kooperationsverhältnisse zwischen den Kliniken und den Sozialarbeitern, und sie waren bereit zu kooperieren. Wir versuchen jetzt sogar über neue Wege nachzudenken, damit sie, wenn wir über das Projekt sprechen, ihre Sichtweise mit einbringen können und damit besser in den eigentlichen Prozess eingebunden sind.

**Fabrizio:**

Ich habe einige Fragen zu zwei verschiedenen Aspekten:

Erstens zur Evaluation: Ist die Sammlung der Informationen im Assessment durch ein Team oder getrennt von den einzelnen Sozial- und Pflegefachkräften durchgeführt worden? Wurden die durchschnittlichen Kosten für jede Evaluation berücksichtigt? Gibt es ein spezielles Trainingsprogramm für die Sozial- und Pflegefachkräfte, die in neuen Case Management-Funktionen arbeiten sollen?

Zweitens: Wie ist das Verhältnis zwischen dem Evaluationskomitee und dem Management der individuellen Hilfepläne, das von den verschiedenen Diensten gemacht wird? Wer entscheidet über die Hilfeprogramme und die nachträglichen Zuschreibungen der diversen Dienstleistungen an die Älteren? Denn es ist klar, dass zwischen den Interessen der Evaluatoren, die in der Perspektive der alten Menschen arbeiten, und denen, die die Dienstleistungen organisieren, Unterschiede bestehen können.

**Frau Lowenstein:**

Das sind sehr wichtige Fragen, ich werde versuchen, sie entsprechend zu beantworten.

Wie wird die Datensammlung durchgeführt? Wenn es das ist, was ich ein gutes Komitee nenne, wird die Datensammlung von einer Krankenschwester und einem Sozialarbeiter zusammen durchgeführt, die dies bei einem Hausbesuch machen. Es ist aber nicht in allen Fällen so. Es gibt viele Fälle, in denen jede Fachkraft ihre eigenen Daten sammelt und sie dann dem Komitee vorstellt. Ich denke das ist ein Problem, das überwunden werden muss, damit es einen gemeinsamen Prozess der Datenerhebung gibt; und wir versuchten dies in diesem Projekt.

Was die Kosten betrifft, so wurde ein zusätzliches Budget zur Verfügung gestellt; ich denke nicht, dass es ein sehr großes Budget ist, aber man hat darin einige Spielräume.

Was das Training der Mitarbeiter betrifft: Sie waren, wie ich erwähnte, erfahren – eine hatte 20-jährige Erfahrung in der Arbeit mit alten Menschen. Sie brauchten also keine besondere Schulung.

Wie auch immer, die Vorsitzende der Abteilung für alte Menschen im Sozialamt war in das Projekt involviert und sie war die Vorgesetzte der beiden Mitarbeiter, wenn diese Beratung, Führung oder spezielles Training benötigten. Auch ich war erreichbar, zusätzlich zu den normalen Treffen konnten sie mich aufsuchen, wenn es bestimmte Probleme gab. Und die Vorsitzende des Büros wurde hinzugezogen, wenn wir sie brauchten.

Nun zur Frage des Kontakts zwischen dem Komitee und der Gemeinde – wer entscheidet, wenn der Pflegeplan geändert werden muss usw. Entsprechend dem Pflegeversicherungsgesetz gibt es, wie ich erwähnte, ein Paket von Dienstleistungen, und man kann keine zusätzlichen Dienste in diesem Rahmen heranziehen. Dieses Dienstleistungspaket beinhaltet häusliche Pflege, Tagespflegezentren, Hausnotrufanlagen, grundlegende Unterstützung für die Pflegekräfte und soziale Integration, wenn eine Person es braucht. Ich denke, die Hauptveränderungen zeigen sich, wenn man den häuslichen Pfleger wechseln muss, wenn eine Person mehr oder weniger Stunden Pflege in der Woche benötigt oder wenn man einige dieser Stunden in Tagespflege umwandeln sollte. Nun muss das Komitee prinzipiell in einer festgesetzten Periode evaluieren, was passiert; Basis dafür sind die Berichte der Sozialarbeiter der Gemeinde, die diese Klienten behandeln. Diese können das aber wegen ihrer beschränkten Ressourcen nicht immer im gewünschten Maße tun. Das ist problematisch, vor allem wenn eine Kri-

se entsteht, die man bewältigen muss. Aber es ist die Verantwortung des Komitees auf der einen Seite und der Sozialarbeiter des Sozialamts, das hauptsächlich mit den Pflegediensten arbeitet, auf der anderen Seite. Wenn nun zusätzliche Dienste benötigt werden, die nicht im Leistungspaket enthalten sind, sollte es die Initiative des Sozialarbeiters oder der Krankenschwester sein, Dienste zu finden, die sich im Rahmen des Pflegeversicherungsgesetzes befinden. Aber, wie ich sagte, sie kommen wegen der Überlastung nicht dazu, diese Vielfalt an Diensten zu aktivieren, wie es in diesem Projekt die Sozialarbeiter tun.



# **Italien**

## **Der Umgang mit komplexen Hilfeleistungen für ältere Menschen**

L. Bartorelli  
A. Florea

ISTISS

Rom





## 1. Vorstellung der behandelten Beispiele

In dem hier vorliegenden Bericht werden drei verschiedene Erfahrungen mit Case Management ausgewertet, die sich hinsichtlich ihres lokalen Kontextes unterscheiden.

Die ersten beiden Fälle stellen zwei Modelle aus der Emilia Romagna dar, wobei das Case Management System im Bezirk Montecchio Emilia eher im sozialen Bereich verankert ist und auch über eine logistische Basis innerhalb des Gemeinderates verfügt; und das andere aus dem Bezirk Faenza eher im Gesundheitswesen verhaftet ist und als Standort den Raum der örtlichen Gesundheitsstation hat.

In beiden Kontexten ist der Umgang mit komplexen Fällen durch eine per Gesetz vorgeschriebene, qualifizierte Person, den Case Manager (responsabile del caso), geregelt und zwar durch das regionale Gesetz 5/94 "Schutz und Wertschätzung älterer Menschen. Maßnahmen zugunsten pflegebedürftiger älterer Menschen", und funktioniert in diesen beiden Bezirken "a regime", wird also in den Formen und Inhalten einer Organisation umgesetzt, die wir hier im weiteren betrachten wollen.

Das dritte untersuchte Beispiel betrifft die lokale Gesundheitsstation Azienda Unità Sanitaria Locale ROMA C (ASL ROMA C), die sich sowohl im lokalen als auch im normativen Kontext von den Modellen der Emilia Romagna unterscheidet. Hier bezieht sich die Erfahrung mit Case Management auf ein experimentelles einjähriges Projekt, das im Juni 1998 begonnen hat.

Es geht hier also um Beispiele, die nicht immer miteinander vergleichbar sind, da bereits unterschiedliche Ausgangsbedingungen vorliegen. So wird im Fall der Emilia Romagna ein Case Management System favorisiert, was in Rom nicht vorgesehen ist.

In diesem Zusammenhang erinnern wir daran, daß die nationale Gesetzgebung, auf die hier Bezug genommen wird, das Projekt – Objektiv Ältere Menschen – für den Umgang mit komplexen Fällen ein Case Manager nicht zwingend vorsieht und damit den einzelnen Regionen Raum läßt, um eigene Gesetze zu verabschieden. Das Regionalgesetz 5/94 der Emilia Romagna ist bisher die einzige regionale Gesetzgebung, die die Funktionen und den professionellen Aufgabenbereich eines sogenannten **Case Manager** umreißt.

In den übrigen Regionen ist das Case Management noch Objekt von Diskussionen zwischen Gerontologen, Sozialarbeitern, Arbeitern im Gesundheitswesen und Politikern, zu deren Verantwortungsbereich die Beschäftigung mit älteren Menschen gehört. So ist es auch auf die Initiative einiger Gerontologen zurückzuführen, daß das Experiment in dem Betrieb der ASL ROMA C ins Leben gerufen wurde. Ein Experiment, das es sich zur Aufgabe macht, für die Anerkennung einer solchen professionellen Figur innerhalb der regionalen Gesetzgebung zu sorgen und damit für die Reproduzierbarkeit des Experimentes selbst.

Bei der Analyse der beschriebenen Fälle wurde nach dem Bewertungsrastrer des europäischen Projektes vorgegangen, indem die Ausgangssituationen beschrieben wurden, die strukturellen Bedingungen, die Beurteilungsmethoden und die Methoden im Case Management, die Tätigkeitsprofile und die Ergebnisse des Fallumgangs. Aber vor allem wurde bei jedem einzelnen Fall versucht, Stärken und Schwächen aufzuzeigen und zwar durch die Auswertung der Analysen, das Studium des Wegs eines typischen Nutzers und dem Treffen mit Verantwortlichen auf lokaler Ebene. Das alles hat ausgereicht, um eine erste, qualitative Bilanz zu ziehen, die aber noch weiter vertieft werden müßte, z.B. durch Befragungen zum Grad der Zufriedenheit der Nutzer und eine qualitative Methodologie – Teilnahme an den Treffen des Teams und quantitativ ad hoc, wozu es aber mehr Mittel und mehr Zeit bräuchte.

## **2. Das Modell der Emilia Romagna: der Bezirk Montecchio Emilia**

### **2.1 Demografischer und regional-normativer Kontext**

Der Bezirk von Montecchio Emilia liegt im Tal Val D'Enza, im westlichen Bereich der Provinz Reggio Emilia, im Herzen einer der am weitesten entwickelten und europäischsten Regionen des Landes.

Die Bevölkerung der Emilia Romagna umfaßte bei der Volkszählung vom 1.1.1998 3.947.148 Personen, altersmäßig gestaffelt wie folgt:

854.103	> unter 65 Jahre
385.501	> unter 75 Jahre
218.709	über 80 Jahre

Der Altersindex beträgt 197,2 % und die altersbedingte Abhängigkeit 32,1 % (Daten aus 1997). **Die Region der Emilia Romagna hat einen sehr hohen Altersindex und ist – laut der Prognosen – dabei, die italienische Region mit dem höchsten Altersindex zu werden.** Laut Prognosen wird der Altersindex für das Jahr 2025 auf 293 geschätzt. Wie soll also auf eine so große Nachfrage nach Betreuung und Pflege seitens älterer Bürger angemessen reagiert werden? Noch dazu, darauf soll hier noch einmal ausdrücklich verwiesen werden, werden die Ansprüche immer komplexer und multidimensionaler; und vor allem, wie soll mit den komplexesten Fällen umgegangen werden?

Das Gesetz 5/94 der Region Emilia Romagna hat einige operative Hinweise gegeben, um auf diese Nachfrage nach Pflege insbesondere hilfsbedürftiger älterer Bürger zu antworten, indem ein Modell eingeführt wurde, bei dem eine starke Zusammenarbeit in einem Netzwerk zwischen den einzelnen staatlichen (Gemeinden, Gesundheitsstationen, betreute Strukturen unter Verwaltung der IPAB) und privaten Trägern (Volontariat, Kulturgruppen, Vereine, soziale Kooperativen, Rentnergewerkschaften) vorgesehen ist.

Als bedeutenden und entscheidenden Aspekt sieht dieses Gesetz die programmatische Vereinbarung (s. Diagramm 1) und die folgenden sozial-gesundheitlichen Interventionen vor:

- **Programmatische Vereinbarung:** die Bürgermeister der Gemeinden, die den Sitz einer Bezirksstelle der lokalen Gesundheitsstation beherbergen, fördern den Beschluß programmatischer Vereinbarungen zwischen den einzelnen Betroffenen, um eine optimale Integration der sozialen und medizinischen Dienstleistungssektoren für ältere Menschen zu erreichen. Im Regelfall soll dabei im territorialen Bereich eines jeden Bezirkes jeweils eine Stelle eingerichtet werden, die sich um die Koordination und Integration der einzelnen sozialen und medizinischen Funktionen zugunsten älterer Menschen (*Servizio Assistenza Anziani, SAA* = Hilfsdienst für ältere Menschen) und der entsprechenden, geriatrischen Bewertungsinstanz (*Unità di Valutazione Geriatrica, UVG*) bemüht.
- Außerdem begründet das Gesetz 5/94 den **Hilfsdienst für ältere Menschen, SAA** (s. Diagramm 2) – Die Stelle für die Koordination und Integration der sozialen und medizinischen Funktionen zugunsten älterer Menschen umfaßt folgende Bereiche:
  - Erstellung einer ersten Bewertung der Situation des älteren Menschen um ihn dann, je nach Art des Bedarfs, an das Netz der einzelnen sozialen Stellen oder, über die UVG, an die einzelnen medizinisch-sozialen Stellen weiterzuvermitteln;

- Garantie einer koordinierten Nutzung des gesamten Netzes medizinisch-sozialer Stellen durch die kontinuierliche Überprüfung der im Territorium vorhandenen Kapazitäten und die Pflege der aus der programmatischen Vereinbarung resultierenden Beziehungen zur Verwaltung;
- Qualitätsverbesserung der Interventionen, auch durch die Bestimmung des Verantwortlichen für jeden einzelnen Fall.

Weitere Aufgaben dieser Stelle sind:

- Konkrete Koordination zwischen den medizinisch-sozialen und den rein sozialen Stellen, um eine Kontinuität in der Hilfe zu erzielen;
- Genehmigung des Zugangs zum Netz der medizinisch-sozialen Stellen nach Anweisungen der UVG, je nach Verfügbarkeit der vorhandenen Ressourcen und der Wünsche des Klienten;
- Einrichtung von Programmen zur Kontrolle des Funktionierens des Netzwerkes und der Qualitätssicherung der Leistungen;
- Leistung von Informationsarbeit über die im Bezirk vorhandenen Dienstleistungen und die Zugangsmodalitäten zu denselben;
- Organisation und Unterstützung – in Zusammenarbeit mit den dafür bereits vorgesehenen staatlichen Stellen – von Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen des Personals;
- Zusammenstellung und Auswertung von Informationsmaterial über die auf dem Territorium vorhandenen Dienstleistungen für ältere Menschen;
- Organisation und Unterstützung von Informations- und Gesundheitskampagnen für ältere Menschen.
- **Geriatrische Bewertungsinstanz** (Unità di Valutazione Geriatrica, UVG), die sich zusammensetzt aus:
  - einem Gerontologen,
  - einer Krankenschwester/-pfleger oder einem Gesundheitsberater
  - einem Sozialarbeiter.

Um auch die Familie mit einzubeziehen sieht das Gesetz eine Verbindung zwischen UVG, Hausarzt und Case Manager vor. Die UVG erstellt nach Absprache mit dem Hausarzt und aufgrund einer multidimensionalen Auswertung für jeden einzelnen älteren Menschen das persönliche Hilfsprogramm. Sollte es sich um eine Entlassung aus dem Krankenhaus handeln, erfolgt dies zusätzlich auch in Absprache mit dem Klinikpersonal. Der gesamte Plan wird in seiner Ausführung von der UVG geleitet, oder bei einem abweichenden Fall durch die Weiterleitung des älteren Menschen an das Netzwerk der einzelnen Dienstleistungsstellen. Die UVG kümmert sich auch um das Erstellen der Bescheinigung über das Ausmaß der Hilfsbedürftigkeit des älteren Menschen und übermittelt die Auswertungen und die relevanten Daten der

im einzelnen untersuchten Fälle an die Sektionen des epidemiologischen Observatoriums und der verantwortlichen politischen und sozialen Stellen.

- **Der Case Manager.** Das Gesetz sieht vor, daß der Sozialarbeiter des Hilfsdienstes für ältere Menschen, der eine erste Beurteilung der Situation des älteren Menschen vornimmt, die Verantwortung für die Kontrolle über die Durchführung der vom persönlichen Hilfsprogramm vorgesehenen Maßnahmen übernimmt, um dem hilfsbedürftigen älteren Menschen oder demjenigen, der eventuell hilfsbedürftig ist, den korrekten Ablauf des notwendigen Hilfsprogramms zu garantieren.
- **Entlassungen aus dem Krankenhaus** von hilfsbedürftigen älteren Menschen. Das verantwortliche Krankenhauspersonal plant die Zeiten und Umstände der Entlassungen in Absprache mit der betreffenden Familie und mit der dem Territorium entsprechenden UVG um auf bestmögliche Art und Weise das Netzwerk zu nutzen.
- **Das Netzwerk der medizinisch-sozialen Stellen.** Die an der programmatischen Vereinbarung Beteiligten stellen, entweder direkt oder indirekt, die Strukturen und Mittel zur Verfügung, welche – auch durch den Beitrag der Ehrenamtlichen und privater sozialer Organisationen – sowohl soziale als auch medizinische Dienstleistungen innerhalb einer jeden Stelle ermöglichen und garantieren.

Folgende Dienstleistungen gehören zum Netzwerk:

- a) *Integrierte Hilfe für zu Hause*, die auf der Basis einer multidimensionalen Auswertung der persönlichen, von der UVG angegebenen, Hilfsprogramme folgendes garantiert:
- medizinische Grundversorgung
  - medizinische Beratung im Krankenhaus
  - häusliche Krankenpflege
  - verschiedene Reha-Maßnahmen
  - Versorgung mit sanitären und medizinischen Hilfsmitteln
  - Haushaltshilfe für alltägliche Verrichtungen
  - Entgegennahme telefonischer Hausnotrufe

Die Region Emilia Romagna – und dies ist ein ziemlich neuer Aspekt – sieht eine angemessene Beteiligung an denjenigen medizinisch-sozialen Aktivitäten vor, die vom persönlichen Hilfsprogramm vorgesehen und von medizinischer Relevanz sind und die nicht von der öffentlichen Hand sondern von Mitgliedern der Familie selbst übernommen werden.

- b) *Tagespflegezentren (Centri diurni)*. Dies sind teilstationäre, sozial-medizinische Strukturen, die von den einzelnen Distrikten betreut werden und von speziellen Altenheimen oder anderen medizinischen Hilfszentren beherbergt werden und die sich um hilfsbedürftige oder teilweise hilfsbedürftige ältere Menschen kümmern, indem Rehabilitations- und

Sozialisierungsprogramme durchgeführt werden, um die verbliebenen Fähigkeiten des älteren Menschen zu reaktivieren oder zu verbessern.

- c) *Altenheime (Case protette, CP)*. Dies sind auf festen Wohnsitz angelegte Strukturen, die die sozial-medizinische und gesundheitliche Grundversorgung auch unter verschlechterten Bedingungen gewährleisten sollen und älteren Menschen dienen sollen, die nicht in der eigenen Familie versorgt werden können, die hilfsbedürftig oder teilweise hilfsbedürftig sind und für die die UVG eine Einweisung in Pflegeheime (RSA) nicht für erforderlich hält.
- d) *Pflegeheim (Residenza sanitaria assistenziale, RSA)*. Dies sind sozial-medizinische Strukturen außerhalb der Kliniken mit hauptsächlich medizinischer Ausrichtung, die für hilfsbedürftige ältere Menschen bestimmt sind, welche nicht zu Hause betreut werden können, kontinuierlicher Pflege bedürfen, unter chronischen, sich verschlechternden Krankheiten leiden, welche eventuell zu Invalidität führen, die aber keine besonderen, nur in Krankenhäusern erhältlichen Behandlungsmaßnahmen benötigen. Das RSA liefert kontinuierlich:
- Medizinische Grundversorgung und RehaMaßnahmen zur Erhaltung und Verbesserung des Gesundheitsstatus und des Grades an Autonomie der älteren Person
  - Hilfe für die Bewältigung aller Arbeiten des alltäglichen Lebens
  - Soziale Aktivitäten

**Der normative Kontext erscheint recht modern, es ist ein deutliches Bemühen seitens des Gesetzgebers zu erkennen, das Soziale mit dem Medizinischen zu integrieren und zwar mit Hilfe des SAA (Hilfsdienst für ältere Menschen), der die Absprache zwischen Dienstleistungsstellen und den betreffenden Betreuern, die für die jeweiligen Fälle zuständig sind, übernimmt.**

Die Gesetzgebung fördert dabei eine Arbeitsweise und einen Organisationsmodus, die die folgenden Grundsätze vereinen:

- Integration von Sozialem und Medizinischem
- persönlich erstelltes Betreuungsprogramm
- soziales Netzwerk
- höhere Gewichtung von Kultur und Betreuung im eigenen Haus/Wohnung.

In diesem Kontext erscheint der Case Manager als eine Figur, die vom Gesetz wie ein Sozialarbeiter behandelt wird, der den älteren Menschen vom Augenblick der ersten Beurteilung an betreut, sich um die multidimensionale Bewertung der UVG bemüht und an ihren Treffen teilnimmt und der sich um

die Beurteilung und das Monitoring des persönlichen Betreuungsprogramms kümmert. Das Einbeziehen der Familie erfolgt hauptsächlich durch den Hausarzt und den jeweiligen Case Manager.

Um das "produktive" Vorgehen der territorialen geriatrischen Bewertungsin-  
stanz (*Unità di Valutazione Geriatrica Territoriale, UVGT*) in der Region Emilia Romagna zu erläutern, wird hier eine Gesamtübersicht über die Aktivitäten der UVGT in den Jahren 1997 und 1998 gegeben. Es ist ein deutlicher Anstieg der durchgeführten Bewertungen zu verzeichnen.

Bewertungen insgesamt 1997	Bewertungen insgesamt 1998	Unterschied 1997-1998
19.525	23.672	4.147

## 2.2 Der lokale Kontext

Der Bezirk Montecchio Emilia umfaßt 5 Gemeinden (Bibbiano, Campegine, Canossa, Cavriago, Gattatico, Montecchio, S. Polo, S. Ilario).

Die Bevölkerung beträgt 51.984 Personen, verteilt auf ein Gebiet von 240,41 km<sup>2</sup> und einem Höhenunterschied, der von einem Minimum von 26 m NN. bis zu einem Maximum von 737 m NN. reicht.

Alter	0-59			60-74			über 74		
	M	W	Ges	M	W	Ges	M	W	Ges
BIBBIANO	2678	2702	5470	612	618	1230	258	450	708
CAMPEGINE	1674	1517	3191	350	396	746	150	269	419
CANOSSA	1208	1141	2349	320	302	622	151	263	414
CAVRIAGO	3264	3099	6363	655	791	1446	344	503	847
GATTATICO	2029	1842	3871	392	437	829	175	284	459
MONTECCHIO	3117	3111	6228	657	740	1397	292	521	813
S. ILARIO	3535	3530	7065	760	870	1630	283	551	834
S. POLO	1849	1763	3612	419	468	887	208	346	554
<b>Gesamt</b>	<b>19444</b>	<b>18705</b>	<b>38149</b>	<b>4165</b>	<b>4622</b>	<b>8787</b>	<b>1861</b>	<b>3187</b>	<b>5048</b>

Bevölkerung nach Altersgruppen und Gemeinden

Auch in den Gemeinden des Bezirks Montecchio, wie in der übrigen Region auch, ist der Altersindex recht hoch, mit einem Prozentsatz der über 74-Jährigen, der zwischen den 8,7 % von S. Ilario und den 12 % von Canossa liegt.

Vom wirtschaftlichen Gesichtspunkt aus gesehen handelt es sich hier um ein besonders reiches Gebiet mit einer überaus florierenden, unternehmerischen Kreativität, das außerdem von einigen entscheidenden Faktoren profitiert: einer starken industriellen Tradition, einer hohen Arbeitsmoral und einem beeindruckenden sozialen Einvernehmen.

Im Bereich der Organisation der Dienstleistungen ist das vorherrschende Modell das 'übergemeindliche' (=sovracomunale), das sich auf das Prinzip der Subsidiarität auf allen Ebenen stützt und gleichzeitig aber versucht, alle schon vorhandenen Mittel und Ressourcen innerhalb der einzelnen Gemeinden bestmöglich auszunutzen, indem es ein Netzwerk von Verbindungen der Gemeinden untereinander schafft, welches die einzelnen Kompetenzen und Fähigkeiten jedes einzelnen Betroffenen systematisiert.

In diesem Fall findet sich der übergemeindliche Aspekt auch in der Organisation des SAA (Hilfsdienst für ältere Menschen) wieder. Diese übergemeindliche Dimension wird dadurch verstärkt, daß der Sitz des Bezirks-SAA bei der Gemeinde Montecchio ist. Dadurch wird das Soziale aufgewertet und eine größere Integration von Sozialem und Medizinischem favorisiert.

Der aus allen im Netzwerk vereinten, medizinisch-sozialen Dienstleistungstellen zusammengesetzte SAA hat Funktionen sowohl der Bewertung inne als auch Funktionen **technisch-operativer Entscheidungen über die Prioritäten der Programme des medizinisch-sozialen Gesundheitssystems, die ihm von der Konferenz der Programmatischen Vereinbarung verliehen wurden.**

Es ist interessant die Anwendung des Gesetzes 5/94 im Bezirk Montecchio zu betrachten, indem man das Organogramm, das die Struktur und die Funktionen der Organisation des SAA (Diagramm 1 und 2) betrifft, analysiert.

Auf übergemeindlicher Ebene entwickelt der SAA ein integriertes Netzwerk, in dem alle im Bezirk vertretenen Hilfsressourcen vereint sind.

Bei den medizinisch-sozialen Einrichtungen im Netzwerk des Bezirks treten aber weder das privat Soziale noch die Ehrenamtlichen in Erscheinung.



Im wesentlichen erfüllt der SAA unter dem Gesichtspunkt der Integration von Sozialem und Medizinischem eine Funktion, die der Weiterentwicklung des Case Management dient.

Der Case Manager, der mit dem Gesetz 5/94 gleichbedeutend mit dem Sozialarbeiter der Gemeinde ist, in der der ältere Mensch lebt, ist innerhalb des in Diagramm 3 aufgezeigten Organigramms auf mehreren Ebenen für das Soziale verantwortlich, ebenso wie der Hausarzt für das Medizinische.

Der Case Manager ist für den älteren Menschen der soziale Bezugspunkt innerhalb des Netzwerkes, der ihn vom Augenblick des Eintretens in das Netzwerk der Dienstleistungen bis zu seinem Austritt vertritt, der sich in Absprache mit der UVGT bewegt und auch die Kontakte zum Hausarzt unterhält.

Auch der Hausarzt ist ein Bezugspunkt innerhalb des Netzwerkes. Er ist der medizinisch und therapeutisch Verantwortliche für den älteren Menschen. Er kann Fälle melden, nimmt an der multidimensionalen Bewertung teil, kann seinen Patienten zu jedem Zeitpunkt besuchen, egal, an welchem Punkt innerhalb des Netzwerkes der Behandlungen der Patient sich gerade befindet und kann ihn so kontinuierlich betreuen. Außerdem stimmt er mit den Krankenpflegern den Beginn eventueller Pflegemaßnahmen ab.

Das Case Management sieht ein persönlich abgestimmtes Hilfsprogramm vor, das aufgrund der Bewertungen der UVGT erstellt wurde und sich auf ein System stützt, das die sozialen und die medizinischen Dienstleistungen miteinander integriert und koordiniert und in dem der Case Manager das Verbindungsglied zwischen dem älteren Menschen und seiner Familie auf der einen Seite und den Dienstleistungen auf der anderen darstellt, sozusagen den "Reißverschluss" zwischen Sozialem und Medizinischem.

Hier soll noch einmal ausdrücklich darauf hingewiesen werden, daß die Politik der Betreuung zu Hause zu einer geringeren Anzahl Betten geführt hat, zu kürzeren Klinikaufenthalten und einer Verkürzung oder gar einem Wegfallen von Wartelisten für den Zugang zu den einzelnen Dienstleistungen; das wurde dadurch möglich, daß es ein funktionierendes Netzwerk gibt. Die komplexen Fälle, die für das Case Management bestimmt sind, werden nach einem Prozess in das Netzwerk integriert, der mit der Aktivierung des UVGT beginnt.

Das Team der UVGT, in der der territoriale Sozialarbeiter – der potentiell ein Case Manager ist – vertreten ist, nimmt die Bewertung des Falles vor und strukturiert ein persönliches Hilfsprogramm. Dies ist der Moment in dem der Nutzer/der Patient direkt in das Netzwerk der Dienstleistungen eintritt.

In dem hier vorgestellten Bezirk und der Region befindet sich das 'Case Management' in einem 'glücklichen Kontext', in dem ein komplettes Netzwerk sowohl sozialer als auch medizinischer Dienstleistungen aktiv ist und indem mehrere Instrumente zusammenwirken, um eine Anwendung günstig zu beeinflussen:

- Die Existenz eines einzigen Zugangs zum Netzwerk der Dienstleistungen: der SAA, der administrative Aufgaben übernimmt und für Absprachen und Koordination sorgt
- die Geriatrische Bewertungseinheit (UVG) – die eine multidimensionale Bewertung der psychologischen, sozialen und medizinischen Bedürfnisse des hilfsbedürftigen oder des eventuell hilfsbedürftigen älteren Menschen vornimmt – erarbeitet, aufgrund der vorgenannten Bewertung, ein individuelles Programm und garantiert eine Neubewertung, sobald sich die Verhältnisse des älteren Menschen ändern
- der Case Manager.

Es handelt sich hier um moderne Mittel, die es ermöglichen, die im Bezirk vorhandenen Ressourcen auf die beste Art und Weise zu nutzen, um auf die Bedürfnisse des alten Menschen einzugehen.

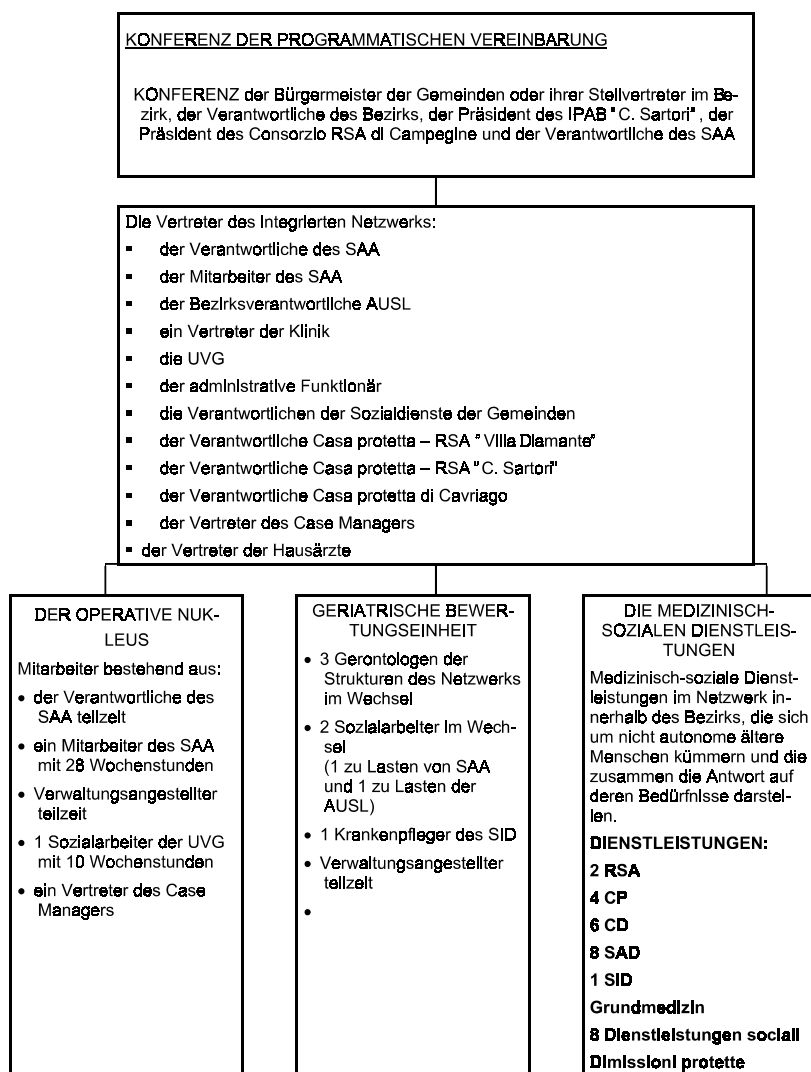
Das Case Management erscheint als so wichtig, daß man dies bei der Programmation der Hilfsstrukturen selbst mit berücksichtigt: z.B. werden die 'betreuten Entlassungen' (*dimissioni protette*) mit dem Case Manager und dem Hausarzt abgestimmt. Der Case Manager tritt in Aktion sobald der ältere Mensch entlassen wurde und übernimmt die Verantwortung für ihn.

Als besonders positiv heben wir hier die Aufmerksamkeit hervor, die den Entlassungen am Wochenende zukommt (Freitag nachmittag, Samstag und Sonntag): dem Patienten wird eine therapeutische Kontinuität während der gesamten Wochentage, die auf die Entlassung folgen, garantiert.

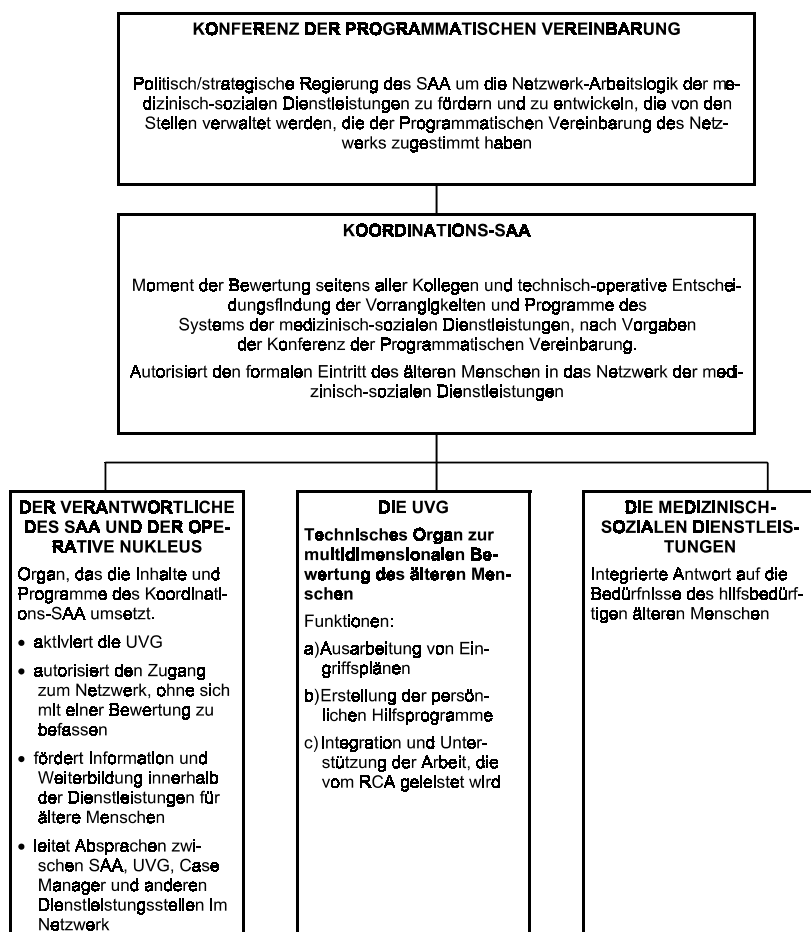
Außerdem ist es interessant zu bemerken, daß es hinsichtlich der Einweisungen in Kliniken im Bezirk Montecchio eine größere Anzahl von Entlassungen im Jahr 1998 im Vergleich zum Vorjahr gegeben hat; dies als Beweis, daß sich die Kultur einer Betreuung zu Hause immer weiter entwickelt.

<b>Gesamtzahl der Entlassenen im Alter von &gt; 65 Jahren 1997</b>	<b>Gesamtzahl der Entlassenen im Alter von &gt; 65 Jahren 1998</b>
4.082	3.849

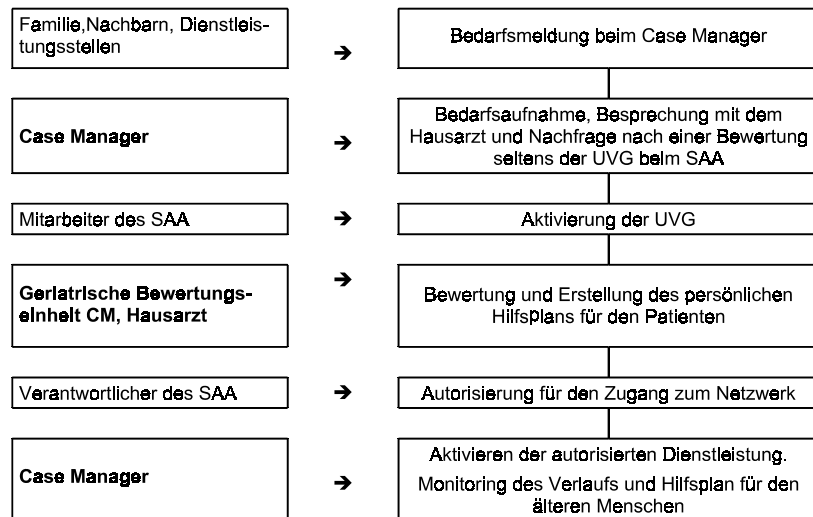
**Diagramm 1: Der SAA (Hilfsdienst für ältere Menschen) im Bezirk Montecchio als Organisationssystem: Struktur**



**Diagramm 2: Der SAA im Bezirk Montecchio als Organisationssystem:  
Funktionen**



**Diagramm 3: Organigramm des Verlaufs: Der Zugang zum Netzwerk**



### 2.3 Strukturelle Bedingungen: Qualifizierung der Mitarbeiter, technische Ressourcen, institutionelle Strukturen

Im Bezirk Montecchio ist das System des integrierten Angebotes, das vom SAA (Hilfsdienst für ältere Menschen) geleitet wird, wie folgt strukturiert (s. Anhang):

- 4 ALTENHEIME (CASE PROTETTE), subventioniert, in denen folgendes Personal arbeitet:
    - 1 Koordinator
    - 1 bis 2 RAA (Respräsident der Pflegeaktivitäten)
    - 12 bis 15 ADB (erbringer der häuslichen Grundpflege)
    - 1 bis 2 Krankengymnasten
    - 1 Gerontologe
    - 2 bis 5 IP (=infermieri professionisti, Krankenpfleger)
  - 2 RSA (Pflegeheime), mit folgenden Angestellten:
    - 1 Koordinator
    - 1 RAA
    - 4 bis 5 IP
    - 1 Gerontologe
    - 1 Krankengymnast teilzeit
- und in der gesamten Struktur 10 ADB

- 6 TAGESZENTREN, die sowohl soziale wie auch medizinische Serviceleistungen durchführen und die, im Schnitt, über folgendes Personal verfügen:
  - 1 Verantwortlicher für die medizinisch-sozialen Dienstleistungen
  - 1 RAA
  - 3 ADB
  - 1 Berater oder Therapeut für Rehamaßnahmen des betreuten Wohnens
  - 1 Hilfskraft teilzeit
  - manchmal ein Krankenpfleger des Altenheims, oft nur teilzeit.
  - Die Tagesstätten decken mit ihren Arbeitszeiten die ganze Woche ab, in zwei Fällen auch den Sonntag und zwar einen Großteil des Tages.
- 8 SAD, die von den Sozialdiensten der Gemeinde eines jeden Bezirks koordiniert werden und die über – je nach Zahl der subventionierten Plätze – 2 ADB (10 Plätze) bis 6 ADB (27 Plätze) verfügen, mit einer hohen Verfügbarkeit an Stunden pro Woche
- TELEHILFE, in allen Gemeinden vertreten und 24 Stunden am Tag verfügbar
- KURZUWEISUNG (assegno di cura), die von allen Gemeinden erteilt wird und um die sich der Case Manager (der Gemeinden) kümmert
- WOHNUNGEMEINSCHAFT in der Gemeinde Montecchio, mit 10 nicht subventionierten Plätzen (Doppelzimmer LIT 500.000 monatlich, Einzelzimmer LIT 600.000 monatlich), rund um die Uhr aktiv, mit folgendem Personal:
  - 1 Verantwortlicher für soziale Dienste
  - 1 RAA für soziale Hilfsdienste
  - 1 Hilfskraft mit 18 Wochenstunden
- BETREUTE WOHNUNGEN (alloggi protetti), in der Gemeinde S. Ilario, mit 19 nicht subventionierten Plätzen (Miete und Benutzung der Tagesstätte am Nachmittag LIT 400.000 monatlich für Einzelpersonen und LIT 500.000 monatlich für Paare)
- 2 NACHTZENTREN, in denen sich die Nacht-ADB des Altenheims um die nächtliche Hilfeleistung kümmern
- SOZIALE HILFSDIENSTE DER GEMEINDEN: Essen, Wäsche waschen, Haushaltshilfe ... in allen Gemeinden, mit den Haushaltsassistenten des SAD als Personal.

Was das medizinische Angebot betrifft, so gehört auch das Krankenhaus "E. Franchini" zum Bezirk Val D'Enza, das als Einzugsgebiet von Kunden aus 8 Gemeinden des Bezirks Montecchio und 3 Gemeinden der angrenzenden Provinz Parma genutzt wird.

Auch im Hinblick auf die medizinische Grundversorgung verfügt der Bezirk über ein gutes Angebot, mit einer krankenflegerischen Betreuung für zu Hause, einer ADI (Assistenza Domiciliare Integrata = integrierte häusliche Betreuung), einer ADP (Assistenza Domiciliare Programmata = programmierte häusliche Betreuung) und NODO (=???), verschiedenen Praxen und Poliambulanzen von Spezialisten mit häufigen Sprechzeiten, die über Nachfrage seitens des Arztes oder Terminvereinbarung über ein CUP (Centro Unico Prenotazioni per la medicina specialistica = Einheitszentrum für Terminvereinbarungen bei Spezialisten) erreichbar sind.

Es gibt auch nicht subventionierte Strukturen – 1 Wohnheim, 3 Altenheime und ein SNC (Agenzia di Assistenza Domiciliare = Agentur für häusliche Betreuung).

Die Rolle des Volontariats und des sozial Privaten beim Case Management ist in dem Netz, das vom SAA geleitet wird, nicht aufgeführt, wird aber – wie wir im weiteren durch die Analyse eines typischen Verlaufs eines Hilfsprogramms sehen werden – vom Case Manager bei den besonders komplexen Fällen mit einbezogen.

**Zusammengefaßt, erscheint der Bezirk Montecchio Emilia als gut versorgt, was das Angebot an Dienstleistungen betrifft, und verfügt über ein großes Potential sowohl an Stunden als auch an menschlichen und materiellen Ressourcen.**

Diese Agenturen und sozialen und medizinischen Dienstleistungsstellen nehmen jedes Mal am Case Management teil, sobald der Case Manager dies für notwendig hält um auf einen besonderen Bedarf des hilfsbedürftigen älteren Menschen zu reagieren.

Die Case Manager sind die Sozialarbeiter der Gemeinden, die zum Bezirk gehören. Sie beschäftigen sich auch mit Erwachsenen und anderen Aufgaben der Gemeinschaft und zwar zu durchschnittlich 35 % ihrer Gesamtarbeitszeit (durchschnittlich 21,5 Wochenstunden). Im allgemeinen haben sie dreimal wöchentlich Sprechzeiten oder sind telefonisch erreichbar, während der Case Manager in den Gemeinden Montecchio und S. Polo (mit größerer Bevölkerungsdichte) jeden Tag anwesend ist.

Besonders wichtig für das Netzwerk der Dienstleistungen innerhalb des Bezirks ist eine gute Verfügbarkeit an Wochenstunden seitens der Allgemeinmediziner in ambulanten Praxen und besonders ihre Einbeziehung bei schwierigen Fällen.

Die enge Kooperation zwischen Case Manager und Hausarzt erlaubt nämlich eine Schnelligkeit des Eingreifens und eine erste Bewertung der Bedürfnisse.

Für das Case Management bedarf es einer Reihe an Ressourcen, sowohl finanzieller – der Region Emilia Romagna, der Gemeinden des Bezirks, der Gesundheitsstationen von Reggio Emilia, der Nutzer – als auch menschlicher Art, in Form unterschiedlichster und spezialisierter beruflicher Qualifikationen.

**Es ist das ganze integrierte Netzwerk von sozialen und medizinischen Dienstleistungen, unter Leitung des SAA, das sich in das Case Management einklinkt und zwar in verschiedenen Phasen des Verlaufs der Hilfeleistungen für den Nutzer:**

- Der Case Manager – Phase der Bedarfsaufnahme, des Erstkontaktes mit dem Hausarzt und Anfrage nach Beurteilung seitens der UVG beim SAA
- Der Mitarbeiter des SAA – Phase des In-Aktion-Tretens der UVG
- Die UVG, der Case Manager und der Hausarzt – Phase der Bewertung und Erstellung eines Hilfsprogramms für den Nutzer
- der Verantwortliche des SAA – Phase der Autorisierung des Zugangs zum Netzwerk der Dienstleistungen
- Dienstleistungen des Netzwerks – Phase der Umsetzung des Hilfsprogramms für den Klienten
- der Case Manager – Phase der Aktivierung der autorisierten Dienstleistungen, Monitoring des Verlaufs und des Hilfsprogramms für den Klienten.

Diese Verbindung mit den anderen Akteuren des Netzwerks hat eine Neuordnung zur Folge, ein kontinuierliches Monitoring der schon getroffenen Auswahlen und der vorhandenen Optionen für die Umsetzung des Hilfsprogramms für den Klienten.

Im Verlauf der organisatorischen Entwicklung des aus dem Gesetz 5/94 resultierenden Systems haben die Case Manager – in der Logik einer Arbeit im Team – eine Gruppe gebildet, die sich periodisch trifft und sich bespricht, und deren Vertreter an den Treffen des koordinierenden SAA teilnimmt. Aus der vorliegenden Dokumentation geht allerdings nicht die Gewichtung hervor, die der Arbeitsteilung und den Teamsitzungen zuerkannt wird.



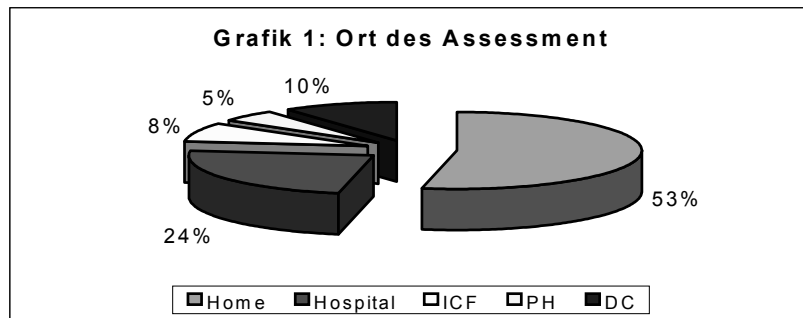
## 2.4 Die Bewertungsmethoden und das Case Management

Die Bewertung der medizinischen, betreuerischen und sozio-kulturellen Aspekte wird auf zwei Ebenen vorgenommen: auf der ersten seitens des Case Managers, des Sozialarbeiters der Gemeinde, dem der Bedarf gemeldet wurde. Für eine erste Beurteilung füllt der Case Manager eine Liste aus, anhand derer die Bedürfnisse aufgenommen werden und in der auch die Daten über die Zusammensetzung der im selben Haushalt lebenden Familienmitglieder und anderer, nicht in der selben Wohnung lebender Verwandter mit erfaßt werden; als Kriterien für die Bestimmung der Ausgangssituation gelten dabei:

1. die psycho-physische Kondition in Hinblick auf die Aktivitäten des täglichen Lebens:
  - physische Autonomie
  - kognitive Autonomie
  - sonstiges
2. ökonomische Wohnsituation:
  - Einkommen des älteren Menschen
  - monatliches Einkommen der ganzen Familie
  - Unterkunft
3. soziale und familiäre Situation auf der Beziehungsebene:
  - Familiäres Beziehungsgeflecht
  - Sekundäres Beziehungsgeflecht
  - sonstiges

Der Case Manager (der territoriale Sozialarbeiter) erstellt im Augenblick der Meldung eine erste Anamnese und versucht, den tatsächlichen Bedarf, der hinter der Anfrage steckt, zu erfassen. Der Case Manager trifft so eine erste Bewertung aufgrund der o.g. Elemente, mit dem Vorschlag eines Hilfsprogramms und beantragt, sofern er dies für notwendig hält, eine multidimensionale Bewertung.

Für die Beurteilung der Funktionen des täglichen Lebens wird der Index von Katz und Lawton herangezogen. Bei den komplexen Fällen verweist der Case Manager den Fall an den SAA, wo der Mitarbeiter des SAA selbst die UVG für die multidimensionale Bewertung einschaltet.



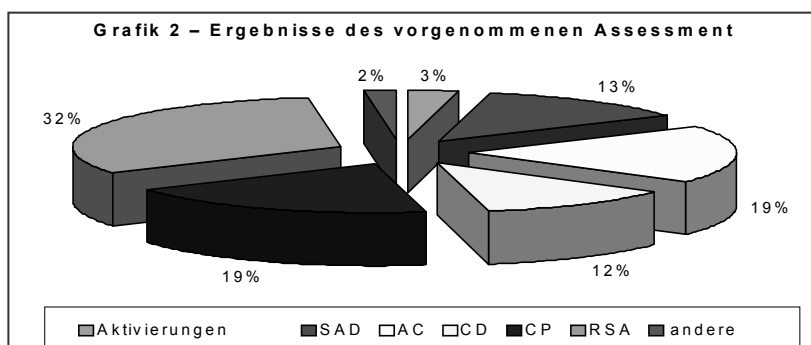
Die UVG, die sich aus einem Gerontologen, einem Sozialarbeiter und einem professionellen Krankenpfleger zusammensetzt und an der der Hausarzt und der Case Manager teilnehmen können, führt die Bewertung zusammen mit dem Case Manager im Haus des älteren Menschen oder im RSA (Pflegeheim) durch, je nach der Verfassung des älteren Menschen (s. Grafik 1).

Aus der Analyse der o.g. Grafik kann – was die hier für den Bezirk von Faenza betrachteten Zahlen betrifft – eine differenzierte Quantifizierung der Orte ersehen werden, wo die Bewertungen vorgenommen wurden.

Zur Durchführung einer multidimensionalen Bewertung bedient sich die UVG verschiedener methodologischer Instrumente:

- MMSE Mini Mental State, für die Untersuchung der kognitiven Fähigkeiten;
- TINAN Tinetti Gleichgewichtstest
- TINEQ Tinetti Test des Gangs
- TINTO Gesamttest (Gleichgewicht und Gang)
- NCL Ernährungs Check-Liste
- Northon Plus Skala
- Gerontologische Depressions Skala
- Crichton Skala
- BINA Territoriale

Aufgrund der Punkte, die nach diesen Listen zustande kommen, erstellt die UVG die geriatrischen Problemfälle, die für eine Behandlung empfohlen werden, einen Interventionsplan mit den Zielen und Ergebnissen, die erreicht werden sollen auf der Basis der sozialen Hilfeleistungen, der krankenflegerischen Bedürfnisse und/oder der Reha- oder medizinischen Notwendigkeiten, und definiert die Zeit, nach der überprüft werden soll, welche



Ergebnisse der angestrebten Objektivität erzielt wurden. Die UVG bereitet so den Eintritt des Klienten in das Netzwerk der Dienstleistungen vor.

Die gesamte Bewertungsphase hat auf beiden Ebenen das Ziel und die Absicht, die Lebensbedingungen des älteren Menschen zu verbessern. Wie aus der Analyse eines typischen Verlaufs noch näher hervorgehen wird, sind es das Kriterium der Machbarkeit, der Anpassung an die Bedürfnisse des älteren Menschen, der Schutz und das Bewahren des häuslichen und familiären Kontextes des älteren Menschen, die bei der Erstellung eines Hilfsprogramms für den Klienten ausschlaggebend sind.

Bei der Erstellung des Hilfsprogramms bespricht sich die UVG mit dem Hausarzt und dem Case Manager, berücksichtigt die innerhalb und außerhalb der Familie vorhandenen Ressourcen und das Netzwerk der Dienstleistungen, welche am ehesten auf die Bedürfnisse eingehen können – die zu diesem Zeitpunkt nicht mehr nur vom älteren Menschen formuliert werden sondern auf einer Bewertung beruhen.

Wenn man das Ergebnis der vorgenommenen Bewertungen analysiert, wird klar, daß es alle Dienstleistungen des Netzwerks sind, die hier berücksichtigt werden, wenn es darum geht zu entscheiden, welcher Interventionsplan angewandt werden soll und welche gesundheitlichen Ziele erreicht werden sollen (Grafik 2).

Bei der Analyse der vorgeschlagenen Dienstleistungen betreffenden Daten und auch im Hinblick auf das, was sich zum Bezirk Faenza herausgestellt hat, sieht man, wie es auch in diesem Fall eine Verschiebung des Modells zum sozialen Bereich gibt, im Gegensatz zu Faenza, wo der Schwerpunkt eher auf dem Medizinischen liegt, und somit das bisher Gesagte bestätigt.

Das System bemüht sich, die vorhandenen Ressourcen mit den Zielen der Programmatischen Vereinbarung in Einklang zu bringen, wie in § 3.1 aufgeführt und auch im Gesetz 5/94, Abs.1 *"den älteren Menschen in der Familie und in seinem sozialen Kontext zu belassen"*. In der Praxis hat dies zu einer Verschiebung der Ressourcen zugunsten der bezirklichen Dienstleistungen geführt (CD, ADI, Nachtzentren...) mit einer daraus resultierenden Verminderung der Anzahl Plätze im Pflegewohnheim RSA (von 120 autorisierten auf augenblicklich 20) und Zurückgabe einiger Plätze an die CP (Altenheime).

Das so organisierte System hat die Wartezeiten für den Zugang zu den Dienstleistungen des Netzwerks verringert und in vielen Fällen Wartelisten überflüssig gemacht.

Der Kommunikationsfluß zwischen der UVG, dem Hilfsdienst für ältere Menschen SAA, dem Case Manager und den autorisierten Dienstleistungsstellen erfolgt auf eine besondere Art und Weise mit einem Informationssystem der Kommunikation via Modem und einer zentralen Datenbank beim Sekretariat des SAA, das ad hoc kreiert wird. Der SAA verfügt also über eine Datenbank, eine Liste mit Angebot und Nachfrage, und auch die Bearbeitung erfolgt durch die Informatik.

Der SAA ist die Stelle, die den Zugang zum Netzwerk genehmigt, nachdem zuvor der Case Manager und die Familie des älteren Menschen angehört wurden.

Die Erfahrungen des für das Case Management verantwortlichen Teams – dem SAA – werden bei der Programmation der zum Netzwerk der Dienstleistungen gehörenden Strukturen nicht berücksichtigt, auch wenn die Mitglieder des Teams beim individuellen Hilfsprogramm beteiligt sind.

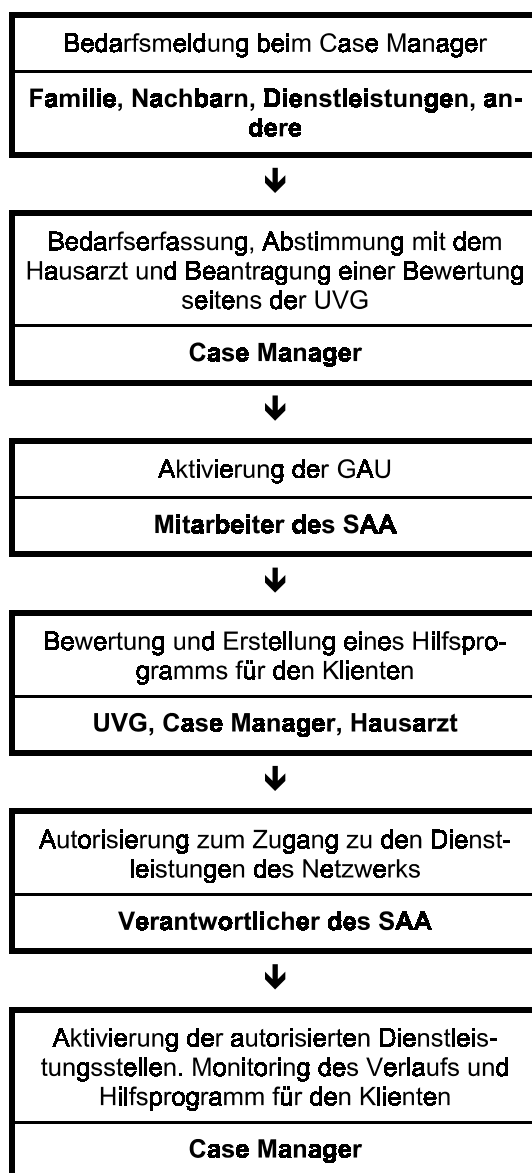
**Der individuelle Hilfeplan wird vom Case Manager mit dem älteren Menschen und seiner Familie abgestimmt und wird, seitens des Case Managers, auch durch das Einbeziehen der Hauptbeteiligten umgesetzt: Der ältere Mensch, seine Familie, die autorisierten Dienstleistungsstellen.** Der Case Manager ist dabei Bindeglied zwischen der Familie des älteren Menschen und der Bezugsperson des Hilfsprogramms, er ist in dem Augenblick anwesend, indem der ältere Mensch die Dienstleistungen erstmals in Anspruch nimmt, führt das Monitoring des Verlaufs durch und erbittet eine Neubewertung seitens der UVG, sobald neue oder unvorhergesehene Faktoren im Verlauf des Betreuungsprozesses des älteren Menschen auftreten.

Um dies tun zu können, muß der Case Manager genau die Dynamik beobachten, die im familiären Umfeld und an dem Punkt des Netzwerks entsteht, an dem der ältere Mensch sich gerade befindet, wobei die eventuellen Risikofaktoren und die Grenzen einer Verbesserung und die Art, wie der ältere Mensch und seine Familie im Lauf der Umsetzung des Hilfsprogramms reagieren, beachtet werden. Der Case Manager hat in diesem Sinne also eine regelrechte Kontrollfunktion über die Durchführung des persönlichen Hilfsprogramms und wird damit zu einer Garantie für die Bewahrung der Rechte des älteren Menschen und seiner Familie. Diese Funktion ermöglicht es der UVG, das Hilfsprogramm bei eventuellen Veränderungen im Gesundheitszustand des älteren Menschen zu überprüfen. Das UVG setzt Fristen, um die Erzielung von Ergebnissen anhand der vorgesehenen Objektivität zu messen und ändert diejenigen Aspekte des Hilfsprogramms ab, die in Hinblick auf die veränderte Situation des älteren Menschen variiert werden müssen.

Der Weg, nach dem vorgegangen wird, um dem älteren Menschen die beantragte Hilfe zu gewährleisten, ist der in Diagramm 4 illustrierte, wo der 'typische' Verlauf eines Zugangs zum Netzwerk nachgezeichnet wird; ein Verlauf, den wir noch genauer betrachten werden, wenn die einzelnen Fälle analysiert werden. Es ist ein schrittweiser Verlauf, der die Hauptbeteiligten und die Ressourcen einbezieht, die für die Erfüllung der Bedürfnisse des älteren Menschen notwendig sind.

Der Verlauf wird von einem ad hoc für den Klienten erstellten Hilfsprogramm bestimmt, dessen Ziele im Verlauf seiner Umsetzung überprüft werden und zwar, wie gesagt, jedes Mal, sobald neue Faktoren hinzukommen, die den Gesundheitszustand des älteren Menschen verändern, aber auch innerhalb des familiären Systems aktivierbare Ressourcen betreffen.

**Diagramm 4: Rekonstruktion des Verlaufs eines Zugangs zum Netzwerk**



Der UVG kommt bei der Beurteilung des realen Bedürfnisses des älteren Menschen eine wichtige Rolle zu, ebenso wie bei der Aktivierung der autorisierten Dienstleistungen, bei der Neubewertung des Plans, sobald dies vom Verantwortlichen des SAA auf Bitte des Case Managers hin beantragt wird. In einem solchermaßen organisierten System kommt dem Case Manager, wie bereits gesagt, eine unersetzbare Rolle zu, indem er den älteren Menschen bei seinem Iter betreut und ihm und seiner Familie hilft, sich bei den einzelnen Dienstleistungsstellen und deren Beziehungsgeflechten zu orientieren und zurechtzufinden; seine Aufgabe ist es, den älteren Menschen oder Pflegenden Dienstleistungsstellen anzunähern, dadurch die Qualität der Hilfe zu optimieren und sowohl den älteren Menschen als auch seine Familie an der Programmierung des individuellen Hilfsprogramms zu beteiligen. Es bleibt allerdings trotzdem sicher noch viel zu tun, um den älteren Menschen und seine Familie direkt an der Planung und Organisation der Hilfsdienstleistungen zu beteiligen.

Im Bezirk Montecchio sind die Öffnungszeiten der Dienstleistungsstellen bereits sehr gut auf die Anforderungen und Bedürfnisse der Familie abgestimmt. Auch die Entwicklung der Dienstleistungen, die "di respiro" (=Atmung) oder "di sollievo" (=Erleichterung) genannt werden, wie z.B. die Tagesstätten, die Altenheime, die Nachtzentren etc. geht in diese Richtung. Es geht hier sicher nicht um eine aktive Beteiligung sondern um eine andere Programmation der Dienstleistungen, eine, die mehr auf die Familienmitglieder achtet, da diese ja die Rolle des caregivers auch mit den anderen Rollen vereinbaren müssen, die sie innerhalb oder außerhalb der Familie innehaben.

Die Entwicklung des case management führt zu einer größeren Möglichkeit seitens des älteren Menschen und seiner Familie, sich an der vorgesehene Inanspruchnahme und Organisation der Dienstleistungen zu beteiligen. Wenn der ältere Mensch und seine Familie als der zentrale Kunde aufgefaßt werden, muß jeder Aspekt des Systems, von der Organisation des Netzwerks der Dienstleistungen bis zum Case Management, die Bedürfnisse des älteren Menschen und seiner Familie berücksichtigen und somit die Kultur einer häuslichen Betreuung aufwerten.

## **2.5 Das Profil der Aktivitäten und die Ergebnisse des Case Management**

Die Analyse eines typischen Verlaufs kann dabei helfen, einige Punkte in Hinblick auf das Profil der Aktivitäten und der Ergebnisse des Case Management zu klären.

Nehmen wir z.B. den Fall von Frau A.S., 87 Jahre alt, ledig, ADL-autonom, die in einer Eigentumswohnung ohne architektonische Barrieren wohnt und über geringe finanzielle Mittel verfügt. Die familiären Ressourcen bestehen aus einer Schwester, dem Schwager und einigen Nichten, Töchter von Brüdern. Der Fall wird der kommunalen Dienstleistungsstelle für alte Menschen im Augenblick ihrer Einweisung in das Krankenhaus wegen einer akuten Magenentzündung gemeldet und zwar von ihrem Schwager und dem Krankenhausdienst (s. Rekonstruktion eines typischen Verlaufs, Nr. 1). Hier beginnt für den Kunden S. G. das System des integrierten Netzwerks der Dienstleistungen. Ein Verlauf, der in verschiedenen Phasen Ausdruck finden wird, die für eine bestimmte Art und Weise des Case Management beispielhaft sind.

1. Bedarfsmeldung durch die Familie (in diesem Fall den Schwager) und den Krankenhausdienst
2. Bedarfsaufnahme seitens des Case Managers. Erste Bewertung der medizinisch-sozialen Bedingungen und der aktivierbaren Ressourcen in der Familie; eine Bewertung, die dazu führt, die Prozedur der 'betreuten Entlassung' (dimissioni protette) für angemessen zu halten. Antrag auf Bewertung seitens der UVG beim SAA.
3. Bewertung seitens der UVG und Ausarbeitung eines individuellen Hilfsprogramms (das ein RSA/Pflegewohnheim vorsieht), nach vorausgegangener Konsultation mit dem Hausarzt und des Case Managers.
4. Aktivierung, seitens des Case Managers, der zuständigen Dienstleistungsstelle über den Verantwortlichen des SAA. Monitoring des Verlaufs und Interventionsplan.
5. Eine neue Bedingung im medizinischen Kontext tritt auf: Der Gesundheitszustand verschlechtert sich und verändert so die Rahmenbedingungen → ein neuer Bedarf tritt auf → Bedarfsmeldung.
6. Bedarfsaufnahme seitens des Case Managers. → Weitere Verifizierung der Ressourcen des älteren Menschen und seiner Familie → Antrag auf Neubewertung seitens der UVG.
7. Neubewertung seitens der UVG, die im RSA/Pflegewohnheim vorgenommen wird. Ausarbeitung eines neuen, individuellen Hilfsprogramms (Eingliederung in ein Altenheim).
8. Aktivierung der zuständigen Dienstleistungsstelle über den SAA. Weil keine weiteren aktivierbaren Ressourcen in der Familie mehr vorhanden sind und auf einen freien Platz in einem Altenheim gewartet wird, wird die Entscheidung getroffen, die alte Frau weiterhin im Wohnheim wohnen zu lassen, um eine Verbesserung ihrer Verfassung zu erreichen.
9. Monitoring der erzielten Gesundheitsergebnisse (Wiedergewinnung der Fähigkeit, halbautonom zu wohnen). Der Case Manager macht sich zum Sprachrohr der von der Familie vorgetragenen Bitte des Willens der alten Frau (nach Hause zurückzukehren).



10. Bedarfsaufnahme → Verifizierung der Bedingungen, unter denen das Projekt einer Betreuung zu Hause umgesetzt werden kann → Antrag, seitens des Case Managers, für eine Projektberatung und eine Neubewertung seitens der UVG.
11. Neubewertung seitens der UVG in der Wohnung der alten Frau. Abänderung des individuellen Hilfsprogramms aufgrund der veränderten, neuen Bedarfssituation (Nichtverfügbarkeit der Nachbarn und Notwendigkeit zur Sozialisation).
12. Aktivierung der autorisierten Dienstleistungsstelle (Tagesstätte und SAD für die Lieferung von Essen auf Rädern) → Monitoring der Verlaufs des Hilfsprogramms → Auftreten eines kritischen Vorfalles – Einlieferung in ein Krankenhaus wegen eines Schlaganfalls – der neue Bedürfnisse eintreten läßt (Unfähigkeit, nach Hause zurückzukehren, Notwendigkeit einer Rehazeit).
13. Bedarfsmeldung (betreute Entlassung) seitens der Krankenhausstelle.
14. Antrag auf Bewertung seitens der UVG mit dem Vorschlag eines RSA/Pflegeheims und noch näher zu bestimmenden Zeiten für Reha-Maßnahmen, in Abstimmung mit des Case Managers und den Familienangehörigen und nach Anhörung des Krankenhauspersonals.
15. Bewertung seitens der UVG im Krankenhaus → Neues Hilfsprogramm (Verlegung in ein RSA).
16. Aktivierung der autorisierten Dienstleistungsstelle → Monitoring des Interventionsprogramms (Verbesserungen des Gesundheitszustands der alten Frau werden festgehalten).
17. Notwendigkeit, ein neues Programm zu erstellen.
18. Vorschlag des Case Managers, mit Zustimmung der Familienangehörigen, einer anderen Art und Weise der Nutzung des Netzwerks der Dienstleistungen (Vollzeitnutzung des CD und Antrag auf Pflegezuweisung).
19. Genehmigung des neuen Plans seitens der UVG, der versucht, die Anforderungen der Dienstleistungsstelle und der Familie zu vereinbaren.
20. Aktivierung des Projektes der häuslichen Betreuung mit Unterstützung der territorialen Dienstleistungen CD und SAD. Verifizierung der erzielten Ergebnisse.

Wie man bei dem analysierten Verlauf sieht, ermittelt der Case Manager die Bedürfnisse, die aufgrund der Situation des älteren Menschen entstehen, sie bespricht sich jedes Mal mit den Familienangehörigen und den Ärzten, wenn neue Faktoren auftauchen, die das individuelle Hilfsprogramm erneut zur Diskussion stellen. In diesen Fällen beantragt man eine Bewertung seitens der UVG, die, nach Anhörung des Case Managers und des Hausarztes, ein neues Hilfsprogramm für den Klienten erstellt. Der Verantwortliche des SAA autorisiert an diesem Punkt ein Eintritt in das Netzwerk der Dienstleistungen. Der Verlauf wird von des Case Managers beobachtet, die

eine Kontrollfunktion innehat und für den Klienten als Tutor in seinem Heilungsprozess fungiert.

Der Prozess des Case Management stellt sich in diesem Sinne als ein Prozess dar, der in seinem Innern Aktionen und Reaktionen mit kontinuierlichen feedbacks vorsieht, die es erlauben, die Ziele aufgrund der erreichten Ergebnisse im Gesundheitszustand und der weiteren Bedürfnisse des älteren Menschen zu überprüfen.

Der untersuchte Fall gibt Hinweise darauf, wie im Fall eines Projektes der Hausbetreuung, das auf einen Krankenhausaufenthalt folgt oder dem, die Autonomie betreffend, drastisch verschlimmerte Situationen zugrunde liegen, interveniert werden sollte. Im Fall von Frau A.S. – Phase 10 (nachdem die ältere Frau durch ihre Nichte den Wunsch geäußert hat, nach Hause zurückzukehren, als sich zuvor ihre psychophysische Kondition, wie vom RSA festgehalten, verbessert hatte) – verifiziert der Case Manager, bevor sie zum Projekt einer Hausbetreuung gelangt, folgende Aspekte:

- Herausfinden von Ressourcen im privaten Netzwerk der Dienstleistungen, die dem Haupt- Pflgender (hier: der Nichte, die die Hausbetreuung ermöglicht) helfen können
- Nutzung von Dienstleistungen, die im SAA vorhanden sind (Essen auf Rädern)
- Aktivieren der nicht formalen Netzwerke (z.B. Nachtwachen seitens Nachbarn).

Der Case Manager beantragt außerdem die Bewertung seitens der UVG für eine Projektberatung.

Bei der Umsetzung des Programms einer häuslichen Betreuung berücksichtigen die Mitarbeiter, und insbesondere der Case Manager, alle aktivierbaren Ressourcen:

- innerhalb der Familie: indem die möglichen Risikofaktoren aber auch positive Faktoren, die zu einer Verbesserung des Gesundheitszustands führen könnten, festgestellt werden und vor allem, indem ein Familienmitglied als 'Garantieträger' des Projektes ausgemacht wird
- im integrierten Netzwerk der Dienstleistungen – dies kann die Tagesstätte sein oder der Service des Essens auf Rädern oder der SAD – alle, die die Familie unterstützen und die es ermöglichen, den älteren Menschen in seiner gewohnten Umgebung zu belassen
- im nicht formalen Netzwerk: Nachbarschaft oder Volontariat, welche einige Bedürfnisse befriedigen können, wie z.B. das nach Sozialisation

und entscheiden sich für einen Interventionsplan, der sich auf die Kombination mehrerer Ressourcen stützt.

Wenn der Case Manager, der Hausarzt und die Mitarbeiter der Hausbetreuung Risikosituationen wie burn-out bemerken – der Pflegendeverkrafte die Situation psychologisch nicht mehr und zeigt Bedarf nach Hilfe und Erleichterung – müssen Veränderungen im individuellen Hilfsprogramm vorgenommen, und es muss versucht werden, die Belastung der Hilfeleistung mehr in Richtung auf das integrierte Netzwerk der Dienstleistungen abzuwälzen. Besonders wenn eine drastische Verschlimmerung des Gesundheitszustandes eintritt und/oder medizinische oder RehaMaßnahmen auf Dauer erforderlich werden, muß Erleichterung gewährt werden – eine Einweisung in ein Pflegeheim oder ins Altenheim (wenn angenommen wird, daß es sich um einen vorübergehenden medizinisch-sozialen oder krankpflegerischen Bedarf handelt – Punkt 15 -, die Zeiten der Genesung aber relativ lang andauern werden und die Familie die Pflege nicht übernehmen kann), oder eine Erhöhung der Zeit, die der ältere Mensch in der Tagesstätte verbringt – oder es muß direkte Unterstützung erfolgen: Pflegezuweisung (als finanzielle Unterstützung für die angefallenen Kosten, besonders bei privater Pflege), private Nachtwachen, SAD.

Der Pflegebedarf des älteren Mensch kann sich im Verlauf der Umsetzung des Hilfsprogramms ändern, weil sich der Gesundheitszustand oder die Bedingungen im Umfeld verändern. Im Fall von Frau A.S. ändern sich die Bedürfnisse im Verlauf ihrer Teilnahme am Netzwerk der Dienstleistungen und sind multidimensional: Bedarf einer Hilfe für die Verrichtungen des täglichen Lebens, Bedarf nach Sozialisation, dann Bedarf medizinischer Pflege und RehaMaßnahmen und schließlich Bedarf einer Kontrolle zu Hause.

Sowohl bei dem hier vorgestellten Fall als auch bei dem, mit dem wir uns im nächsten Paragraphen beschäftigen werden, kann die Familie mit einem ganzen System an Leistungen zur Hilfe im täglichen Leben beitragen und auch den Transport des älteren Menschen zu den einzelnen Dienstleistungsstellen vornehmen, aber wichtiger noch ist, daß sie den ganzen Bogen der Zuneigung, Empathie und wichtigen zwischenmenschlichen Beziehungen darstellt, auf den sich der ältere Mensch stützen und verlassen kann. Oft ist es die Familie, die sich um die Durchsetzung des Willens des älteren Menschen kümmert und diesen Willen auch gegenüber dem Case Manager und den Dienstleistungsstellen zum Ausdruck bringt.

Oft wendet man sich an die Nachbarn, um ein soziales Netzwerk um den älteren Menschen herum aufzubauen und somit die Mauer der Einsamkeit

und Isolation zu durchbrechen oder auch, um der Familie zu helfen, z.B. bei der Betreuung tagsüber.

Zur Umsetzung des individuellen Hilfsprogramms werden, zusätzlich zum System von Familie und Nachbarn, all jene berufsmäßigen Ressourcen – im Netzwerk der Dienstleistungen, wie in Absatz 3.1 beschrieben- und des Ehrenamtlichen hinzugezogen, die es erlauben, folgendes miteinander zu vereinbaren: die Notwendigkeit, Verbesserungen im Gesundheitszustand zu erreichen, die vom älteren Menschen geäußerten Bedürfnisse zu befriedigen, das Recht des älteren Menschen, selbst über sein Leben zu entscheiden und die Notwendigkeit, den älteren Menschen und den Pflegenden bei der Planung und Ausarbeitung der Maßnahmen zu beteiligen.

Im Bezirk Montecchio werden die Ressourcen so gewählt, daß sie sowohl auf die Bedürfnisse des älteren Menschen, die dieser ausgedrückt hat und die festgestellt wurden, eingehen, als auch auf die Lebensbedingungen und das Umfeld des älteren Menschen. Ein integriertes Netzwerk von Dienstleistungen – wie das des SAA von Montecchio – kann besser auf die multidimensionalen Bedürfnisse des älteren Menschen eingehen. Familiäre Ressourcen, Nachbarschaft, professionelle Mitarbeiter und Volontäre sind auf die Verbesserung des Gesundheitszustandes ausgerichtet und werden je nach den Zielen, die erreicht werden sollen und nach ökonomischen Gesichtspunkten des individuellen Hilfsprogramms miteinander kombiniert.

Die Rolle des Case Managers, mehrere Interventionen zu koordinieren und sich mit dem älteren Menschen, der Familie und dem Hausarzt zu besprechen, aber auch die Funktionen, die von der UVG und dem operativen Mitarbeiterstamm des SAA übernommen werden, erlauben es, sich mehrerer Ressourcen zu bedienen oder verschiedene Hilfeleistungen zu kombinieren, z.B. Betreuung zu Hause + Pflegezuwendungen + Tagesstätte + SAA . **Die Existenz eines Protokolls zwischen dem Hilfsdienst für ältere Menschen (Servizio Assistenza Anziani, SAA) und den Dienstleistungen im Netzwerk hat eine konkrete Arbeit im Netzwerk ermöglicht und somit dazu beigetragen, ein Paket von Dienstleistungen nach Maß des Patienten zu verwirklichen. Man bewegt sich in Richtung auf dieses Ziel, wenn jeder der Beteiligten im Hilfsprogramm und jede Dienstleistungsstelle das Bewußtsein hat, ein Punkt in einem Netzwerk zu sein, ein Teil dieses Heilungsprozesses der Gesamtgemeinschaft.** Ein Bewußtsein, das der SAA formalisieren wollte und zwar, wie gesagt, durch schriftliche Protokolle.

In den von uns analysierten Beispielen – dem o.g. und dem des folgenden Absatzes – versucht das Case Management, sich den Vorstellungen, die der Klient von seinen Bedürfnissen hat, anzunähern (z.B. nach Hause zu-

rückzukehren); dies natürlich nur, wenn die Umweltbedingungen und der Gesundheitszustand des Patienten dies erlauben. In manchen Fällen wird eine Konsultation mit Patient, Familie und Hausarzt nötig sein und in diesen Fällen versucht der Case Manager, zwischen den Bedürfnissen des älteren Menschen und denen der Familie, die eine Betreuung nicht übernehmen kann, zu vermitteln. Es wird in diesen Fällen versucht, das Recht auf Selbstbestimmung des älteren Menschen zu erhalten, aber gleichzeitig auch eine Lösung zu finden, die auch den Pflegendenschützt und berücksichtigt.

Im Bereich der Hilfsleistungen gibt es außer den öffentlichen medizinischen und sozialen Dienstleistungsstellen auch private und Organisationen für Ehrenamtliche.

Wohnsituation, familiäre Verhältnisse und finanzielle Situation werden bei der Bewertung des älteren Menschen und bei der zu treffenden Auswahl der Eingriffe berücksichtigt. Sie stellen Indikatoren in der Liste der Bedarfserfassung seitens des Case Managers und bei der Bewertung durch die UVG dar. Eine Wohnsituation, die keine architektonischen Barrieren aufweist, eine familiäre Situation, in der es möglich ist, einen Haupt-Pflegenden festzustellen, der sich zum Garanten für das Projekt macht und eine finanzielle Situation, die es ermöglicht, sich u.a. auch der privaten Betreuung zu bedienen – all dies sind die Ressourcen, die bei der Programmation der Maßnahmen Verwendung finden können und die berücksichtigt werden, wenn es darum geht, die Maßnahmen abzuschätzen. Diese Indikatoren tragen zur Bewertung bei und bestimmen die Maßnahmen, da ein jeder Indikator, falls er nicht adäquat sein sollte, ein Hindernis oder einen Risikofaktor darstellen kann, den es von vornherein zu vermeiden gilt. Eine Wohnsituation, die architektonische Barrieren aufweist, repräsentiert einen Risikofaktor und bedarf einer Veränderung; die Situation eines allein lebenden älteren Menschen, der nicht auf ein familiäres Netzwerk zurückgreifen kann, fordert nicht nur die Aktivierung von Dienstleistungen im Wohnbereich (z.B. Pflegewohnheim oder Altenheim, falls Reha-Maßnahmen notwendig werden sollten oder komplizierte, chronische Krankheiten auftreten sollten oder Krankheiten, die sich verschlimmern können oder die eine vorübergehende Betreuung und Pflege zur Entlastung erforderlich machen), sondern auch eine Aktivierung der Nachbarschaft, des Volontariats und der Dienstleistungen, die auf eine verbesserte Lebensqualität des älteren Menschen in seiner gewohnten Umgebung abzielen.

## 2.6 Ein Fallbeispiel

Nachdem wir den Fall von Frau A.S. gesehen haben, betrachten wir nun einen zweiten Fall, der als noch aussagekräftiger im Hinblick darauf gelten kann aufzuzeigen, in welchem Maße das Case Management das Resultat der Synergie mehrerer Dienstleistungen ist, von denen eine jede einen Punkt im integrierten Netzwerk der Dienstleistungen darstellt, und die Rolle des Case Managers als Tutor des älteren Menschen auf seinem Weg durch das Netzwerk und als Koordinator der einzelnen Punkte des Netzwerks, die an dem individuellen Hilfsprogramm beteiligt sind.

Herr X ist 69 Jahre alt und seine Frau ist 70, sie haben eine Tochter, die nicht bei den Eltern lebt und ihrerseits einen Sohn hat, der studiert. Weitere aktivierbare Ressourcen sind private Hilfeleistungen zum Aufstehen, Waschen und sonstiger Hygiene und private Krankengymnastik. Die wirtschaftliche Situation ist ausreichend, während die Wohnsituation (zur Miete) architektonische Barrieren aufweist. Der Zugang zum Netzwerk beginnt, als Herr X. selbst zusammen mit seiner Frau Bedarf anmeldet, da er sich um einen Platz in einem CD bewirbt:

- Phase 1 Bedarfsanmeldung. Aus der im Moment der Bedarfsanmeldung erstellten Anamnese geht hervor, daß Herr X. seit einem Schlaganfall mit Gehirnblutung im Jahr 1995 ADL-abhängig ist, ohne jedoch kognitive Fähigkeiten eingebüßt zu haben. In psychischer Hinsicht erlebt er seine abhängige und hilfsbedürftige Situation als sehr konfliktbeladen und seine Stimmung wechselt zwischen Aggressivität und Trauer.
- Phase 2 Evaluation und Maßnahmeplan. Bei einem Hausbesuch zeigen sich mögliche Risiken eines burn-out seitens des caregivers – der Frau – die nicht mehr länger in der Lage zu sein scheint, die Situation aufzufangen und die Hilfe und Erleichterung benötigt. In diesen Fällen wird es für nötig erachtet, Dinge zu verändern. Diese Veränderungen werden mit dem älteren Menschen, seiner Familie und dem Hausarzt abgesprochen. Man entscheidet sich für eine unterstützende Maßnahme – die Tagesstätte – damit der Alte in seinem gewohnten Lebensumfeld verbleiben kann.
- Phase 1, 2. Teil. Ein neuer Vorfall verändert die Ausgangssituation: die Ehefrau erkrankt und da keine weiteren Ressourcen innerhalb der Familie aktiviert werden können (die Tochter ist damit beschäftigt, die Mutter zu pflegen), → entsteht eine neue Situation der Hilfsbedürftigkeit. → Der neue Bedarf wird seitens der Tochter und des Hausarztes angemeldet.
- Phase 2, 2. Teil. Bedarfserfassung. Das Auftreten eines Risikofaktors wie dem der Erkrankung der Ehefrau setzt die eingespielten und gut aufeinander abgestimmten familiären Gewohnheiten und damit das

Funktionieren des gesamten Systems und des individuellen Hilfeprogramms (Tagesstätte + private Hilfe) außer Kraft und verlangt nach entsprechenden Anpassungen. Generell nämlich stellt "ein jeder Risikofaktor die Familie vor die Notwendigkeit, die Ressourcen zu überprüfen, Aufgaben und Verantwortung neu zu verteilen, Rollen und Funktionen neu zu definieren und das alles wiederum führt zu einer Reorganisation der Modalitäten der Beziehungen innerhalb der Kleinfamilie, innerhalb der erweiterten Familie und Verwandtschaft und im Verhältnis zur Sozialgemeinschaft, innerhalb derer man sich bewegt, damit die Modalitäten der Beziehungen den Anforderungen der neuen Situation, die sich nach dem Auftreten des Risikofaktors ergeben hat, entsprechen." (Fruggeri L., *Famiglie. Dinamiche interpersonali e processi psico-sociali.*, La Nuova Italia Scientifica, Roma, 1997, S.128). Der Risikovorfall bringt auch eine neue Definition des individuellen Hilfeprogramms und eine Neuprogrammierung der Maßnahmen mit sich. Auch hier kommt dem Case Manager eine wichtige Rolle zu: der Bedarf wird erfaßt – hier: die Tochter als Pflegende benötigt ihrerseits Unterstützung – er berät sich mit der Familie und dem Hausarzt und schlägt eine Lösung zur Heilung vor, die mit der Einschätzung, die der Klient selber von seinen Bedürfnissen hat, übereinstimmt (Herr X. ist von der Idee der Krankengymnastik sehr angetan) und die auf die Zustimmung der Familie und des Patienten stößt. Daraufhin beantragt der Case Manager eine Evaluation seitens der UVG.

- Phase 3 Aktivierung der UVG, seitens des Verantwortlichen des SAA.
- Phase 4 Evaluation seitens der UVG, zusammen mit dem Case Manager und dem Hausarzt und Ausarbeitung des Hilfsprogramms für den Klienten (zur Entlastung der Familie ein einmonatiger Aufenthalt in einem Pflegeheim, der verlängert werden kann).
- Phase 5 Autorisierung des Zugangs zu den Dienstleistungen des Netzwerks, seitens des Verantwortlichen des SAA. Der SAA überprüft die Anzahl der freien Plätze bei den Pflegeheimen innerhalb des Netzwerks. In dieser Phase erfüllt der Case Manager eine Vermittlerfunktion zwischen SAA und Familie (der weiterhin die Wahl vorbehalten bleibt) und den entsprechenden Strukturen.
- Phase 6 Aktivierung des individuellen Hilfsprogramms. → Vorbereitung der Übergabe des älteren Menschen an die aufnehmende Struktur, indem dem **RAA** (*referente delle attività assistenziali* = Bezugsperson für die Betreuung des älteren Menschen innerhalb einer bestimmten Dienstleistungsstelle) u.a. auch die psychische Verfassung des Klienten erläutert wird: der Case Manager ist bei der Einweisung des Klienten in die Einrichtung anwesend, er stellt ihm die Räumlichkeiten und das Personal vor, um ihn davor zu bewahren, sich völlig fremd zu fühlen. → Monitoring des Verlaufs des Hilfeprogramms: Eintreten von neuen Si-

situationen, die den Rahmen der Hilfeleistungen verändern: im Fall von Herrn X. eine Neoplasie und das Gefühl des Verlassenseins, ein Gefühl, das dann auftreten kann, wenn der ältere Mensch aus seinem gewohnten Umfeld herausgelöst wird. → Auftreten eines neuen Bedürfnisses: das Bedürfnis, nach Hause zurückzukehren. → Überprüfen der innerhalb der Familie aktivierbaren Ressourcen, die eine Rückkehr nach Hause ermöglichen könnten; hierbei wird sowohl auf den Wunsch des älteren Menschen reagiert als auch die Möglichkeit einer Reorganisation der Beziehungen in der Familie in Betracht gezogen. Die Rückkehr des älteren Familienmitgliedes in das häusliche Umfeld bringt Emotionen, Gefühle und Konflikte ins Spiel, die einen neuen Umgang mit den Beziehungen untereinander erfordert und die Familienmitglieder zu Verhandlungen und Kompromissen nötigt. Der Case Manager ist sich dieser Dynamiken innerhalb des Systems Familie bewußt, sie wägt mögliche Konfliktelemente aber auch Lösungsansätze und Kompromißvorschläge ab und versucht, die Familienmitglieder dazu zu bringen, sich ihrer Gefühle und möglicher Konfliktlösungsansätze bewußt zu werden.

- Phase 2, 3. Teil. Erneute Evaluation des Bedarfs. → Evaluation der Ressourcen, die im Netzwerk der Dienstleistungen aktivierbar sind. → Der Case Manager schlägt eine neue, mit der Familie abgesprochene Hilfsmaßnahme vor (Rückkehr nach Hause, unter der Voraussetzung einer größeren Beteiligung der privaten Hilfe und einer Kurzuweisung [*assegno di cura*], um die Familie bei den höheren Ausgaben für Pflegemittel finanziell zu entlasten). → Beantragung einer Evaluation seitens der UVG.
- Phase 3, 2. Teil und Phase 4, 2. Teil. Aktivierung der UVG, seitens des SAA. → Evaluation durch die UVG. → Veränderungen im Hilfsprogramm, unter Absprache mit dem Case Manager (Genehmigung einer Kurzuweisung + private Hilfe + Tagesstätte).
- Phase 6, 2. Teil. Aktivierung des Hilfsprogramms. → Monitoring des Verlaufs. → Auftreten eines Risikovorfalls: Verschlechterung des Gesundheitszustands des Herrn X., der in ein Krankenhaus eingeliefert wird und kognitive Desorientierung der Ehefrau. → Schwierigkeit der Pflegenden – der Tochter – die Last der Pflege zu tragen, da sie sich nun um beide Elternteile kümmern muß. → Bitte des Pflegenden, den Alten dauerhaft in ein Heim einzuweisen: Pflege- und anschließend Altenheim.
- Phase 1, 3. Teil. Bedarfsanmeldung seitens des Pflegenden.
- Bedarfserfassung und Evaluation im Krankenhaus durch den Case Manager und den betreuenden Arzt. → Suche nach neuen Lösungen (Einweisung in ein Pflegeheim), welche aber gleichzeitig auf der einen Seite von dem Klienten nicht unterstützt werden (Ablehnung der Einweisung und Wunsch, nach Hause zurückzukehren) und auf der anderen Seite



auf die Zustimmung der Familie stoßen. → Antrag auf Evaluation seitens der UVG.

- Phase 3, 3. Teil und Phase 4, 3. Teil. Aktivierung der UVG, seitens des Verantwortlichen des SAA → Evaluation des Antrags seitens der UVG. → Evaluation der aktivierbaren Ressourcen (RSA und Pflegeheim), unter Berücksichtigung der Probleme der Familie aber auch des Willens des älteren Menschen. → Hilfsprogramm: vorübergehende Rückkehr nach Hause, täglicher Besuch der Tagesstätte und nächtliche Betreuung. → Reorganisation des Systems Familie und des Funktionierens dieses Systems (die Ehefrau zieht zur Tochter)
- Phase 6, 3. Teil. Aktivierung des Maßnahmenprogramms. → Monitoring des Verlaufs und Erfassung der neuen Bedürfnisse: der Case Manager beobachtet die Dynamiken der Familie und wägt die Risikofaktoren ab: die Schwierigkeit des Pflegenden, beide Elternteile zu betreuen, den Gesundheitszustand des Mannes, aber auch die Persönlichkeit und den Charakter des Alten, die die Wahrnehmung seiner Situation beeinflussen und ebenso die Beziehungen innerhalb des Systems Familie. Der Case Manager versucht an diesem Punkt eine Lösung zu finden, die den Bedarf des Pflegenden und die Ansprüche des älteren Menschen miteinander verbindet und sucht diese Lösung in der Geschichte des alten Menschen, in der Welt seiner emotionalen Bindungen und seiner persönlichen Sphäre (die Bedeutung, die dem religiösen Empfinden beigegeben wird). So werden die Ressourcen der lokalen Gemeinde mit einbezogen: die lokale Kirchengemeinde, mit der der SAA eine Vereinbarung getroffen hat und mit der er hervorragend zusammenarbeitet. Hierbei wird somit an ein Projekt gedacht, das sowohl die Tagesstätte als auch nicht kommerzielle Strukturen mit einbezieht. Dieser Lösung können sowohl die Familie als auch der Hausarzt und selbst Herr X. zustimmen.

Der seitens des Case Managers kontinuierlich überprüfte und begleitete Umgang mit einem Fall dieser Art, der innerhalb des individuellen Hilfsprogramms mehrere Ressourcen – das Netzwerk, die Familie mit all ihren internen Dynamiken und Konflikten, die Pflege- und Altenheime, das Krankenhaus, die Tagesstätte, die privaten Dienstleistungsstellen und nicht kommerzielle Strukturen – eingebunden hat, die untereinander koordiniert und miteinander verbunden wurden, hat es so ermöglicht, auf der einen Seite den älteren Menschen mit seinen Bedürfnissen zu berücksichtigen, indem man ihm alle Entscheidungen über die Momente und Zeiten der jeweiligen Veränderungen überließ und sein Recht, selbst über sein Leben zu bestimmen, respektierte und auf der anderen Seite den Pflegenden durch die verschiedenen öffentlichen wie privaten Dienstleistungen und mit Hilfe

unterstützender Maßnahmen zu schützen, damit er der Situation gewachsen ist.

Der Case Manager hat die Rolle eines Tutors sowohl für den älteren Menschen als auch für den Pflegenden ausgeübt, hat auf beste Art und Weise ihre Funktionen interpretiert, indem sie die Strukturen des Netzwerks auf die Übernahme des älteren Menschen vorbereitet hat, alle Maßnahmen koordiniert und gezeigt hat, daß sie in der Lage war, die Dynamiken der Beziehungen – Konflikte, unterdrückte Gefühle, Emotionen – und das Funktionieren der Familie – die Verteilung der Rollen und Aufgaben innerhalb der Familie – besonders auch in kritischen Situationen zu lesen und zu verstehen und so der Familie zu helfen, die Konflikte neu zu bewerten und sich in ihrem Innern umzuorganisieren.

In diesem Fall hat das ganze System funktioniert, da es eine Synergie zwischen allen Aktionen der einzelnen und von dem SAA aktivierten Beteiligten gab und jeder einzelne Punkt des Netzwerks war sich bewußt, Teil eines größeren Projektes und des gemeinsam angestrebten Zieles zu sein. Abschließend kann man also sagen, daß es der gemeinschaftlich organisierte Heilungsprozess Herrn X. ermöglicht hat, seine Lebensqualität zu verbessern, trotz der starken Verschlechterung seines Gesundheitszustands (s. Diagramm 6).

## **2.7 Schwächen und Stärken des Case Management im Bezirk Montecchio**

Die Evaluation im Umgang mit den komplexen Fällen des Bezirks Montecchio – durchgeführt auf der Grundlage des Bewertungsrasters, der für das gesamte Projekt ad hoc erstellt wurde und einen Vergleich zwischen den einzelnen, verantwortlichen Stellen erlaubt – hat es ermöglicht, vor allem durch das Heranziehen einzelner Fallbeispiele von Klienten Stärken und Schwächen aufzuzeigen und auch das, was im Case Management funktioniert, ebenso wie die Risikofaktoren, die überprüft oder korrigiert werden müssen, um diese Methodologie und diesen Arbeitsansatz weiterzuentwickeln. Wir weisen erneut darauf hin, daß für die Evaluation ein längerer Zeitraum und eine direkte Beobachtung erforderlich wären und ebenso weitere Interviews, um die Ergebnisse zu vertiefen und besser zu überprüfen. Trotzdem konnte ein erster Abriß über die Qualität des Case Management im Bezirk Montecchio gegeben werden, der hier im einzelnen erläutert werden soll.

### 2.7.1 Stärken:

- Verschiebung der Aufmerksamkeit auf die territorialen Ressourcen und nicht in Richtung auf eine Institutionalisierung und, ganz allgemein, ein Bevorzugen von solchen Lösungen, die ein Verbleiben des älteren Menschen in seinem gewohnten Umfeld ermöglichen und zwar durch unterstützende Hilfemaßnahmen, wie beispielsweise Tagesstätten oder unterstützende Strukturen, wie z.B. eine Kurzuweisung (*assegno di cura*), den SAD, etc. In diesem Sinne erfüllt auch der Case Manager eine nicht unwesentliche Rolle in dieser Logik, z.B. indem er als Bindeglied zwischen Familie und Dienstleistungsstellen fungiert und dies, um eine Optimierung der Qualität der Dienstleistungen und der Ressourcen des Netzwerks zu erreichen;
- ein neues Verständnis des Systems der Dienstleistungen auf kommunaler Ebene, indem eine andere Art und Weise der Programmation und Durchführung vorgeschlagen wird, nämlich als miteinander durch reziproke Beziehungen der Synergie vernetzte Maßnahmen;
- das Bewußtsein einer jeden Dienstleistungsstelle, Teil eines Netzwerkes zu sein, eigenverantwortlich für die gegebenen Antworten und von Mal zu Mal von den Bedürfnissen des älteren Menschen direkt involviert, und dies oft mehrmals im Leben eines Klienten;
- eine einzige Zugangsmöglichkeit zu den Leistungen. Dies bedeutet, daß auch auf einem geografisch stark unterschiedlichen Raum allen Klienten die gleiche Möglichkeit verschafft wird, auf ihre Bedürfnisse einzugehen;
- Vereinfachung der Information und des Zugangs zu den einzelnen Dienstleistungen für alle Bürger;
- Qualitätsentwicklung und –verbesserung der Dienstleistungen des Systems und größerer Erfahrungsreichtum (durch die Gegenüberstellung verschiedener, mit den Dienstleistungen gemachter Erfahrungen) unter dem Gesichtspunkt der Integration von Sozialem und Medizinischem;
- ein System, das es ermöglicht, Erneuerungen und Programmation voranzutreiben (intelligentes Netzwerk);
- konstantes Engagement, um Praxis und Prozeduren flexibel zu erhalten und das fähig ist, auch mit mehrfachen Veränderungen umzugehen (Dienstleistungen, die in der Lage sind, sich den entsprechenden Bedürfnissen anzupassen);
- das System setzt eine professionelle Verantwortung voraus, die ein Einhalten der Zeiten und der Modalitäten des Verlaufs garantiert, der so den Bedürfnissen des Klienten immer mehr und immer besser entspricht (selbstkritisches System);
- die Rolle des Case Managers erlaubt die Koordination der Maßnahmen und das kontinuierliche Monitoring des Verlaufs, und ermöglicht es so,

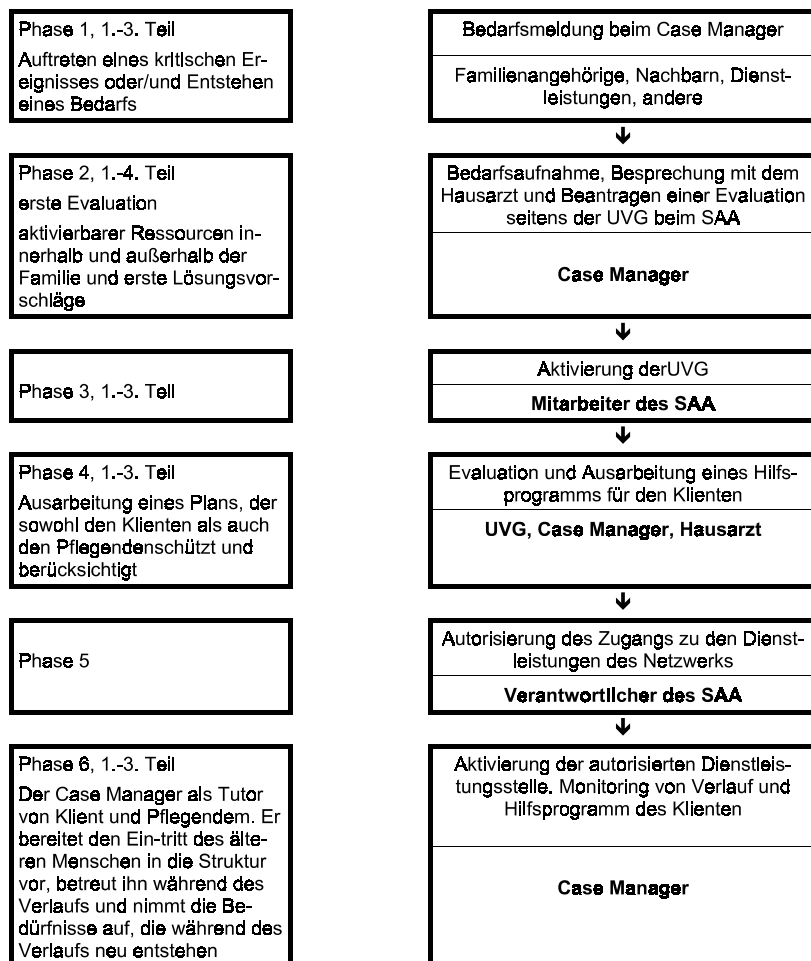
den Plan entsprechend der auftretenden, wiederholten Veränderungen oder dem Auftreten etwaiger Risikoelemente abzuändern;

- die effiziente Kommunikation zwischen den einzelnen Akteuren des Netzwerks, die eine Synergie der Aktionen des SAA erlaubt;
- ein wirtschaftlicheres Nutzen vorhandener Ressourcen und die daraus resultierende Möglichkeit, die Ausgaben im medizinisch-sozialen Bereich auf mittelfristige und längere Sicht zu reduzieren.

#### **2.7.2. Kritische Faktoren und Schwächen:**

- Schwierigkeit der einzelnen Sektoren des Netzwerks, sich als Teil eines solchen zu begreifen und aus der gewohnten Sichtweise der Zugehörigkeit zu einer einzigen staatlichen Stelle herauszutreten;
- verwaltungstechnische Schwierigkeiten, da es sich hier um ein nicht hierarchisch ausgerichtetes System handelt, das sich auf das Bewußtsein der Verantwortlichkeit eines jeden einzelnen stützt;
- Investitionen vor allem in menschliche Ressourcen, die sich – kurzfristig gesehen – erst einmal nicht rentieren;
- Schwierigkeit, einen Verantwortlichen für die Ergebnisse auszumachen
- Schwierigkeit, den Hausarzt in die UVG einzubinden;
- schlechte Einbeziehung des Volontariats und des nicht Kommerziellen, auf die weder in der programmatischen Vereinbarung noch im koordinierenden SAA eingegangen wird;
- fehlende Dienstleistungsstellen innerhalb des Netzwerks für Alzheimer-Kranke und deren Familien.
-

**Diagramm 5: REKONSTRUKTION EINES TYPISCHEN VERLAUFS**



Aufgrund dieser Elemente können folgende Eckpunkte einer Verbesserung festgestellt werden:

1. Entschlackung und Vereinfachung der Prozeduren
2. Transparenz des Verlaufs
3. bessere Effizienz hinsichtlich des Informationsflusses
4. Weiter-/Ausbildung des Personals

5. Kohärenz und Anpassung des Netzwerks an die Ziele des SAA
6. größere Einbindung der Familie in das Hilfsprogramm für den Klienten.

### 3. Das emilianische Modell: Azienda Unità Sanitaria Locale (Lokale Gesundheitsstation) Ravenna. Bezirk Faenza

#### 3.1 Der lokale Kontext

Der Bezirk Faenza ist – zusammen mit den Bezirken Ravenna und Lugo – das räumliche, organisatorische und funktionale Umfeld der Azienda Unità Sanitaria Locale von Ravenna (Region Emilia Romagna).

Insgesamt 6 Gemeinden gehören zu diesem Bezirk (Faenza, wo der Sitz der Bezirksverwaltung ist, Brisighella, Falla Valsenio, Castel Bolognese, Riolo Terme und Solarolo).

Am 31.12.98 zählte der gesamte Bezirk Faenza 81.241 Einwohner, wovon 19.340 (23,80%) 65 Jahre oder älter waren. Zum gleichen Zeitpunkt gab es insgesamt 31.848 Haushalte, mit einem Durchschnitt von 2,55 Mitgliedern pro Haushalt.

	65-74 Jahre	75-84 Jahre	=> 85 Jahre	GESAMT
Frauen	5.387	3.753	1.941	11.081
Männer	4.670	2.693	896	8.259
<b>GESAMT</b>	<b>10.057</b>	<b>6.446</b>	<b>2.837</b>	<b>19.340</b>

Senioren je nach Altersstufe, gemeldet am 31.12.1998 im Bezirk Faenza

- Der Altersindex beträgt 214,89.
- Die Zusammensetzung der Haushalte von/mit älteren Familienmitgliedern erscheint repräsentativ für den gesamten Bezirk, auch wenn sie hier nur für die Stadt Faenza festgestellt wurde.

<b>FRAUEN</b>	<b>65-74</b>	<b>75-84</b>	<b>=&gt; 85</b>	<b>GESAMT</b>	<b>%</b>
ledig	310	239	119	668	9,17
verheiratet	2.017	795	108	2.974	40,85
geschieden	51	17	6	74	1,01
verwitwet	1.082	1.475	1.006	3.563	48,94
	3.514	2.526	1.006	7.279	100,00
<b>MÄNNER</b>	<b>65-74</b>	<b>75-84</b>	<b>=&gt;85</b>	<b>GESAMT</b>	<b>%</b>
ledig	327	190	45	562	10,58
verheiratet	2.410	1.300	306	4.016	75,64
geschieden	35	7	1	43	0,80
verwitwet	199	288	201	688	12,95
	2.971	1.785	553	5.309	100,00

Senioren je nach Altersstufe und Familienstand, gemeldet am 31.12.1998 im Bezirk Faenza

Am 31.12.1998 wurden in der Stadt Faenza insgesamt 20.971 Haushalte gezählt, was einem Durchschnitt von 2,54 Personen pro Haushalt entspricht und sich wie folgt zusammensetzt:

1 Mitglied	2 Mitglieder	3 Mitglieder	4 Mitglieder	5 Mitglieder	mehr als 5 Mitglieder
5.332	6.109	4.878	3.294	919	439

Haushalte in der Gemeinde Faenza am 31.12.1998

Unter den o.g. Haushalten lebt in 8.872 Haushalten (einem Prozentsatz von 42,3%) mindestens ein Senior:

1 Mitglied	2 Mitglieder	3 Mitglieder	4 Mitglieder	5 Mitglieder	mehr als 5 Mitglieder
3.016	3.303	1.217	645	375	262

Haushalte in der Gemeinde Faenza mit Senioren => 65 Jahren am 31.12.1998

Die 3.016 Haushalte der Stadt Faenza mit nur einem älteren Menschen unterteilen sich in: 1170 (38,79%) mit Senioren zwischen 65 und 74 Jahren,

1.217 (42,14%) mit Senioren zwischen 75 und 84 Jahren und 575 (19,06%) mit Senioren, die älter als 84 Jahre sind.

Was die Produktivität betrifft, ergaben die am 31.12.97 erhobenen Werte 8.932 aktive, hauptsächlich kleine bis mittelständige Unternehmen, von denen 2.385 Handwerksbetriebe waren und 356 Betriebe des medizinischen und sozial-/pflegerischen Bereichs, mit folgendem Erscheinungsbild:

Landwirtschaft	Industrie	Handel	Dienstleistungen
42,5%	18,5%	22,6%	16,4%
Erwerbstätige 15-64 Jahre		Arbeitslosenquote	
44,7%		8,1%	

Bei der Organisation der Dienstleistungen erfüllt der Bezirk die Aufgabe, alle medizinisch-sozialen Aktivitäten und anderen Hilfeleistungen auf seinem jeweiligen Territorium zu koordinieren und zu integrieren: medizinische Grundversorgung, Apotheken, ambulante, stationäre und halbstationäre fachärztliche und nicht krankenhausbezogene Leistungen; eine Integration nicht nur der einzelnen Aktivitäten untereinander sondern auch in Zusammenarbeit mit den fachärztlichen Kur- und Pflegestrukturen und dem jeweiligen Sozialarbeiter.

Die medizinische Grundversorgung wird von 74 Allgemeinärzten gewährleistet (ein Schnitt von einem Arzt pro 976 Einwohner im Erwachsenenalter), welche von den Bürgern unter den Bezirksärzten, die von der Azienda Unità Sanitaria Locale von Ravenna anerkannt sind, frei gewählt werden.

Dem Bezirk Faenza untersteht direkt eine Stelle für pflegerische häusliche Betreuung (*Assistenza Sanitaria Domiciliare, ASD*), die einige Allgemeinärzte zur Verfügung stellt (und/oder andere öffentliche, sanitäre Dienstleistungen) und medizinisch-technisches oder krankenpflegerisches Personal zur Durchführung vorher festgelegter therapeutischer Programme und/oder individueller Rehamassnahmen. Sie garantiert außerdem und gleichzeitig ambulante fachärztliche Behandlungen, die auch zu Hause durchgeführt werden. Darüber hinaus gehört zu den Aktivitäten des Bezirks auch eine sozial-pflegerische Grundversorgung, für die die einzelnen Gemeinden zuständig sind, die diese Aufgabe aber an die Azienda Unità Sanitaria Locale von Ravenna abgetreten haben. Im besonderen Fall der Betreuung von älteren Menschen haben die Gemeinden des Bezirks Faenza aber noch nie ihre grundsätzliche Aufgabe und Verantwortung delegiert und führen die sozial-pflegerischen Maßnahmen selbst durch.



Auch in diesem Kontext wurde das Gesetz 5/94 auf unterschiedlichste Weise angewandt (auch wenn man immer im Rahmen des Vorgegebenen blieb), so daß man nicht von einem einheitlichen Modell des Case Management in der Emilia Romagna sprechen kann sondern von einer Reihe lokaler Vorschläge, je nach den Bedürfnissen der älteren Menschen, wie der Fall aus dem Bezirk Faenza beweist, der nicht wenige Abweichungen von dem aus Montecchio aufweist. Wir wollen uns nun zunächst ansehen, wie der SAA im Bezirk Faenza strukturiert ist und verweisen für den Vergleich mit dem Fall aus Montecchio auf einen späteren Zeitpunkt.

An der 1995 verabschiedeten und 1998 überarbeiteten Programmatischen Vereinbarung nehmen die Gemeinden des Bezirks teil, die Azienda Unità Sanitaria Locale Ravenna, die öffentlichen Sozialstellen und Wohlfahrtsverbände (*Istituti di Pubblica Assistenza e Beneficenza, IPAB*), Inhaber und Verwalter verschiedener Dienstleistungsstellen und/oder kommerzieller oder gemeinnütziger Strukturen für Senioren im Bereich des Bezirks Faenza und 1998 wurden Grundlagen für periodische Konsultationen mit dem Volontariat und verschiedenen Gewerkschaften eingeführt.

Ebenfalls 1998 wurden einige Nachbesserungen verabschiedet:

- Ein Komitee für die Programmatische Vereinbarung, das sich zusammensetzt aus dem Bürgermeister der Gemeinde Faenza, dem Bürgermeister einer anderen Gemeinde des Bezirks, dem Bezirksverantwortlichen, dem Vorsitzenden der IPAB Faenza und dem Vorsitzenden eines anderen IPAB des Bezirks. Der Verantwortliche des SAA nimmt mit beratender Stimme teil.
- Ein Koordinierungsteam für die Dienstleistungen (noch nicht eingeführt), das sich zusammensetzt aus:
  - 3 Verantwortlichen der Dienstleistungsstellen (Assistenza Anziani, Assistenza Sanitaria di base, Sociale) des Bezirks Faenza
  - 7 Leitern (1 für die Leitung der Betreuung im Krankenhaus, 3 für die Gemeinden des Bezirks, 3 Koordinatoren der Strukturen des IPAB im Bezirk)
  - 4 Technikern (2 Case Manager, 1 Vertreter der UVGT, 1 Vertreter der Allgemeinärzte)

und mit der Aufgabe, "die technische Ausarbeitung der vom Komitee für die Programmatische Vereinbarung gegebenen Anregungen zu übernehmen und dem SAA für Konsultationen zur Verfügung zu stehen" (s. Diagramm 7).

Im Bezirk Faenza entsteht der SAA als interne, operative Struktur der Azienda Unità Sanitaria Locale Ravenna, die wiederum in den SAA eingebunden ist.

Infolge der Nachbesserungen an der Programmatischen Vereinbarung ist der SAA seit Mai 1998 wie folgt aufgebaut:

- ein operativer **Case Manager** (mit 30 Wochenstunden), der vom Leiter des Bezirks Faenza beauftragt und dem Personal des SAA des Bezirks zugeordnet wird;
- ein **Koordinierungsbüro und Sekretariat** (*Ufficio di coordinamento e di segreteria*) mit zwei Verwaltungsassistenten (mit insgesamt 46 Wochenstunden)
- eine **territoriale, geriatrische Bewertungsinstanz (UVGT)** mit eigenem Sekretariat für die Organisation und mit einem Gesundheitsassistenten (durchschnittlich 16 Wochenstunden).

Dem SAA stehen 7 Bezirkssozialarbeiter zur Seite (von denen 3 in der Gemeinde Faenza), die für Seniorenarbeit zuständig sind und die sowohl je nach der autonomen Organisation der einzelnen Gemeinden des Bezirks eingesetzt werden, als auch die Funktion des einzigen Zugangs zum Netzwerk der integrierten medizinisch-sozialen Dienstleistungen erfüllen und somit der Aktivitäten der UVGT als jeweils zuständiger **Case Manager**.

Entsprechend der Vorgaben im Gesetz 5/1994 sorgt der SAA autonom und effektiv für:

- Programmierung und Terminierung aller ordentlichen und außerordentlichen Arbeiten der UVGT
- die Verwaltung (aufgrund der Evaluationsergebnisse) der einzigen Listen für den Zugang zum Netzwerk der integrierten medizinisch-sozialen Dienstleistungen;
- kontinuierliche Aktualisierung des Status' und der Position des älteren Menschen, für den Sorge getragen wird, durch die Verwendung spezieller Software
- die Koordination speziell zusammengesetzter Arbeitsgruppen (aus Mitgliedern der UVGT und Koordinatoren der stationären Strukturen) für eine periodische Erstellung der Zugänge und Einlieferungen
- die Autorisierung der Zugänge zu den Dienstleistungen des Netzwerks, sowohl der geplanten als auch der dringenden oder nicht vorhersehbaren Fälle
- die Archivierung, Konservierung und Vervielfältigung der Dokumente und Unterlagen und den Umgang mit den vorliegenden Daten
- die direkte Verwaltung der Pflegezuweisungen, die seitens der UVG vorgeschlagen werden die Übernahme aller administrativen und buchhalterischen Aufgaben, die mit den vielfältigen Aktivitäten des SAA verbunden sind (s. Diagramm 8).

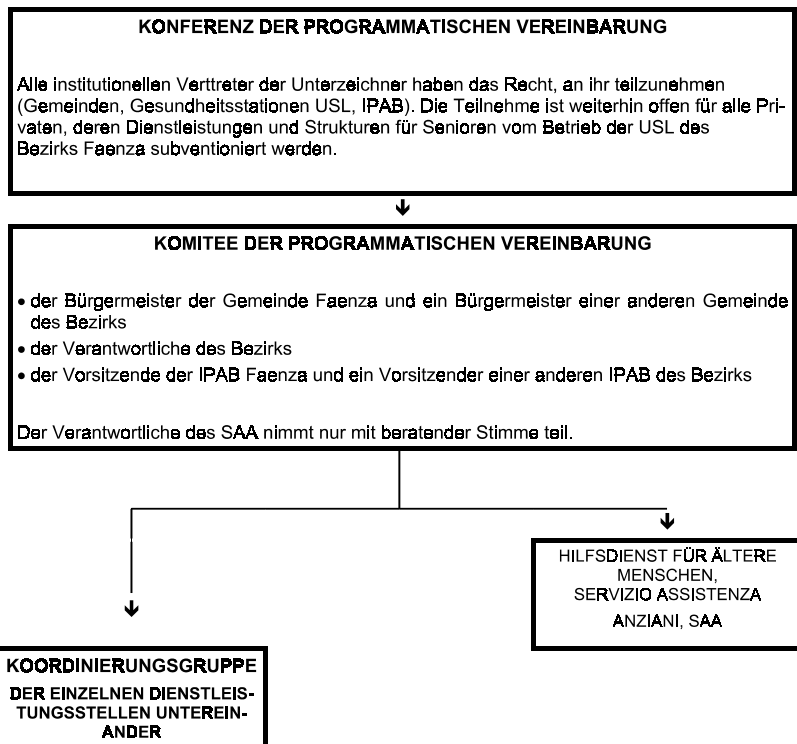
Einige Funktionen des SAA überschneiden sich mit einigen Kompetenzen des Bezirks:

- Kontrolle des Funktionierens des Netzwerks und Qualitätsüberwachung der Leistungen
- Kompetenzen der Autorisierung und der Kontrolle der sozial-pflegerischen Strukturen
- Überwachung des Einhaltens der Vertragsbestimmungen.

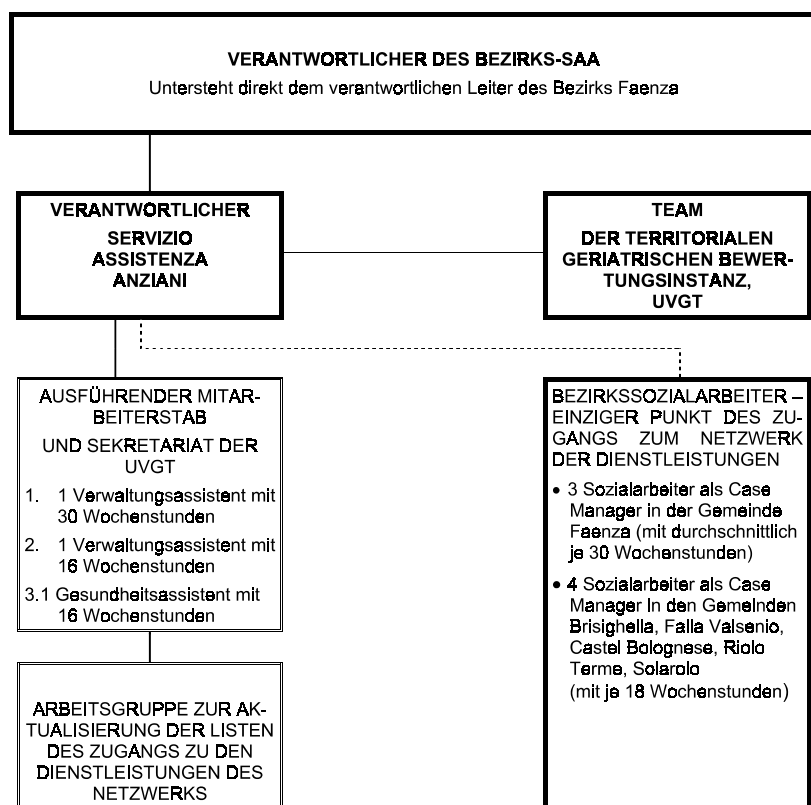
Abschließend erscheint es interessant festzuhalten, daß aufgrund der analysierten Daten in Bezug auf Einlieferungen in Krankenhäuser und stationäre Aufenthalte auch im Bezirk Faenza vom Jahr 1997 zum Jahr 1998 ein deutlicher Anstieg der Entlassungen festzustellen ist (wie bereits für den Bezirk Montecchio Emilia – s. Abschnitt 2.2); und dies als Bestätigung einer Entwicklung der häuslichen Pflege und Betreuung gewertet werden kann.

Entlassungen der über 65-Jährigen insgesamt im Jahr 1997	Entlassungen der über 65-Jährigen insgesamt im Jahr 1998
7.745	8.064

**Diagramm 6: PROGRAMMATISCHE VEREINBARUNG**



**Diagramm 7: Die Organisation des Servizio Assistenza Anziani**



### 3.2 Strukturelle Bedingungen: Qualifizierung der Mitarbeiter, technische Ressourcen, institutionelle Strukturen

Der Case Manager, der Bezirkssozialarbeiter, ist mit dem Case Management betraut, er ist auch, zusammen mit dem behandelnden Arzt und den Dienstleistungsstellen für die Grundversorgung, Bezugspunkt und Schlüsselposition für den Zugang zum Netzwerk der Dienstleistungen. Im Umgang mit den komplexeren Fällen aktiviert der Case Manager, zwecks einer multidimensionalen Evaluation, die UVG, deren Aufgabe es ist, aufgrund einer genauen, fallspezifischen und multidimensionalen Evaluation einen individuell ausgearbeiteten Hilfeplan vorzustellen, der die integrierten medizi-

nisch-sozialen Dienstleistungen im Rahmen der vorhandenen Ressourcen und innerhalb der gesetzten Grenzen nützt.

Die UVG setzt sich zusammen aus:

- einem Gerontologen
- einem Krankenpfleger
- dem Bezirkssozialarbeiter, der mit dem jeweils zuständigen Case Manager deckungsgleich ist.

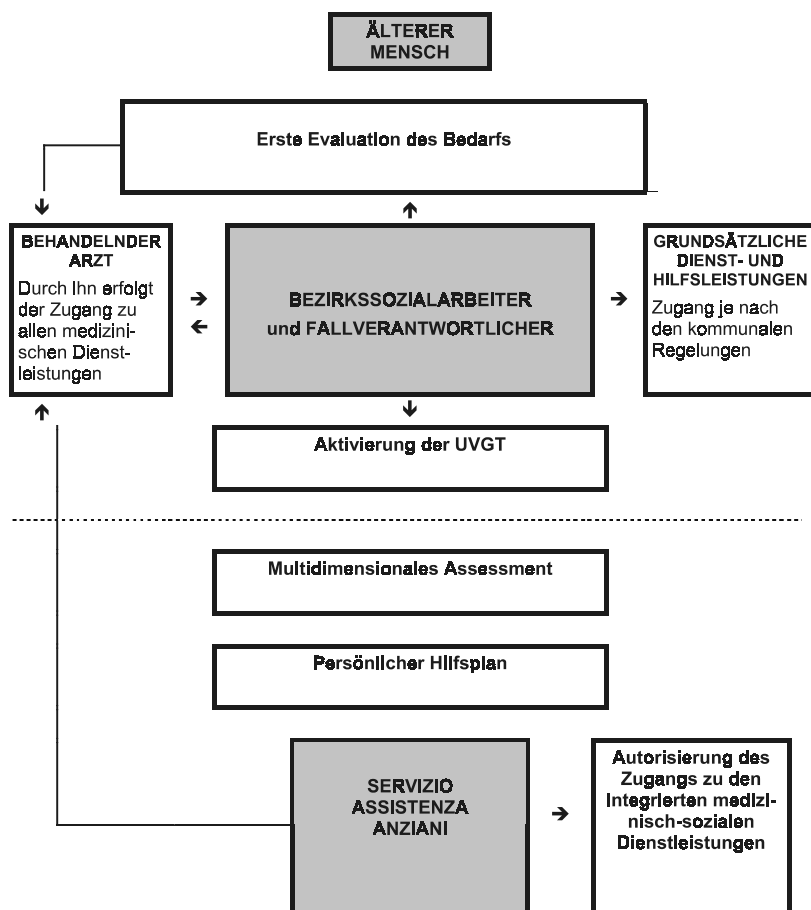
Um die Effizienz der gesamten Aktivitäten (Schnelligkeit der Aktionen, operative Effizienz, technische Homogenität, berufliche Übereinstimmung und gleiche Auffassungen, verwaltungstechnische Effizienz und Wirtschaftlichkeit) zu erhöhen, gehört das Personal der UVG zu einem einzigen, multi-professionellen Pool von Mitarbeitern.

Alle Mitarbeiter des Pools sind dazu verpflichtet, sich innerhalb der entsprechenden Aufgabenbereiche zu vertreten und zu ersetzen, um die folgenden, operativen Standards zu garantieren:

- eine erste, grundsätzliche Intervention innerhalb von 15 Tagen nach Bedarfsanmeldung;
- eine Notfallintervention innerhalb von 48 Stunden nach Bedarfsanmeldung;
- eine doppelte, gleichzeitige UVG für kurzfristige und programmierte Notfälle.

Die Bezirkssozialarbeiter/Case Manager stellen den einzigen Punkt des Zugangs zum Netzwerk der integrierten medizinisch-sozialen Dienstleistungen dar. Die drei Hauptberuflichen der Gemeinde Faenza sind mit durchschnittlich 30 Wochenstunden im Einsatz, die vier verbleibenden mit im Schnitt je 18 Wochenstunden. An den Bezirkssozialarbeiter können sich all diejenigen wenden (Familienangehörige, Verwandte, Nachbarn, die älteren Menschen selbst, öffentliche Mitarbeiter, Gesundheitspersonal, etc.), die Probleme mit älteren Menschen melden wollen und/oder öffentliche Institutionen mit medizinisch-sozialer Ausrichtung um Intervention bitten wollen. Dem Sozialarbeiter obliegt es, eine erste Evaluation des Bedarfs zu treffen, in Kontakt mit dem Hausarzt und den Dienstleistungsstellen der Grundversorgung zu treten und die UVGT zu aktivieren (s. Diagramm 9).

**Diagramm 8: Der alleinige Punkt des Zugangs zum Netzwerk der integrierten medizinisch-sozialen Dienstleistungen**



Bei der Analyse der technischen Ressourcen ist es interessant festzustellen, daß es im Bezirk Faenza seit 1995 ein computerunterstütztes System zur Verwaltung der Aktivitäten der Dienstleistungen in der Altenarbeit gibt (eine Software mit Namen GESAN).

GESAN registriert den Verlauf der Hilfsmaßnahmen einer jeden hilfsbedürftigen, älteren Person, deren Betreuung übernommen wird, und stellt die notwendigen Informationen für eine direkte, operative Organisation zur Verfügung, ebenso wie auch alle Daten und Einzelheiten der durch-

geführten Aktivitäten und Informationen zur Evaluation der erzielten Ergebnisse.

Der SAA sorgt durch eine konstante Aktualisierung der Position des betreuten älteren Menschen für den systematischen Gebrauch der Verwaltungssoftware.

### 3.3 Bewertungsmethoden des Case Management

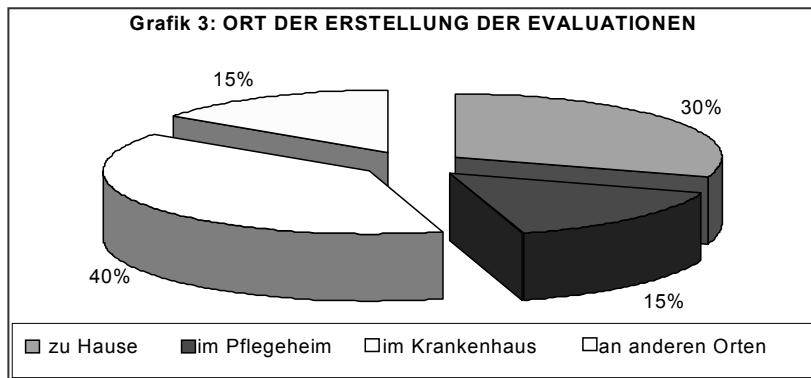
Die UVGT des Bezirks Faenza, die ganz offensichtlich autonom in der Erstellung einer multidimensionalen Evaluation des älteren Menschen und in der Bereitstellung eines entsprechenden, individuellen Hilfsprogramms handelt, wird jedoch koordiniert von der Direktion der Azienda Unità Sanitaria Locale von Ravenna und ist deren Anregungen und/oder Entscheidungen technisch-professioneller und wissenschaftlicher Art untergeordnet und zwar durch bestimmte Strukturen des eigenen Mitarbeiterstabs (Bezirkssektion Altenarbeit, *Sezione Dipartimentale Anziani* und Geriatrische Dienstleistungsstelle, *Servizio Aziendale di Geriatria*). Die Inhalte können sich sowohl auf die Protokolle zur Integration der Aktivitäten und der medizinischen und sonstigen Hilfeleistungen beziehen als auch auf die Kriterien von Vordringlichkeit und Homogenität der Maßnahmen und sogar auf die Mittel und Methoden der multidimensionalen Evaluation aller UVGTs.

Die 1998 von den UVGTs benutzten, methodologischen Instrumente sind:

- die Liste B.I.N.A. (*Breve Indice Non Autosufficienza*, kurzer Abriß zur Hilfsbedürftigkeit), die von der Region Emilia Romagna in obligatorischer Form angenommen wurde;
- die Liste G.E.N.A. (Geriatric Evaluation Non Autonomy), fakultativ;
- GREEN SCALE, fakultativ;
- NEURO PSYCHIATRIC INVENTORY, obligatorisch nur für den Zugang derjenigen Klienten, die unter Altersdemenz leiden;
- medizinische und soziale Krankenkarte/Karteikarte.

Die UVGT, die sich aus einem Gerontologen, einem Krankenpfleger und einem Sozialarbeiter (dem Case Manager) zusammensetzt, nimmt die Evaluation bei dem älteren Menschen zu Hause vor, im Pflegeheim oder im Krankenhaus (s. Grafik 3). Der Hausarzt kann daran teilnehmen.





Aus der Analyse der oben stehenden Grafik und unter Bezug auf die untersuchten Daten des Bezirks Montecchio Emilia ergibt sich hier eine differenziertere Quantifikation der Orte, an denen die Evaluationen vorgenommen werden: Im Bezirk Faenza werden nur 30 % der Evaluationen bei dem älteren Menschen zu Hause vorgenommen und 40 % im Krankenhaus; dem stehen im Bezirk Montecchio 53 % häusliche Evaluationen und 24%, die im Krankenhaus vorgenommen werden, gegenüber. Man könnte also vermuten, daß eine unterschiedliche Festlegung der Dienstleistungen in einem Fall eine Verschiebung der Aktivitäten auf den Bezirk hervorruft und im anderen, nämlich im Fall von Faenza, auf das Interne der medizinischen Strukturen.

Was den Zugang zu den Dienstleistungen betrifft, so erstellt wie bereits erwähnt – der Bezirkssozialarbeiter im Fall, daß der ältere Mensch zu Hause ist, eine erste Evaluation des Bedarfs in multidimensionaler Hinsicht und er kümmert sich (soweit vorhanden, in Absprache mit den Familienangehörigen) darum, den Hilfsplan auszuarbeiten, der in Hinblick auf die Situation des älteren Menschen als der angemessenste erscheint. Von diesem Augenblick an übernimmt der Bezirkssozialarbeiter innerhalb der Organisation des SAA die spezifische und ausschließliche Rolle des Case Managers.

Der Hilfsplan kann sich unterteilen in:

- ein direktes Eingreifen, das vom Case Manager aufgrund der herrschenden Vorschriften seiner Gemeinde autonom organisiert wird;
- den Antrag auf ein Eingreifen der UVGT, falls die Komplexität des Falls ein solches erfordert.

Es muß noch betont werden, daß die UVGT immer aktiviert wird, wenn es sich um Klienten handelt, die pflegebedürftig sind oder/und vorangegangene Krankheitsbilder aufweisen, nach denen sich ihr Zustand noch nicht stabilisiert hat.

Wenn das individuelle Hilfsprogramm einmal ausgearbeitet ist, informiert der Case Manager den älteren Menschen, dessen Familie und den Hausarzt (falls notwendig). In jedem Augenblick kann der Verlauf des Hilfsprogramms aufgrund einer möglichen Veränderung der Verhältnisse erneut aufgerollt und überarbeitet werden.

Im Fall eines Klinikaufenthaltes des älteren Menschen können sowohl medizinische wie auch soziale und pflegerische Probleme auftreten, wenn der Patient nach Hause entlassen oder in eine andere Einrichtung überwiesen wird. Das Klinikpersonal versichert sich, daß die Entlassung keine Probleme hinsichtlich der Kontinuität von Pflege und Heilungsprozess mit sich bringt und sorgt dann dafür, auf dem internen Weg Kontakt mit der Abteilung für Geriatrie aufzunehmen. Letztere wird einen eigenen Gerontologen schicken (normalerweise ein Mitglied der UVGT), um den Fall zu analysieren und in diesem Fall ist es dann der Gerontologe als Arzt, der sich darum kümmert, dem Hausarzt Bericht zu erstatten. (In dieser Phase ist keine obligatorische Einbeziehung des Bezirkssozialarbeiters vorgesehen). Die einzelnen Abteilungen können sich natürlich auch direkt an den Bezirkssozialarbeiter wenden, der sich dann um eine Evaluation des Falls bemüht und, wenn nötig, die UVGT aktiviert. Dies entspricht allerdings nicht der üblichen Vorgehensweise.

Wenn es bei der Entlassung aus dem Krankenhaus für den älteren Menschen um den Abschluß einer akuten Phase geht, kann die Abteilung sowohl die Intervention eines Gerontologen der UVGT beantragen, um den älteren Menschen in ein Pflegeheim einzuweisen, als auch dem Verantwortlichen des Departements Medizin die Überweisung des älteren Menschen in eine auf Langfristigkeit ausgerichtete Einrichtung der ASL nahelegen. Wir weisen darauf hin, daß in der Praxis die beiden oben erwähnten Möglichkeiten keineswegs ein Element der Flexibilität darstellen, sondern eine exzessive und andauernde Unentschiedenheit des Systems.

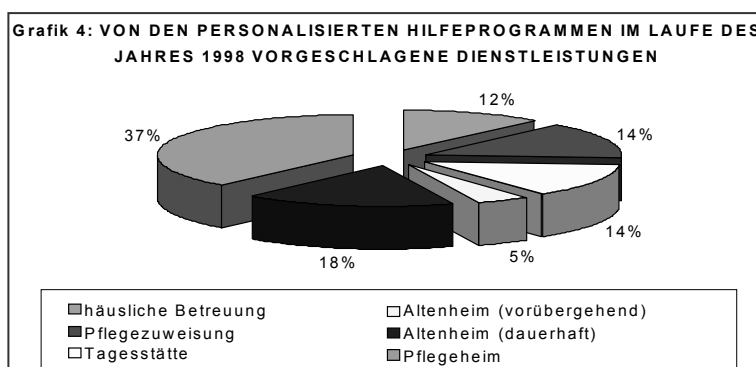
Falls der ältere Mensch in einer festen Einrichtung untergebracht ist, werden die mit der Evaluation des Bedarfs zusammenhängenden Probleme direkt und größtenteils von dem Personal der Einrichtung selbst angegangen; in jedem Fall können Familienmitglieder aber direkt mit dem Case Manager in Kontakt treten.

In den Pflegeheimen hingegen wird, aufgrund des vorübergehenden Charakters des Aufenthalts der Klienten und aufgrund der enormen Last der Pflege, der Verifizierung des Hilfsprogramms und der Kontaktpflege zu den Hausärzten größere Aufmerksamkeit geschenkt.

### 3.4 Das Profil der Aktivitäten und Ergebnisse im Case Management

Bei den Aktivitäten für das Jahr 1998 hat die UVGT innerhalb der personalisierten Hilfsprogramme die Nutzung folgender Dienstleistungen vorgeschlagen:

- häusliche Hilfeleistungen;
- Kurz-/Pflegezuweisungen;
- Tagesstätte;
- Altenheim (für vorübergehende Aufenthalte);
- Pflegeheim.



Die Grafik 4 stellt eine quantitative, prozentuale Leseweise der vorgeschlagenen Dienstleistungen dar. Aus der Analyse der Daten wird – auch in Bezug darauf, was für den Bezirk Montecchio festgehalten wurde – das unterschiedliche, operative Modell für die Zusammenstellung der Maßnahmen ersichtlich. Dies hat auch mit der jeweiligen strukturellen und verwaltungstechnischen Zugehörigkeit der Dienstleistungen zu tun, da das eine Modell zur Gemeindeverwaltung gehört (Montecchio) und das andere zur USL (Faenza).

Es muß darauf hingewiesen werden, daß im Bezirk Faenza bei den Ergebnissen des Case Management seit Anfang 1998 ein Prozess der Verände-

rung und der Umkehrung hinsichtlich des Zugangs zu den Dienstleistungen begonnen hat, mit dem Ziel, auf bestimmte Bedürfnisse auch die entsprechenden Antworten geben zu können.

Der SAA hat sich diesbezüglich organisiert und verfügt über ein System offener, nominativer Listen, die ständig aufgrund der Evaluationen der von den UVGT vorgesehenen Hilfsprogramme für den Zugang zu allen Dienstleistungen aktualisiert werden, mit Ausnahme der Altenheime, wo der Veränderungsprozess zwar begonnen aber noch nicht vollständig abgeschlossen ist.

Der SAA, die Mitglieder der UVGT, die Case Manager und die Verantwortlichen des Pflegeheims verifizieren und aktualisieren die offenen Listen in gewissen Zeitabständen, die je nach Dienstleistungsstelle unterschiedlich sind, und zwar hinsichtlich der Vordringlichkeit, der Notwendigkeit und der Veränderungen der schon laufenden Hilfsprogramme.

Diese Vorgehensweise, die sich zwar noch in der Phase der Erprobung befindet, hat aber dennoch bereits zu einer Verkürzung der Zeitspanne der Wartelisten geführt (2 Monate) und somit zu einer kontinuierlichen Verringerung der Zahl derjenigen Interessenten, die vorzeitig aufgeben und abspringen (im Vorfeld war dies mit etwa 70 % kalkuliert worden).

### **3.5 Ein Fallbeispiel**

Frau M.L. ist 71 Jahre alt, ledig und lebt in einer Eigentumswohnung neben der Wohnung ihres Bruders. Sie leidet unter Diabetis mellito Typ 2, unter starkem Übergewicht und Angstneurosen mit psychotischen Störungen. Ihr Eintritt in das Netzwerk der integrierten medizinisch-sozialen Dienstleistungen erfolgt 1996, auf Hinweis des Bruders von Frau M.L. und dessen Bitte um Hilfe für die Bewältigung der Aufgaben des alltäglichen Lebens.

Der Sozialarbeiter/Case Manager schaltet die UVGT ein. Das für Frau M.L. ausgearbeitete Hilfsprogramm sieht häusliche Betreuung vor (auch, um in Zusammenarbeit mit dem DSM die Einnahme der verordneten Medikamente zu überwachen) sowie ihre Integration in eine Tagesstätte.

Nach einer Woche verweigert die Klientin den Besuch der Tagesstätte und noch im Laufe des gleichen Jahres wird sie wegen eines akuten Vorfalls in eine geriatrische Abteilung eingeliefert. Auf ihre Bitte hin bereitet die UVGT aber ihre Rückkehr nach Hause vor, inklusive der bereits begonnenen krankenpflegerischen häuslichen Betreuung.

1997 aktiviert der Case Manager erneut die UVGT, da Probleme bei der häuslichen Pflege auftauchen. Frau M.L. wird in ein Pflegeheim verlegt. Nach zweimonatigem Aufenthalt im Heim wird, in Zusammenarbeit mit dem DSM, eine Hausbetreuung an 6 Tagen pro Woche organisiert, um ihre Rückkehr nach Hause zu ermöglichen. Außerdem wird das Mittagessen geliefert, um so einerseits den Pflegenden in Pflege und Betreuung zu entlasten und andererseits, um eine regelmäßige Verpflegung des Klienten sicherzustellen.

Positiv hervorzuheben ist hier die Aufmerksamkeit, die bei der Zusammenstellung der Maßnahmen nicht nur den Bedürfnissen des Klienten selber entgegengebracht wird, sondern auch denen der mit der Pflege betreuten Familienangehörigen, im Bemühen, ein Klima der Zusammenarbeit zwischen familiären Ressourcen und den Ressourcen der Dienstleistungen herzustellen.

In den auf die Rückkehr nach Hause folgenden Monaten kommt es zu Episoden stationärer Behandlung aufgrund von Verhaltensstörungen. Außerdem wird ein Abnehmen der motorischen Fähigkeiten festgestellt, mit dem Risiko der Bettlägrigkeit.

Bei einem letzten, stationären Aufenthalt im August 1998 wird erneut die UVGT eingeschaltet, die sich wieder für eine Einweisung in ein Pflegeheim entscheidet, um die verbleibenden Fähigkeiten der Klientin zu testen, ein selbständiges Leben zu führen. Frau M.L. will aber unbedingt nach Hause zurückkehren und die UVGT erarbeitet einen letzten Versuch, dies zu ermöglichen.

Zusätzlich zu der Versorgung mit Mittagessen wird eine häusliche Betreuung mit 3 verschiedenen Dienstleistungen pro Tag organisiert. Außerdem werden die Räumlichkeiten und die Möblierung der Wohnung umgeändert, um einen leichteren Zu- und Umgang für Frau M.L. zu ermöglichen.

Nachdem Frau M.L. verschiedene Male hingefallen ist, wird sie zehn Tage später auf Vorschlag der UVGT in ein Pflegeheim eingewiesen, das ältere Menschen vorübergehend aufnimmt, bis sie in einer anderen Einrichtung einen endgültigen Platz gefunden haben.

Dank der neuen Möglichkeiten mit den offenen Listen, um die es in den vorangegangenen Abschnitten ging, kann der SAA schon nach kurzer Zeit den ersten frei gewordenen Platz für Frau M.L. reservieren und dies noch dazu in der selben Einrichtung, in der sich die Klientin bereits befindet und ihr damit einen erneuten Umzug ersparen.

In diesem Kontext und vor allem in Hinsicht auf zukünftige Maßnahmen muß betont werden, daß den Bedürfnissen des Klienten weitestmöglich entsprochen wurde und daß viele materielle und professionelle Ressourcen eingesetzt wurden, um eine Hilfe zu ermöglichen, die sich an den realen Bedürfnissen des älteren Menschen orientiert und die dessen Lebensbereich achtet und schützt, auch in Bezug auf eine größere Autonomie und Unabhängigkeit.

Abschließend muß noch die Vielfältigkeit der bei der Programmation und dem vorliegenden Case Management eingesetzten Dienstleistungen und professionellen Ressourcen betont und unterstrichen werden, wieviel Gewicht hier auf eine effektive Integration und auf den sozialen, nicht nur den medizinischen Aspekt der Maßnahmen gelegt wurde und darauf, wie sehr die Zeiten für eine Umsetzung der programmierten Maßnahmen verkürzt und damit effizienter gemacht werden konnten.

### **3.6 Schwächen und Stärken des Case Management im Bezirk Faenza**

#### **3.6.1. Stärken:**

- Das Vorhandensein eines computerisierten Systems, ein Archiv der Patienten.
- Die gute Zusammenarbeit mit den Haus- und Allgemeinärzten.
- Die Reduktion/das Verschwinden der Wartelisten für den Zugang zu den Dienstleistungen.

#### **3.6.2. Schwächen:**

- Das weitere Bestehen von Wartelisten für den Zugang zu Plätzen im Altenheim.
- Ein auf den medizinischen Aspekt konzentriertes System, bei dem weniger auf andere Ressourcen des Netzwerks, wie z.B. die Ehrenamtlichkeit, geachtet wird.
- Die Bürozeiten für eine Bedarfsaufnahme und -anmeldung sind nicht ausreichend.

## **4. Azienda Sanitaria Locale Roma C – Department zum Schutz der Gesundheit älterer Menschen**

### **4.1 Regionaler Kontext**

In der Region Lazio gibt es aktuell noch keine spezifische Gesetzgebung oder Regelung für einen Umgang mit dem Case Management. Wir befinden uns also in einem Kontext, der bar jeder legislativer Orientierung ist, welche eine Programmation der Maßnahmen hinsichtlich einer Integration von Sozialem und Medizinischem beim Umgang mit komplexen Fällen begünstigen könnte.

Im 12. Bezirk der Stadtverwaltung Rom wurde – auf Initiative der geriatrischen Abteilung des Krankenhauses S. Eugenio und des Sozialdienstes des 12. Bezirks – im Juni 1998 ein zunächst auf ein Jahr befristetes Experiment des Case Management in der integrierten häuslichen Betreuung begonnen. Dabei lag dem Experiment eine umfassende Beteiligung von 21 Allgemeinärzten des Bezirks zugrunde.

### **4.2 Lokaler Kontext**

Das Territorium der Stadtverwaltung Rom ist in 20 Bezirke unterteilt, die jeweils mehrere Stadtviertel abdecken. Der 12. Bezirk, also derjenige, in dem das Experiment durchgeführt wurde, umfaßte am 31. Dezember 1993 eine geografische Ausdehnung von 183,17 km<sup>2</sup> mit 145.169 Einwohnern, was einem Prozentsatz von 6 % der Einwohner Roms entspricht. Insgesamt gibt es 23.438 Personen, die über 60 Jahre alt sind, also 16 % der Gesamtbevölkerung.

Das soziale Umfeld des 12. Bezirks weist große Unterschiede in der Zusammensetzung der Stadtviertel auf und reicht von reichen und gut bürgerlichen, mittelständigen Ansiedlungen bis zu sehr heruntergekommenen Vierteln.

Der Sozialdienst des betreffenden Bezirks bietet in der Altenarbeit (momentan werden dabei unter Senioren Frauen ab 57 Jahren und Männer ab 62 verstanden) folgende Aktivitäten und Einrichtungen an:

- *7 Seniorentreffpunkte*, deren finanzielle Grundlagen vom Amt des Sozialdienstes abgedeckt werden, dem auch die Verwaltung der Treffpunkte obliegt.

- *Einkommensabhängige, finanzielle Hilfen*; dies sind dauerhafte, finanzielle Unterstützungen, die nur dann bewilligt werden, wenn permanente oder außergewöhnliche Belastungen vorliegen und die einkommensabhängig sind; d.h., es gibt Obergrenzen, die eine Inanspruchnahme dieser Mittel ausschließen. Außerdem hängt die Höhe der Zuwendungen von den Mitteln ab, die pro Jahr zur Verfügung gestellt werden und die sich ständig ändern.
- *Sommeraktivitäten*; von Juni bis September durchgeführte Freizeitaktivitäten, die sowohl organisierte Landaufenthalte wie auch Freizeitangebote in der Stadt beinhalten und "Punti Blu" (Blaue Punkte) und "Punti Verdi" (Grüne Punkte) genannt werden.
- *Häusliche Hilfe*, diese steht **teilweise hilfsbedürftigen Senioren** gratis zur Verfügung. Hierbei muß die Hilfsbedürftigkeit aber durch eine entsprechende, dem Sozialdienst des Bezirks vorgelegte, Dokumentation nachgewiesen werden, in der nicht nur die Hilfsbedürftigkeit festgestellt wird sondern auch einige Angaben zu Alter und Einkommen gemacht werden müssen. Die häusliche Hilfe wird durch eine soziale Kooperative geleistet, die von der Stadtverwaltung Rom anerkannt ist und von ihr mit subventioniert wird. Diese Dienstleistung mit Namen SAISA (*Servizio per l'autonomia e l'integrazione sociale della persona anziana*, Dienstleistung für Autonomie und soziale Integration älterer Menschen), wird im folgenden noch detaillierter beschrieben. Diese Form der häuslichen Hilfe kann von ständig pflegebedürftigen älteren Menschen aber nur teilweise und auch nur in Abstimmung mit dem CAD der USL in Anspruch genommen werden, so daß diese nur 15 % aller zu Hause Betreuten ausmachen.

Die folgende Tabelle zeigt die Zahl der Klienten an, die im Jahr 1995 Dienstleistungen des Sozialdienstes des 12. Bezirks in Anspruch genommen haben.

Art der Dienstleistungen	Zahl der Nutzer
FINANZIELLE DIENSTLEISTUNGEN	543
DIENSTLEISTUNGEN EINER HAUSBETREUUNG	130
<b>SOMMERAKTIVITÄTEN</b>	<b>315 Aufenthalte</b> <b>100 "Punti Blu und Verdi"</b>
SENIORENTREFFPUNKTE	3.800 Mitglieder



Um ein korrektes Verständnis des lokalen Kontextes hinsichtlich der Organisation einer Dienstleistung einer Hausbetreuung zu ermöglichen, verweisen wir hier im folgenden auf die grundsätzlichen Charakteristika des SAISA.

Ziel des **SAISA** ist, es den Klienten zu ermöglichen, würdevoll in ihrer eigenen Wohnung zu leben und Krankenhausaufenthalte oder unangebrachte Einweisungen in anderen Strukturen so weit wie möglich auszuschließen. Diese Dienstleistung wird von privaten Trägern der Sozialarbeit, die von der Stadtverwaltung anerkannt sind und subventioniert werden, durchgeführt.

Der SAISA bietet die verschiedensten Dienstleistungen an, allerdings keine einzige rein medizinische. Der Sozialarbeiter des Bezirkssozialdienstes legt fest, welche der hier im folgenden aufgeführten Maßnahmen in jedem einzelnen Fall ergriffen werden:

- Pflege der Person
- Hygiene der Person
- Hygiene des gesamten Umfelds
- Einkäufe und Besorgungen
- Zubereitung der Mahlzeiten
- Sozialdienste
- Beziehungen zum Hausarzt
- Beziehungen mit der örtlichen Gesundheitsstation USL
- Begleitung (bei Besorgungen etc.)
- Betreuung im Krankenhaus, Kontakte mit den Familienangehörigen
- Überwachung der Einnahme verschriebener Medikamente
- Begleitung zu den Seniorentreffpunkten
- Teilnahme an Gruppenaktivitäten
- 

Anspruch auf Leistungen des SAISA haben Frauen ab 59 und Männer ab 64 Jahren, die im 12. Bezirk wohnen, teilweise hilfsbedürftig sind und über ein Monatseinkommen von max. LIT 1.400.000 für Alleinstehende und max. LIT 1.600.000 für Verheiratete oder in einer Familie Lebende verfügen und die keinen Anspruch auf Pflegeleistungen haben oder die ein Monatseinkommen von max. LIT 1.700.000 für Alleinstehende und max. LIT 1.900.000 für Verheiratete oder in einer Familie Lebende mit Anspruch auf Pflegeleistungen haben.

An den Leistungen der häuslichen Betreuung beteiligte Professionen sind der Haushaltsassistent, der Sozialarbeiter und der Psychologe. Die Aktivierung der Leistungen beginnt mit dem Antrag des Klienten beim Bezirkssozialdienst. Der Antrag kann vom Betroffenen selbst gestellt werden, von Fa-

milienangehörigen, Verwandten, Nachbarn, behandelndem Arzt, Vereinen der Ehrenamtlichen, öffentlichen oder privaten Strukturen.

Es gibt bei dieser Dienstleistungsstelle nur einen einzigen Sachbearbeiter, der Anträge aufnimmt und die Zeiten des Publikumsverkehrs für die Bedarfsmeldung eines Falls und/oder einer Antragstellung für häusliche Betreuung seitens des SAISA sind äußerst begrenzt.

Nach dieser ersten Phase macht der Sozialarbeiter des Dienstes einen Hausbesuch bei dem älteren Menschen, um die konkreten Bedürfnisse abschätzen zu können und erarbeitet daraufhin einen Bericht, der zeitlichen Aufwand und vorgesehene Leistungen des personalisierten Programms enthält. Dann legt er den Fall dem Team vor, die ein abschließendes Gutachten erstellt.

Zuletzt muß noch festgehalten werden, daß es bei dieser Dienstleistung nicht möglich ist, die Wartezeit bis zum Beginn der Hilfeleistungen zu bestimmen.

Wie bereits gesagt, ist seitens der Stadtverwaltung Rom für stark hilfs- und pflegebedürftige, ältere Menschen als Dienstleistungsservice für häusliche Betreuung die lokale Gesundheitsstation ASL durch ihre CAD zuständig und also nicht die Stadtverwaltung Rom selbst, wie im oben beschriebenen Fall. Der Antrag auf häusliche Betreuung wird hier auf Vorschlag des Hausarztes oder nach Hinweisen der medizinisch-sozialen Dienstleistungsstellen vorangetrieben.

Die ASL interveniert indem sie ein Hilfsprogramm erarbeitet, das auf Absprachen mit dem Hausarzt, den Spezialisten, anderen Mitarbeitern des Sozialen oder Medizinischen und den Familien basiert.

Im 12. Bezirk gibt es 1 Zentrum für häusliche Betreuung CAD der ASL Roma C.

Außerdem befindet sich auf dem Territorium des 12. Bezirks die Geriatrische Tagesabteilung (*Reparto Diurno Geriatrico*) des S. Eugenio-Krankenhauses.

<b>STRUKTUR UND FUNKTIONEN DES DEPARTEMENTS FÜR ALTENARBEIT UND GESUNDHEITSVORSORGE</b>	
<u>Krankenhauseinheit</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Geriatrische Tagesklinik (Diagnose, Therapie, Rehabilitation)</li> <li>- Zentrum für Alzheimerpatienten</li> <li>- Beratung in anderen Abteilungen</li> <li>- Rehabilitative Interventionen bei Patienten, die voraussichtlich entlassen werden</li> <li>- Mehrdimensionale Bewertungen für die Gewährung von Pflegeleistungen</li> <li>- Supervisionsgruppen für Pflegepersonen</li> <li>- Ausbildung des Personals</li> </ul>
<u>Territoriale Einheit</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- häusliche medizinische Versorgung</li> <li>- integrierte häusliche Hilfe (VAOR-IHC)</li> <li>- Tageseinrichtungen für Senioren</li> <li>- IFC Design</li> <li>- Ausbildung des Personals</li> </ul>

Im Rahmen dieses bis hierher beschriebenen lokalen Kontextes wurde das Pilotprojekt des Case Management für integrierte häusliche Hilfe entwickelt. Die Ziele dieses Experimentes sind, den älteren Menschen durch die Integration der medizinisch-sozialen Dienstleistungen eine bessere Qualität der Hilfe zu ermöglichen, ein Verbleiben in den eigenen vier Wänden zu unterstützen, die Zahl der Einweisungen in Krankenhäuser und andere Strukturen zu verringern und die Kosten zu senken.

Das Case Management vernetzt folgende Dienstleistungsstellen miteinander:

- das Departement für Altenarbeit und Gesundheitsvorsorge (*Dipartimento Tutela della Salute dell'Anziano*) der Geriatrischen Tagesabteilung des S. Eugenio-Krankenhauses innerhalb der ASL Roma C
- das CAD (Zentrum für häusliche Betreuung) der ASL Roma C
- den Sozialdienst des 12. Bezirks
- 21 Allgemeinärzte
- die Kooperative für medizinische Hilfeleistung Nuova CIR (*cooperativa infermieri riuniti*, vereinigte Krankenpfleger), subventioniert von der ASL Roma C

- die Kooperative für soziale, häusliche Hilfeleistung Il Conforto, subventioniert vom 12. Bezirk.

An dem Pilotprojekt waren insgesamt 200 Senioren im Alter von über 65 Jahren beteiligt, von denen 85 % teilweise autonom waren und 15 % hilfs- oder pflegebedürftig und die nach dem Zufallsprinzip aus der Liste der vom CAD der ASL Roma C betreuten Patienten oder vom Sozialdienst des 12. Bezirks, auf Hinweis des Allgemeinarztes ausgewählt worden waren.

#### **4.3 Strukturelle Bedingungen: Qualifizierung der Mitarbeiter, technische Ressourcen, institutionelle Strukturen**

Im Fall dieses Pilotprojektes wurden zwei Case Manager beauftragt, eine Bezirkssozialarbeiterin und eine Hausassistentin der medizinischen Kooperative CIR (subventioniert von der ASL Roma C), die dazu in einem besonderen Kurs des Lehrstuhls für Geriatrie der Università Cattolica di Roma aus- und weitergebildet wurden, der von dem Departement Tutela della Salute dell'Anziano der Azienda USL Roma C koordiniert wurde.

Jede der beiden Case Manager betreut eine Gruppe von Senioren, wobei die Anzahl der betreuten Fälle genau gleich zu je 50 % aufgeteilt wurde. Außerdem ist es interessant festzuhalten, daß zwei Professionisten aus völlig unterschiedlichen Arbeitsbereichen (eine aus dem Sozialen und die andere aus dem Medizinischen kommend) beauftragt wurden, und dies, um die Integration zu fördern und einige organisatorische und kommunikative Schwierigkeiten der einzelnen Dienstleistungsstellen untereinander zu verringern. Tatsächlich erfolgt die existierende Kommunikation auf der Ebene der beiden Case Manager untereinander, ist aber mangelhaft hinsichtlich einer Logik der Gesamtorganisation der Dienstleistungen, wenn diese in einem System einer Makroorganisation verstanden werden.

Eine Funktion des Case Managers ist es, regelmäßige Treffen der verschiedenen, mit dem jeweiligen Fall beschäftigten professionellen Mitarbeiter zu organisieren, um die individuellen Hilfsprogramme auszuarbeiten. (Für Einzelheiten des Verlaufs eines Case Management in der Ausübung seiner Gesamtfunktionen siehe Diagramm 10).

Jeder der beiden Case Manager benutzt – auch, weil dies seiner Rolle schon innewohnt – das Büro an seinem eigenen Arbeitsplatz (Sozialdienst des 12. Bezirks und Geriatriische Tagesabteilung des S. Eugenio-Krankenhauses innerhalb der ASL Roma C) und kann auch auf die technischen und materiellen Ressourcen zurückgreifen, die die jeweilige Struktur

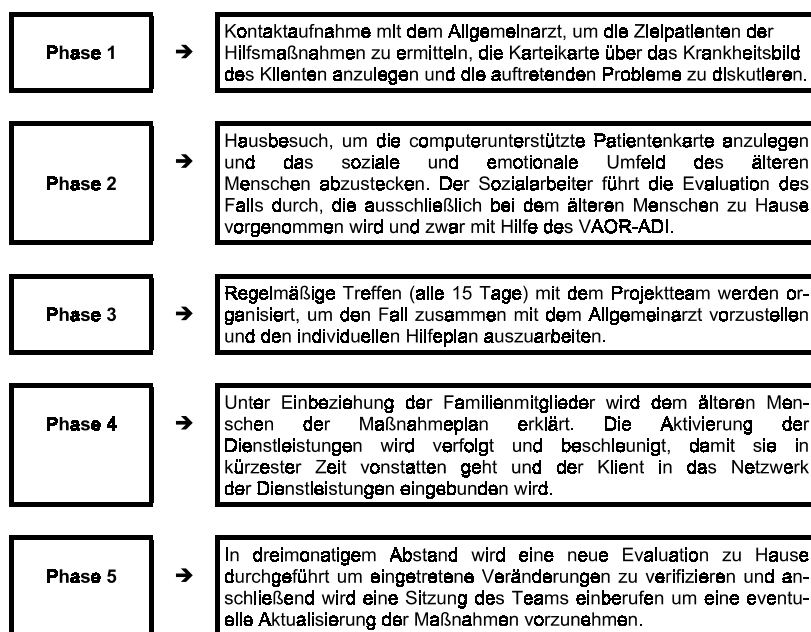
bietet, wie z.B. Laptop mit Modem, Telefonanlage, Anrufbeantworter und allgemeines Büromaterial.

Die Mitarbeiter, die an den Teamsitzungen und einer Verifizierung teilnehmen, sind:

- die beiden Case Manager (eine Sozialarbeiterin des 12. Bezirks und eine Hausassistentin der medizinischen Kooperative CIR)
- der an dem Fall beteiligte Allgemeinarzt
- ein Verantwortlicher des 12. Bezirks
- der Arzt des CAD
- die UVG der Geriatrie des S. Eugenio-Krankenhauses ASL Roma C (die sich aus einem Gerontologen und einer Sozialarbeiterin zusammensetzt)
- ein Verantwortlicher der Sozialkooperative Il Conforto
- ein Verantwortlicher der medizinischen Kooperative CIR.

Oft übernimmt der Direktor des Dipartimento della Tutela della Salute dell'Anziano den Vorsitz der Teamsitzungen.

**Diagramm 9: Verlauf des Case Management / Aufgaben des Case Managers**



#### 4.4 Bewertungsmethoden des Case Management

Im Case Management des Pilotprojektes der integrierten häuslichen Hilfe des Bezirks Roma C wurde ein einziges Instrument für die Evaluation des Falls angewandt, und zwar die computerunterstützte Liste VAOR-ADI, die medizinische, pflegerische und sozio-kulturelle Aspekte umfaßt und in das Netzwerk zwischen Case Management und den an dem betreffenden Pilotprojekt teilnehmenden Allgemeinärzten eingebunden ist.

In der operativen Praxis des Experiments sind die 200 für das Projekt ausgewählten Klienten (auf Hinweis der Allgemeinärzte unter den vom CAD oder vom Sozialdienst des 12. Bezirks) auf absolut zufällige Art und Weise in zwei Gruppen von jeweils 100 Personen unterteilt worden. Die erste Gruppe, die *d'intervento*, also Projektgruppe, genannt wurde, wurde vom integrierten Netzwerk der Dienstleistungen betreut, und zwar durch das interdisziplinäre Team von Hausarzt, Gerontologe, CAD, Sozialarbeiter und Case Manager. Diese Klienten wurden mit Hilfe des VAOR-ADI einer Eva-

luation und einem Feststellen der problematischen Gebiete unterzogen. Auf diese Phase folgten die weiteren, in Diagramm 10 aufgeführten, Phasen.

Die zweite Gruppe, die *di controllo*, also Kontrollgruppe, genannt wurde, wurde auf traditionelle Weise durch die in Abschnitt 4.2 erläuterten Dienstleistungsstellen betreut (sozialpflegerische, häusliche Hilfe von Stadtverwaltung und Bezirk und krankenschwägerische, häusliche Betreuung seitens der ASL), ohne jedwede Art der Integration der Dienstleistungen untereinander.

- In der Kontrollgruppe wurden die Ergebnisse der Maßnahmen mit Hilfe der Liste MDS-ADI erfaßt, die von nicht direkt an dem Pilotprojekt beteiligten Mitarbeitern für eine Erhebung der folgenden Indikatoren angewandt wird:
- Sterblichkeitsrate
- Anzahl der Tage stationärer Krankenhausbehandlung
- Anzahl der Tage eines Aufenthalts in anderen Strukturen
- Arztbesuche
- Medikamentierung
- durchgeführte andere Leistungen und Behandlungen
- Kosten
- psychischer, physischer und geistiger Gesundheitszustand
- Grad der Zufriedenheit des Klienten (Gesundheitszustand und andere sozio-kulturelle Parameter)
- Grad der Zufriedenheit des Pflegenden.

#### **4.5 Das Profil der Aktivitäten und die Ergebnisse des Case Management**

Bei der Analyse des Profils der Aktivitäten und Ergebnisse des Case Management auf dem Gebiet der Roma C muß immer berücksichtigt werden, daß es sich um ein Experiment handelt, das in einem Umfeld stattfand, in dem es keine entsprechende, spezifische Gesetzgebung gibt und in dem die Integration sozialer und medizinischer Dienstleistungen auf nicht gerade wenige Schwierigkeiten stößt.

Im Umgang mit schwierigen Fällen können einige Veränderungen aktiv umgesetzt werden, wie beispielsweise eine Aktivierung medizinischer, häuslicher Betreuung (krankenschwägerischer, medizinischer oder krankengymnastischer Art), oder die Aktivierung eines häuslichen Sozialdienstes (Hausassistent, Psychologe, Sozialarbeiter), der nur für ein bestimmtes Einkommen gewährt wird.

Zu anderen Veränderungen kann nur geraten werden wie beispielsweise technische Veränderungen im häuslichen Bereich um Stürze und Unfälle zu vermeiden und um die Autonomie des älteren Menschen zu unterstützen. *In jedem Fall müssen aber die finanziellen Ressourcen und die Organisation der Dienstleistungen, die auf dem Territorium zur Verfügung stehen, im Blick behalten werden.*

Die das Case Management der komplexen Fälle unterstützenden Strukturen, die auf dem hier untersuchten Gebiet existieren, sind:

- häusliche Dienstleistungen medizinischer Art
- häusliche Dienstleistungen sozialer Art
- geriatrische Tagesabteilung des Krankenhauses
- Rehasentren
- allgemeine Krankenhäuser.

Außerdem müssen auch soziale Seniorentreffpunkte und andere Vereine berücksichtigt werden, die Freizeitaktivitäten organisieren.

Der individuelle Hilfeplan wird vom Case Manager alle drei Monate durch eine neue, wiederum bei dem Klienten zu Hause vorgenommene Evaluation überprüft. Danach findet eine Teamsitzung der Projektgruppe statt, um weiterführende Maßnahmen zu besprechen und zu planen, unter Berücksichtigung der Allgemeinsituation der zur Verfügung stehenden Dienstleistungen.

#### **4.6 Ein Fallbeispiel**

Die Analyse eines konkreten Falls erscheint beispielhaft im Hinblick auf Stärken und Schwächen, die im vorliegenden Projekt festgestellt werden konnten und die im folgenden Abschnitt im einzelnen behandelt werden.

Frau F. ist 81 Jahre alt, seit 4 Jahren verwitwet, lebt allein und hat zwei Kinder (eins lebt in Mailand, das andere in Salerno). Der Fall wird vom Hausarzt gemeldet, da die Klientin Schwierigkeiten beim Gehen hat (sie benutzt ein Gehgerät) und in letzter Zeit Weinkrämpfe und Einsamkeits- und Verlassenheitsängste hat. Der Sozialarbeiter macht einen Hausbesuch, um den Zustand der Klientin zu verifizieren und stellt fest, daß sie den häuslichen Hilfsdienst der Stadtverwaltung nutzt, und zwar viermal pro Woche je zwei Stunden.



Der Case Manager trägt dem Team den Fall vor, damit ein individueller Hilfsplan erstellt wird. Es wird entschieden, die häusliche Betreuung mit Hilfe der Sozialkooperative weiter auszubauen und den beziehungsmäßigen und sozialen Aspekt zwischen Mitarbeiter und Klient zu fördern. Beim CAD wird Krankengymnastik zweimal pro Woche beantragt.

Der Case Manager erläutert Frau F. den Hilfsplan und überprüft gleichzeitig, daß sich die Mitarbeiter der Kooperative um einen besseren Kontakt und bessere Beziehungen mit der Klientin bemühen.

Nach ungefähr einem Monat stellt der Case Manager fest, daß seitens des CAD keine Krankengymnastik erteilt wird, da diese Dienstleistung akuten Fällen vorbehalten bleibt. Hieraus werden die operativen Probleme ersichtlich, die mit einem Mangel an Dienstleistungsangeboten zusammenhängen, aber vor allem auch mit den langen Wartezeiten, um überhaupt Antwort auf gestellte Anträge zu bekommen.

Beim CAD wird nun ein neurologischer Hausbesuch beantragt, um die Krankengymnastik bei einer von der ASL subventionierten Struktur durchführen zu können. Anderthalb Monate nach Antragstellung kann die Klientin dann endlich eine zweimonatige Krankengymnastik beginnen.

Drei Monate nach Behandlungsbeginn nimmt der Case Manager eine erste Analyse der erzielten Ergebnisse vor und erstattet der Projektgruppe Bericht.

Die Klientin weist Fortschritte in ihrer Bewegungsfähigkeit auf und ist besser gelaunt.

Das Team der Evaluationseinheit arbeitet einen neuen Maßnahmeplan aus, der die Einweisung in die Geriatrische Tagesabteilung des S. Eugenio-Krankenhauses vorsieht, um eine generelle Einschätzung des Gesundheitszustandes der Klientin vorzunehmen. Während ihres Aufenthaltes in der Tagesstätte erleidet die Klientin einen Herzanfall und wird auf die kardiologische Abteilung des Krankenhauses verlegt. Der Case Manager betreut die Klientin während ihres Klinikaufenthaltes. Nach wenigen Tagen wird sie entlassen und sowohl die allgemeine häusliche Hilfe als auch die Betreuung durch den Hausarzt werden intensiviert.

## **4.7 Stärken und Schwächen im analysierten Fall**

### **4.7.1. Risikofaktoren und Schwächen:**

- Schwierigkeiten, die Dienstleistungen so, wie sie momentan organisiert sind, in kurzer Zeit zu aktivieren und mangelnde Verfügbarkeit von Ressourcen.
- Unmöglichkeit, bestimmte Arten von Dienstleistungen zu aktivieren, wie beispielsweise psychologische Betreuung und Unterstützung für zu Hause.

### **4.7.2. Stärken des untersuchten Falles**

- Lenkung der Aufmerksamkeit der kommunalen Institutionen, Umweltbehörden und sozialen Berufe auf die Bedeutung eines integrierten Netzwerkes persönlicher Hilfeleistungen, sowie auf die Bedeutung einer vollständigen Optimierung der Ressourcen im sozialen Bereich und im Gesundheitsbereich
- Demonstration der Durchführbarkeit und des Wertes eines neu gestalteten und wirksamen Bewertungsinstruments, wie das im untersuchten Pilotprojekt analysierte Instrument
- Festsetzung und Betonung der Bedeutung der CM als Mittler zwischen den Leistungsanbietern und den Familien, und als Betreuer für unselbständige ältere Patienten im Verlauf ihres Pflegeprogramms
- Motivierung sozialer Berufe und die Vermittlung des Bewusstseins, dass die Kultur der häuslichen Pflege unterstützt werden sollte

## **5. Schlussfolgerungen**

Obwohl wir nicht in der Lage waren, eine vollständige und umfassende Bewertung der drei untersuchten Case-Management-Systeme vorzunehmen, haben wir einige interessante Aspekte hervorgehoben.

In erster Linie haben wir festgestellt, dass die Interventionen der Case Manager wirksam und durchführbar sind, wo sie durch ein Netzwerk und eine Organisationskultur unterstützt werden, d.h. wenn alle der folgenden Variablen vorkommen:

- a) ein Netzwerk an Leistungen, und damit die richtige Antwort auf jedes der unterschiedlichen Bedürfnisse, die ein älterer Anwender haben könnte;

- b) eine Organisationskultur, die auf dem Prinzip der Integration zwischen den Angeboten des sozialen Bereichs und des Gesundheitswesens basiert (und damit die Überwindung der Trennung zwischen individuellen Organisationen in dem einen oder anderen Bereich), sowie auf der Kultur der häuslichen Pflege und auf dem gerontologischen Ansatz;
- c) berufsübergreifendes Teamwork;
- d) ein gesetzlicher Rahmen, der durch die Organisationskultur entstanden ist und eine neue Sicht der Leistungen zum Ausdruck bringt.

Wenn alle diese Variablen zusammenspielen, dann hat der Case Manager eine einzigartige entscheidende Rolle als Mittler zwischen den älteren Menschen als Nutzer und ihren Familien einerseits und den Leistungsanbietern andererseits.

In solch einer Umgebung hat der Case Manager auch eine präventive und überwachende Funktion der Pflege, und interveniert, wenn ein kritisches Ereignis Auswirkungen auf den Gesundheitszustand des älteren Patienten hat oder auf die Beziehungsstrukturen, an die er gewöhnt ist. Auf Initiative des Case Managers kann der Fall jederzeit wieder aufgenommen und das Hilfeprogramm neu untersucht werden.

In der kommunalen Gesundheitsverwaltung von Rom „RMC“, wo der Case Manager nicht vollständig tätig ist, und wo es weder eine Organisationskultur noch einen entsprechenden gesetzlichen Rahmen gibt, kann der Test nicht wiederholt werden. Dies ist sicherlich ein Weg, um das Potential des Care Managers zu beurteilen, es führt jedoch nicht zu bedeutenden Verbesserungen in bezug auf die Gesundheit. Tatsächlich ist der Care Manager einer der Faktoren, die dazu beitragen, die erwarteten Resultate zu erreichen, er würde jedoch beim Fehlen einer Netzwerkstruktur fast nichts nützen.

Leistungseinrichtungen müssen sich synergetisch ergänzen, und formelle sowie informelle Netzwerke müssen zusammenarbeiten, wenn der Case Manager ein Erfolgsfaktor werden soll.

Ansonsten sind die Ressourcen gering, die Leistungen sind weder vernetzt noch organisiert, der soziale Bereich und der Gesundheitsbereich sind nicht integriert wie im Fall der Kommunalen Gesundheitsverwaltung RMC, und der Test verliert an Bedeutung.

Wir möchten jedoch unterstreichen, dass das Testverfahren an sich in der Tat ein Faktor der Veränderung in der Leistungsorganisation ist und eine „politische“ Bedeutung hat, da er Druck ausübt auf die Entscheidungsträger

in bezug auf die Umsetzung von sozialen und gesundheitspolitischen Maßnahmen und die Planung von Leistungen zugunsten einer Integration des sozialen Bereiches und des Gesundheitsbereiches. Das Testverfahren hat einen Veränderungsprozess eingeleitet, der nur schwer aufzuhalten ist, und auf den eine substantiellere Veränderung des Leistungsnetzwerkes, der Organisationskultur und der Vorschriften folgen muss. Die Argumentation, einer bestimmten Organisation eher „anzugehören“ als einer anderen, die Trennung zwischen der sozialen und der Gesundheitsversorgung muss vergessen werden.

Eine Stärke der Kommunalen Gesundheitsverwaltung C in Rom ist das Methodologieinstrument, das bereits getestet wurde und daher auf internationaler Ebene validiert ist. Es ist einfach in der Anwendung und unterstützt die Sozialarbeiter in ihrer Arbeit. In Montecchio und Faenza, wo hinter den Case Managern eine Organisation und ein Leistungsnetzwerk steht, ist das Methodologieinstrument sehr viel komplexer.

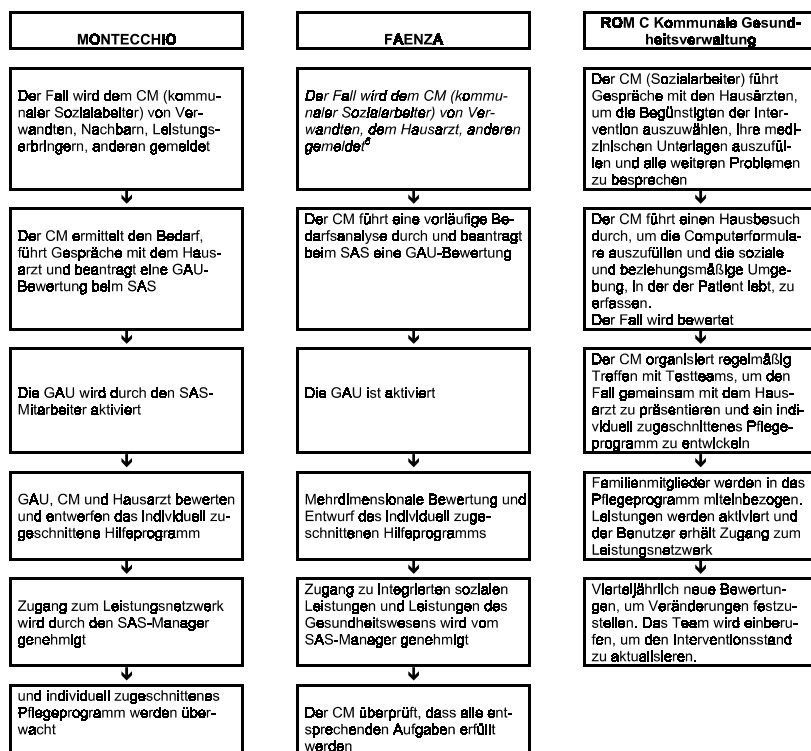
Wir haben festgestellt, dass die Bezirke Faenza und Montecchio das Netzwerk nicht in derselben Art und Weise benutzen. Wie wir gesehen haben, ist man in Montecchio sozialer ausgerichtet und tendiert dazu, alle verfügbaren Ressourcen der kommunalen Gemeinschaft zu nutzen. Nicht nur formelle Ressourcen, sondern auch informelle wie freiwillige Helfer, Nachbarn, Personen, die auf Bedürfnisse nach Gesellschaft reagieren könnten, um die Mauer der sozialen Isolation zu durchbrechen, die unselbständige ältere Menschen oft umgibt. Im Gegensatz dazu legt man in Faenza den Schwerpunkt eher auf Anforderungen in der Gesundheitsversorgung, mit einer höheren Bewertung der medizinischen Ressourcen.

In den drei analysierten Situationen (wie im zusammenfassenden Schaubild dargestellt) begleiten die Case Manager ihre Patienten während des gesamten Hilfeprogramms, vom Zugang zum Leistungsnetzwerk bis zu ihrer Entlassung und Heimkehr.

Die Rolle des Case Managers ist bedeutend, weil: (i) er/ sie als Betreuer des älteren Patienten agiert, sie auf den Zugang zu den Leistungen vorbereitet, sie begleitet und neu entstehende Bedürfnisse während des Hilfeprogramms entdeckt; (ii) sie sind Vertreter einer Kultur, für die die häusliche Pflege Priorität hat, die die Familiendynamik in einer Umgebung von häuslicher Pflege studiert, und jeden potentiellen Faktor eines Burnout-Risikos für die Pflegepersonen aufzeichnen, d.h. Familienmitglieder, die die Aufgaben der Hilfe- und Pflegeleistungen übernehmen.

Wir können sagen, dass Case Manager der Ausdruck einer neuen Kultur von Leistungen sind, die sich näher an den Anforderungen der Benutzer/ Klienten und auch deren Familien bewegen; durch die Case Manager wird die Anstrengung unternommen, die Familie in die Planung der Leistungen und in die Hilfesprogramme mit aufzunehmen, den Usus der Hospitalisierung zu überwinden und dem Usus der häuslichen Pflege den Vorrang zu geben.

**Diagramm 10: Zusammenfassung der Stadien des Case Management in den drei untersuchten Bereichen**



**Anmerkung 1** . Wenn der Patient aus dem Krankenhaus entlassen wird, können die Abteilungen des Krankenhauses in Faenza direkt den kommunalen Sozialarbeiter kontaktieren (notwendigerweise nicht den Case Manager) oder – in den meisten Fällen – ihre eigene Abteilung für Geriatrie, die einen Gerontologen (normalerweise ein GAU-Mitglied) damit beauftragen, eine vorläufige Bewertung durchzuführen und, wenn nötig, die Ergebnisse an den kommunalen Sozialarbeiter weitergeben. Im Falle einer Entlassung mit Nachsorge, wendet sich der Gerontologe (oder der Sozialarbeiter) an den Seniorenhilfsdienst mit der Bitte einer dringenden Aktivierung der GAU im Krankenhaus. Der Gerontologe setzt sich auch direkt mit dem Hausarzt in Verbindung, der den Patienten behandelt hat.

Befindet sich der Patient in einer integrierten Versorgungseinrichtung, versucht der Gerontologe, einen engeren Kontakt mit dem Hausarzt zu begünstigen (durch Berichterstattung über Einweisung, Benachrichtigung der bevorstehenden Entlassung, Einladung an den Arzt, seinen/ ihren Patienten zu besuchen); der SAS hat aus allen GAU-Komponenten und Supervisoren aller Distrikt-ICFs ein ständiges Team geschaffen. Das ständige Team trifft sich alle zwei Wochen, um:

- Fortschritte des Pflegeprogrammes im ICF zu verifizieren
- Entlassungen und Neuaufnahmen zu terminieren
- über Erweiterungen der Pflegeprogramme und/ oder über Veränderungen gemäß individuell festgestellter Anforderungen zu befinden, territoriale Prioritäten, Anforderungen der Einrichtungen.

# **Region Emilia-Romagna**

## **Aus regionaler Perspektive**

Raffaele Fabrizio

Brisighella, November 1999

Aus der Perspektive der Region Emilia-Romagna erscheinen einige Ergänzungen des Italien-Berichts hilfreich. Ich möchte zunächst auf einige Probleme unseres Systems hinweisen, um dann (auch vor dem Hintergrund unserer Diskussion) auf einige allgemeine Aspekte des Case Management zu sprechen zu kommen.





## 1. Probleme des Altenhilfe-Systems der Emilia-Romagna

Ich beziehe mich auf unsere regionalen Erfahrungen, die 4 Millionen Einwohner betreffen und seit drei Jahren gewonnen werden. Zu Beginn unseres Projekts hatte ich die Gelegenheit, dies für die Region insgesamt zu beschreiben, hier werde ich jedoch im Besonderen von zwei Orten sprechen, in denen folgende Erfahrungen gemacht wurden.

Der erste wichtige Aspekt beinhaltet den Versuch einer stationären Integration („accordo di programma“ – Programm-Übereinkunft). Diese Übereinkunft ist sehr konkret und spiegelt die Integration zwischen den Lokalbehörden (comuni), dem Gesundheitssystem – das in regionaler Verantwortung liegt, aber in 13 Lokalstellen organisiert ist – und den Leistungsanbietern wider.

**Tabelle 1: Case Management – Institutionelle Organisation**

<b>Faenza</b>	<b>Montecchio</b>
Accordo di Programma	Accordo di Programma
<b>Eingeschränkter Ausschuss</b> 5 Personen	<b>Konferenz</b> 12 Personen
Servizio Assistenza Anziani	Servizio Assistenza Anziani
<b>Gruppe für Anschlussleistungen</b> 14 Personen	<b>Koordinierungs-Team</b> 13 Personen
<b>Ausführende Mitarbeiter</b>	<b>Ausführende Mitarbeiter</b>

Es gibt drei Ebenen:

- Die politische Ebene: der Name des Gremiums ändert sich in den beiden evaluierten Projekten, ebenso die Anzahl der Personen (5 in Faenza und 12 in Montecchio), aber die Stufe der politischen Koordination ist in beiden Fällen enthalten, d.h. ein Komitee regelt die Integration des Systems.
- Die technische Ebene: eine Gruppe, die Verantwortliche des Sozialdienstes, des Gesundheitsdienstes, des Krankenhausdienstes sowie die Anbieter auf diesem spezifischen Gebiet umfasst.

Die staatliche Ebene Nun ganz kurz ein paar Tabellen:

**Tabelle 2: Aktivitäten der geriatrischen Bewertungsinstanz (UVG) in Faenza und Montecchio**

<b>UVG-Aktivitäten in Faenza (1998)</b>		<b>UVG-Aktivitäten in Montecchio (1998)</b>	
Evaluationen	1046	Evaluationen	512
Personen (7,4% ab 75 Jahre)	696	Personen (7,7% ab 75 Jahre)	396
<b>Neue Anträge</b>	<b>387</b>		
<b>reevaluert</b>	<b>309</b>		
Falsche Anträge (41)	5,9%		
Gesamtstunden pro Jahr (nur Evaluation)	1.104	Gesamtstunden pro Jahr (nur Evaluation)	720
durchschnittliche Dauer (für eine Evaluation)	63 Minuten	durchschnittliche Dauer (für eine Evaluation)	84 Minuten

In Faenza hat die geriatrische Evaluations-Einheit in einem Jahr 1.046 Evaluationen durchgeführt und 696 Personen beraten (7,4% davon waren 75 Jahre und älter). Das Team arbeitete ca. 1.100 Stunden, wobei die durchschnittliche Zeit zur Betreuung eines einzelnen Falls bei ca. 63 Minuten lag.

Einige Probleme lassen sich den Erfahrungsberichten nicht entnehmen, es handelt sich jedoch lediglich um nebensächliche Probleme, die die Instrumentarien und Skalen betreffen, die in den verschiedenen Systemen verwendet wurden. Die Region Emilia-Romagna entschloss sich, weder das System zu vereinheitlichen noch einem einzigen System den Vorrang einzuräumen, das in allen Orten angewendet werden muss.

**Tabelle 3: Ort der Beurteilung durch die geriatrische Bewertungseinheit (UVG)**

Beurteilungsorte in Faenza (1998)		Beurteilungsorte in Montecchio (1998)	
Zu Hause	30%	Zu Hause	53%
Pflegeheim	15%	<b>Pflegeheim</b>	<b>13%</b>
Krankenhaus	40%	<b>Krankenhaus</b>	<b>24%</b>
Andere Orte	15%	Andere Orte	10%
18,7% im Beisein des Familien- arztes			

Ein Teil der Evaluationen wurde in beiden Fällen im Krankenhaus vorgenommen (Montecchio: 24%; Faenza: 40%). D.h. in diesen Stellen wurde ein Schwerpunkt darauf gelegt, eine kontinuierliche Pflege nach der Krankenhausentlassung zu gewährleisten. Allgemeinärzte nahmen kaum teil; dies kann an fehlenden finanziellen Anreizen liegen, aber unsere Erfahrungen zeigen, dass dies nicht das einzige Problem ist.

Wie viele Personen arbeiten in einem Case Management System? Was kostet das gesamte Case Management? Dies geht aus den folgenden Tabellen hervor.

**Tabelle 4: Organisationsstruktur in Faenza (1996)**

81.241 Einwohner		davon: 9.283 ab 75 Jahre	
Mitarbeiter/innen	Anzahl	Stunden pro Woche	
SAA Manager	1	30	Pro Jahr: 7.128 Stunden
Bürokräfte	2	46	
CM Sozialarbeiter	7	162	→ Stunden je Einwohner über 75
UVG Sekretärin	1	16	
Gesamt-Strukturkosten			
SAA Management	€	49.215	
Case Manager	€	121.883	
UVG Aktivitäten	€	114.461	
Organisationskosten	€	7.213	→ 3,6 € Je Einwohner pro Jahr
Gesamtkosten	€	292.772	

**Tabelle 5: Organisationsstruktur in Montecchio**

51.984 Einwohner		davon: 5.084 ab 75 Jahre	
Mitarbeiter/innen	Anzahl	Stunden pro Woche	
SAA Manager	1	18	Pro Jahr: 5.984 Stunden
Bürokräfte	2	36	
CM Sozialarbeiter	8	136	→
UVG Sekretärin	1	10	1,17 Stunden je Einwohner über 75
Gesamt-Strukturkosten			
SAA Management	€	50.000	
Case Manager	€	103.000	
UVG Aktivitäten	€	56.800	
Organisationskosten	€	12.000	→ 4,26€ Je Einwohner pro Jahr
Gesamtkosten	€	221.800	

**Tabelle 6: Beratungszeit pro Klient**

Case Management	Faenza	Montecchio
Stunden pro Klient pro Jahr	8,5 Std.	10,8 Std.

Hinsichtlich der Finanzierung des Case Management-Systems ist zu unterscheiden zwischen den Gesundheitsdiensten (nationalen Hilfsdiensten) und den privaten Anbietern. Letztere akzeptieren ihre lediglich ergänzende Funktion angesichts der Tatsache, dass das Case Management-System existiert. Durch Existenz der privaten Anbieter kann sowohl die Nachfrage besser erfasst, als auch die notwendigen Modifikationen seitens des Serviceangebots aufgezeigt werden.

**Tabelle 7: Wer bezahlt das System?**

	Faenza	Montecchio
Staatliches Gesundheitssystem	58 %	38 %
Lokale Behörden	42%	59 %
Andere Geldgeber	Keine anderen	3 %

Offensichtlich sind diese beiden Stellen zwei gute Beispiele für unsere Region. Beide setzten einige Qualitätsstandards: In Faenza z.B. muss der erste Kontakt in dringenden Fällen innerhalb von 48 Stunden (nach Problemfeststellung) erfolgen. In Montecchio liegt dieser Standard mit 24 Stunden sogar höher.

**Tabelle 8: Qualitätsstandards**

<b>UVG Aktivitäten in Faenza</b> Qualitätsstandard der Fallbearbeitung	<b>UVG Aktivitäten in Montecchio</b> Qualitätsstandard der Fallbearbeitung
Erster Kontakt nach dringendem Antrag innerhalb von 48 Stunden	Erster Kontakt nach dringendem Antrag innerhalb von 24 Stunden
Erster normaler Kontakt innerhalb von 7 Arbeitstagen	Erster normaler Kontakt innerhalb von 7 Arbeitstagen
Dringende Evaluierungen innerhalb von 2 Tagen	Dringende Evaluierungen innerhalb von 3 Tagen
Normale Evaluierungen innerhalb von 15 Tagen	Normale Evaluierungen innerhalb von 7 Arbeitstagen
Durchschnittlich 10 Tage	

Zu den weiteren Berichten ist auf die Erfahrungsberichte aus diesen Projekten zu verweisen.

## **2. Zum Case Management**

Unsere Erfahrungen beruhen auf einem System des Case Management, das sich nicht in der Person des Case Managers erschöpft. Wir versuchen, uns diesem Prozess zu nähern, indem wir zahlreiche unterschiedliche Probleme betrachten. Der institutionelle Hintergrund und die historischen Erfahrungen der verschiedenen Europäischen Länder sind sicherlich nicht die Gleichen: Die deutsche Erfahrung z.B. ist nur in ihrem eigenen nationalen, regionalen und historischen Kontext zu bewerten. Neue Trends neigen dazu, die Voraussetzungen eines einzigen Zugangs zu umgehen. Ich weiss nicht, wie lange das System eines einzigen Zugangs in der Emilia-Romagna aufrecht erhalten werden kann. Die Logik einer Privatisierung der sozialen Dienste und eines offeneren Marktes kann hier zu großen Änderungen führen.

*Was ist Bestandteil des Case Management Systems?* Dazu gibt es keine Standard-Antwort, jedoch ist zu betonen, dass wir uns in unserem System zunächst um die Wünsche der Älteren (und ihrer Familien) und danach erst um das Case Management-Angebot (nur dasjenige, das durch öffentliche Mittel finanziert wird) kümmern. Die ältere Person kann zwischen einer Liste von Diensten wählen, die von den lokalen Gemeinden und dem nationalen Gesundheitsdienst festgelegt werden. Daraufhin werden die Anbieter ausgewählt, die Teil des Leistungsangebotes durch das Case Management sind, das durch öffentliche Mittel finanziert wird. Das wichtigste Ziel ist die Garantie einer Kontinuität der Hilfe, dazu gilt der Aufbau eines Netzwerkes – d.h. der Aufbau von Beziehungen der Anbieter untereinander – als wichtige Voraussetzung. Hierbei handelt es sich um eine schwierige Aufgabe, die regelmäßig bearbeitet werden muss.

*Sollten alle alten Personen Zugang zum Case Management haben?* Aus unserer Erfahrung lautet die Antwort „Nein“. Die Durchführung einer umfassenden Evaluation ist sehr teuer, was ein großes Problem darstellt.

*Welche Beziehung besteht zwischen der technischen Evaluation und der älteren Person und ihren Angehörigen?* Wir befinden uns in einer relativ starren Position, die den älteren Personen kaum eine Wahl lässt. Es wurden jedoch einige Fortschritte hin zu einer flexibleren Ausgestaltung gemacht. Heutzutage besteht die einzige Wahlmöglichkeit in einem staatlich finanzierten Netzwerk. Häufig haben die Lokalbehörden die komplette Arbeit: Finanzierung, Management, Angebot und Sicherstellung des Case Management. Dies führt zu enormen Schwierigkeiten und Problemen: Lokalbehörden sind konservativ.

*Ein Case Management System kann dann nicht durchgeführt werden, wenn ein angemessenes Training fehlt.* Im Vereinigte Königreich ist in der Vergangenheit gutes Schulungsmaterial erarbeitet worden (1992/3), eine Art Handbuch für Care Management. Das Problem in Italien besteht darin, dass im Allgemeinen dieses Material und die Schulungen fehlen.

Ich glaube nicht an allgemein gültige „Modelle“ und halte es auch nicht für möglich, ein Modell zu importieren oder exportieren. Der Kontext ist sehr wichtig für die Strukturierung eines bestimmten Modells. Zu diesem Kontext gehört z.B., dass in Italien auch heute die Familien die Hauptquelle der Unterstützung älterer Personen darstellen, was sich aber in den nächsten 20 Jahren mit Sicherheit ändern wird.

Einen Schwerpunkt bildet das *Management in kritischen Situationen*, insbesondere die Nachbehandlung einer hilfebedürftigen älteren Person nach ihrer Krankenhausentlassung.

In Zukunft spielt die Frage eine Rolle: *Wie können der Zugang und die Evaluation vereinfacht werden?* Wir würden die umfassende Evaluation gerne auf den Allgemeinarzt und den Sozialarbeiter beschränken. Die Nutzung der Informationstechnik kann viel dazu beitragen, alle weiteren Mitarbeiter über die Älteren auf dem Laufenden zu halten. Außerdem sollten der Bedarf der Älteren und derjenige der Pflegeperson mehr Beachtung gewinnen.

## **Diskussion des Berichtes aus Italien und der Ergänzung aus der Emilia-Romagna**

### **Wendt:**

Sie haben einen Aspekt angesprochen, den wir bisher noch gar nicht besprochen haben, nämlich die Nutzung neuer Technologien. Ich denke, dass das in Zukunft für das Case Management immer wichtiger werden wird: Einmal, um die Bevölkerung zu informieren und zum anderen, um die Koordination der Dienstleister informativ zu bewältigen; und auch, um die Tätigkeit im Case Management selber mit entsprechender Software leichter und kostengünstiger zu gestalten. Sie haben das nur angedeutet, aber vielleicht können Sie dazu noch ein paar Sätze sagen.

### **Scheib:**

Ich war etwas verwundert, dass ausgeführt wurde, dass alle Angebote zur Unterstützung älterer Menschen im kommunalen Bereich, also bei der öffentlichen Hand liegen. Ist es nicht faktisch so, dass auch von Kirchen gemeinden oder von der Caritas besondere Unterstützungsleistungen für ältere Menschen erbracht werden? Wenn ja, wie werden die in der kommunalen Arbeit integriert oder berücksichtigt?

### **Fabrizio:**

Zu der ersten Frage: Ich meinte die drei Einsatzmöglichkeiten, die Herr Prof. Wendt genannt hat, aber auch noch eine weitere Möglichkeit, nämlich die Nutzung moderner Technologien vor Ort. Wir sind noch reichlich im Rückstand beim Einbeziehen von Software-Instrumenten, die wir für eine Entwicklung der Evaluierung direkt in der Wohnung des älteren Menschen benötigen.

Zu der zweiten Frage: Die hauptsächlich beteiligten Institutionen waren in der Vergangenheit öffentliche Hilfs- und Wohlfahrtsinstitutionen. Das ist die Struktur, die von den sozialen Formen der Solidarität vom Ende des letzten Jahrhunderts stammt. Diese Institutionen sind in den meisten Fällen katholisch. Damals war die Beziehung zwischen dem italienischen und dem päpstlichen Staat nicht besonders gut; sie stellen aber, besonders im Sektor für ältere Personen, die Hauptanbieter dar. Jetzt wird diskutiert, ob und wie diese Anbieter erhalten bleiben können, oder in welcher Form sie sich verändern sollten, um in die modernen Zeiten zu passen. Es ist wahr, dass sich der private Sektor – vor allem im Non-Profit-Bereich – entwickelt und zurzeit an den Dienstleistungen einen Anteil von 15% innehat. Neuerdings



entstehen weitere private, gewinnorientierte Anbieter auf unserem Markt, hauptsächlich im Bereich der ambulanten Dienstleistungen. Viele Institutionen haben einen religiösen Charakter, die aber keine Ähnlichkeit mit denen in Deutschland hat. Deswegen meine ich, dass unsere Situation völlig verschieden ist.

**Ziller:**

Zur Frage nach neuen Medien: Es gibt im Bundesland Nordrhein-Westfalen einen sehr interessanten Modellversuch, bei dem die Leistungsanbieter der Region über eine eigene Homepage in einem Datenverarbeitungssystem des Case Management ihre Dienstleistungen autonom, nach bestimmten Regularien, anbieten. Der Hilfesuchende hat also mit Hilfe des Case Managers einen autonomen, selbstbestimmten Zugriff auf die Dienstleistungen. Das heißt, er muss nicht den Weg über eine textliche, verbale oder wie auch immer bewertend vermittelte Information durch den Case Manager gehen, sondern er greift unmittelbar auf das Angebot zu. Das, glaube ich, könnte eine wichtige Hilfe sein, um Anforderungen wie etwa Trägerneutralität zu sichern.

Im Übrigen hat mir der Beitrag von Herrn Fabrizio noch einmal sehr deutlich gemacht, dass wir generell für das Case Management wohl unterscheiden müssen: Die Funktion der Aufnahme des Hilfebedarfs, also des Assessment, auf der einen Seite; und Funktionen, wie sie in mehreren nationalen Systemen vorfindbar sind, dass das gleiche Gremium oder Instrument, das das Assessment durchführt, auch die Verfügungsgewalt über den Zugang zu Hilfeelementen hat, also etwa den Zugang zur stationären Dauerpflege. Diese beiden Funktionen muss man voneinander trennen. Man kann sie natürlich dem selben Gremium geben, aber man muss es nicht tun. Es gibt nationale Rahmenbedingungen, wie etwa das deutsche Rechtssystem, in dem man diese beiden Funktionen zwingend voneinander trennen muss, weil es sonst zu unauflösbaren Konflikten kommt.

**Saischek:**

Auch in Innsbruck hat man ein Ressourcen-Nachweissystem implementiert. Ein Problem, das sich bei uns ergeben hat, war, dass erstens die Anbieter es nicht aktualisieren, weil sie sich die Zeit nicht nehmen bzw. lieber verdeckt arbeiten wollen; ein zweite Problem war, dass die Nutzer, die älteren Menschen, noch nicht über einen PC verfügen und deswegen nicht direkt zugreifen können.

**Engels:**

Insofern ist dies also eher ein Projekt der Zukunft, das kann sich durchaus mit der Zeit ändern; während sich die Bereitschaft der Dienste zur Offenlegung ihrer Kapazitäten vielleicht schwieriger gestaltet – das ist ein prinzipielles Problem, das sich mit der Zeit alleine wohl nicht regelt.

## **Luxemburg**

### **Die Evaluations- und Orientierungseinheit in der Pflegeversicherung**

J. Orlewski  
M. Avarello

Itzig



## **Vorwort**

In Luxemburg wurde im Rahmen der Einführung der Pflegeversicherung zum 1. Januar 1999 eine Beurteilungsstelle (CEO) eingerichtet, wobei in diesem Rahmen Methoden des Case Management angewendet werden, mit dem Ziel die Pflegebedürftigkeit festzustellen.

Die Pflegeversicherung ist eine Versicherung, die zur Sozialversicherung gehört, und deren Aufgabe darin besteht, die Pflege und Hilfe für die Pflegebedürftigen zu übernehmen. Dies gilt sowohl für den häuslichen Bereich als auch bei Unterbringung in einer Einrichtung. Die Leistungen der Pflegeversicherung kommen dabei nicht nur Älteren zu gute, sondern es wurden – unabhängig vom Alter – alle Pflegebedürftigen in dieses System einbezogen. In diesem Bericht werden wir uns aber auf die älteren Pflegebedürftigen konzentrieren.

Da die Pflegeversicherung erst seit Anfang des Jahres existiert, fiel es uns schwer, eine abschließende Analyse über die Wirkungen der von der CEO geleisteten Dienste vorzulegen. Die Schwierigkeiten bestanden darin, dass erstens die Anzahl der geleisteten Evaluationen noch sehr gering war, und dass zweitens derzeit Anfangsschwierigkeiten im Zusammenhang mit der Einführung dieser Versicherung bestehen. Wir haben uns deshalb auf die Dokumentation der CEO-Implementierung, auf die Beschreibung ihres Arbeitsfeldes sowie auf die Darstellung der derzeitigen Probleme beschränkt.

Im ersten Kapitel wird die Pflegeversicherung in ihrem nationalen Kontext beschrieben. Hier wird zunächst die Lage der Älteren in Luxemburg vor der Einführung der Pflegeversicherung dargelegt, und im Anschluss daran werden Aufgaben und Ziele der Pflegeversicherung definiert. Im zweiten Kapitel folgt die Darstellung der CEO auf der strukturellen, auf der methodischen sowie auf der Umsetzungsebene. Dieser Bericht endet im dritten Kapitel mit der Beschreibung der erbrachten Dienstleistungen der CEO, die auf einem konkreten Beispiel einer älteren Pflegebedürftigen basiert.

Jede Einführung einer neuen Struktur ist mit anfänglichen Schwierigkeiten verbunden, die um so größer sind, je innovativer die Konzepte sind. Die Einrichtung einer CEO ist ein solch neues Konzept; deswegen haben wir uns bemüht, diese Anfangsprobleme, die hoffentlich zeitlich begrenzt sind, nicht zum zentralen Gegenstand des Berichts zu machen, sondern uns auf den gesamten Kontext zu konzentrieren.

## 1. Der nationale Kontext

### 1.1. Die Lage der pflegebedürftigen Älteren in Luxemburg

Gemäß des luxemburgischen Gesetzes wird eine Person als pflegebedürftig bezeichnet, wenn sie wegen einer Krankheit oder einer physischen, psychischen oder geistigen Behinderung regelmäßige Hilfe einer dritten Person für die Verrichtungen des alltäglichen Lebens benötigt. Diese Hilfen müssen mindestens 3,5 Stunden wöchentlich und voraussichtlich für mindestens 6 Monate oder dauerhaft benötigt werden.

Da die Pflegeversicherung erst am 1. Januar eingeführt wurde, beschreiben wir hier kurz die Situation vor dieser Reform, die der Ausgangspunkt war, um über eine Versicherung für Pflegebedürftige nachzudenken. Anschließend werden in einem zweiten Teil die Veränderungen beschreiben, die durch die Einführung der Pflegeversicherung ausgelöst wurden.

1984 hat die Regierung beschlossen, sich „der Priorität der Älteren, zu Hause wohnen zu bleiben, anzunehmen, und diese Lebensform der Unterbringung in einem Heim vorzuziehen“. Wie stellten sich die demografische Lage sowie die vorhandenen Infrastrukturen dar?

#### 1.1.1. Verbleib in der Wohnung

Es gibt keine Studien über die Zahl der pflegebedürftigen Älteren in Luxemburg, die zu Hause wohnen. Nach Schätzungen auf der Basis einer deutschen Studie von 1995 wurden folgende Zahlen für Luxemburg ermittelt:

**Tabelle 1**

Alter	Pflegebedürftige Bevölkerung	Gesamtbevölkerung	% der Gesamtbevölkerung
65-69	255	19.334	1,3%
70-74	370	14.495	2,6%
75-79	438	9.127	4,8%
80-84	671	8.140	8,2%
85+	1.119	5.513	20,3%
<b>Insgesamt</b>	<b>2.853</b>	<b>56.609</b>	<b>5,0%</b>

1989 wurde eine **Pflegegeldleistung** für diejenigen eingeführt, die sich um ältere Pflegebedürftige zu Hause kümmern. Eine vom Ministerium für Gesundheit 1994 vorgelegte Studie über eine Stichprobe von 971 Personen, die Pflegegeldleistungen beantragt hatten, zeigt folgende Ergebnisse:

- 68,4 % der Pflegebedürftigen sind Frauen;
- 58,6 % der Personen sind verwitwet und 26,9 % sind verheiratet;
- zum Zeitpunkt der Antragstellung lebten 67,3 % zu Hause und 16,5 % in stationärer Pflege;
- 39,8 % der Personen wohnten allein, 25,5 % mit mindestens einem Kind und 19,7 % mit einem Partner.

Die Pflegebedürftigen, die zu Hause gepflegt wurden, konnten verschiedene Dienstleistungen für Hilfen des alltäglichen Lebens in Anspruch nehmen. Hierzu gehörten: Häusliche Hilfs- und Pflegedienste, Tagesstätten, Essen auf Rädern, Hausnotrufsysteme und altengerechte Wohnungen.

Die **häusliche Hilfe** wurde auf Anfrage der älteren Person oder ihrer Familienangehörigen erbracht, nachdem der jeweilige Bedarf durch eine Befragung in der Wohnung evaluiert wurde. Dabei wurde kein zusätzliches medizinisches Attest verlangt. Es wurden zwei Arten von Leistungen für die älteren Pflegebedürftigen angeboten: 1. Haushaltshilfe (Wohnung putzen, Wäsche und Bügeln usw.), 2. Hilfe bei den Aktivitäten des alltäglichen Lebens, darunter Körperhygiene. Die Leistungen häuslicher Hilfen waren auf maximal 2 Stunden am Tag begrenzt, und konnten entweder ein Mal oder zwei Mal täglich (einmal morgens und einmal abends) in Anspruch genommen werden. Am Wochenende und an Feiertagen war diese Hilfeleistung auf Hilfen für das alltägliche Leben, darunter die Körperhygiene, begrenzt.

Für die verschiedenen Leistungen der häuslichen Hilfe wurden „soziale Tarife“ verlangt, das bedeutet, dass der Preis abhängig vom jeweils zur Verfügung stehenden Einkommen festgelegt wurde. Die tatsächlich angefallenen Kosten teilten sich die Nutzer, die Kommune und das Ministerium für Familie.

Die **häuslichen Pflegedienste** kümmerten sich um Kranke oder Pflegebedürftige, die diese Leistungen nachfragten. Die zu erbringenden Leistungen wurden vom Hausarzt per Rezept festgelegt. Hierzu gehörten zum einen die klassische Krankenpflege wie Injektionen, Verbände, Wundversorgung und Katheter und zum andern Körperpflege und Hygiene. Diese zweite Art von Leistungen war nur für die Personen bestimmt, die auch die klassischen Krankenpflegeleistungen benötigten, während für die übrigen Personen die Körperpflege durch die häuslichen Hilfsdienste erbracht wurde.

Die klassische Krankenpflege wurde von der Krankenversicherung übernommen, wobei allerdings Körperpflege und -hygiene zu Lasten der Pflegebedürftigen gingen. Auch in diesem Bereich wurden „soziale Tarife“ erhoben.

Die **Tagespflege**, die weiterhin existiert, hat eine „allgemeine“ Aufgabe und nimmt in der Regel Ältere auf, die mindestens 60 Jahre alt, gesund und leicht pflegebedürftig sind und Anzeichen von Altersdemenz zeigen. Die meisten Einrichtungen der Tagespflege haben von Montag bis Freitag von 9 bis 17 Uhr geöffnet. Es gibt zwei Arten von Strukturen: die Einrichtungen, die unabhängig von stationären Einrichtungen agieren, und die Einrichtungen, die an „Integrierte Zentren für Ältere“ (Centres Intégrés pour Personnes Agées) angebunden sind.

1995 gab es in Luxemburg ca. 300 Plätze in Einrichtungen der Tagespflege. 14 Einrichtungen hatten mit dem Ministerium für Familie und mit der Kommune gemeinsame Verträge geschlossen, und vier davon unterstanden unmittelbar dem Ministerium für Familie. Die Kostenbeteiligung beträgt LUF 600, die restlichen Kosten teilten sich zur einen Hälfte der Staat und zur anderen Hälfte zu 20 % die jeweilige Kommune und zu 80 % der Staat.

Der Vollständigkeit halber sollen noch die **altengerechten Wohnungen** genannt werden. Das sind Miet- oder Eigentumsappartements für Ältere. Auf Grund neuer Initiativen bieten seit Kurzem Wohnungsmakler auch Wohnungen an, in denen auch kollektive Leistungen wie z.B. Restaurants, Bibliotheken und Frisör zur Verfügung stehen, allerdings zu einem sehr hohen Preis.

### **1.1.2. Unterbringung älterer Menschen in stationären Einrichtungen**

Die Einführung der Pflegeversicherung hat in Bezug auf stationäre Einrichtungen für Ältere nichts geändert, abgesehen von den Modalitäten zur Kostenübernahme der Pflege.

In Luxemburg gibt es zwei Arten von Einrichtungen, die pflegebedürftige Ältere aufnehmen: Die integrierten Seniorenzentren und die Pflegeheime.

Die **integrierten Seniorenzentren** unterliegen der Zuständigkeit des Ministeriums für Familie und nehmen, abgesehen von wenigen Fällen rüstiger Älterer, vor allem Ältere mit leichtem bis mittlerem Hilfe- und Pflegebedarf auf. In diesen integrierten Zentren ist es auch bei schwerer Pflegebedürftigkeit möglich, gepflegt zu werden und somit dort wohnen bleiben zu können.



Die **Pflegeheime** liegen in der Zuständigkeit des Ministeriums für Gesundheit und richten sich an „die Älteren, denen eine eigenständige Lebensführung definitiv nicht mehr möglich ist.“ (Gesetz vom 22.05.89, das die Einführung von Pflegegeldleistungen und die Organisation der Unterbringung in Pflegeheimen mit sich brachte; und großherzogliche Verordnung vom 30.05.94 über die Durchführung des nationalen Krankenhausplans.)

1995 boten diese beiden Arten von Einrichtungen insgesamt 3.758 Plätze an, darunter 1.302 in privaten Häusern. Die Preise, die für diese Wohnungen entrichtet werden mussten, sind als fiktive Preise zu interpretieren, weil der Staat die Preisdifferenz zwischen diesen angegebenen Preisen und den tatsächlich angefallenen Kosten übernahm. In den integrierten Seniorenzentren wurde dieser Preis in Abhängigkeit vom Pflegebedürftigkeitsgrad der betroffenen Person heraufgesetzt (Pflegebedürftigkeitsgrad von 1 bis 4), während die Pflegekosten in Pflegeheimen im Preis inbegriffen waren. Ausgenommen davon sind die ärztlichen und therapeutischen Kosten, die frei ausgehandelt wurden, weil in den meisten Einrichtungen mit externen Ärzten und Therapeuten zusammengearbeitet wurde, sowie die Arzneimittel, die zu Lasten der Krankenversicherung gingen.

### 1.1.3. Die intermediären Dienstleistungen

Der **Hilfsmittel-Dienst** bietet auf der Grundlage ärztlicher Verschreibung kostenlose Leistungen der Information und Beratung an, Verleih von Pflegematerialien und -hilfsmitteln sowie technische Hilfen (Rollstühle, Gehhilfen, Personen-Lifter, Pflegebetten). Die Anbieter dieser Dienstleistungen stehen beim Ministerium für Gesundheit unter Vertrag.

Das **Zentrum für technologische Hilfsmittel für Behinderte und Ältere** ist ein Informations- und Versorgungszentrum, dessen Ziel die Verbesserung der Lebensbedingungen dieser Personen mit Hilfe des Gebrauchs neuer Technologien ist.

Das **Zentrum der technologischen Mittel für Schwerhörige** arbeitet eng mit „audiophonologischen“ Abteilungen und mit Spezialisten zusammen, um Hörgeräte an Schwerhörige anzupassen. Dieses Zentrum steht ebenfalls beim Ministerium für Gesundheit unter Vertrag.

Die **Rehabilitationszentren** nehmen Personen auf, die sich in einer Phase physischer und/ oder mentaler Erholung und Rehabilitation befinden, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt.

#### **1.1.4. Die Grenzen dieses Systems**

Dieser Überblick zeigt deutlich, dass bereits vor der Einführung der Pflegeversicherung ein großes Spektrum an Leistungserbringern und Dienstleistungen vorhanden war. Diese Vielfalt brachte aber auch einige Probleme mit sich.

##### **Information und Orientierung**

Die Verteilung der Dienstangebote machte es den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen schwer zu wissen, welche Hilfsmöglichkeit von den verschiedenen Einrichtungen, Strukturen und Diensten angeboten wurden. Dadurch herrschte im Falle von Pflegebedürftigkeit eine große Ungleichheit: Die Personen, die gut beraten wurden, verfügten über eine umfassende Ausstattung mit Hilfsangeboten, während andere auf überhaupt keinen Dienst zurück griffen.

Der Informationsmangel machte sich besonders im Bereich der Bereitstellung technischer Hilfen bemerkbar, die dazu dienten, die Konsequenzen der Einschränkungen ganz oder teilweise auszugleichen. Unterschiedliche Institutionen waren an der Verteilung der verschiedenen Leistungen beteiligt: Die Krankenkassen für bestimmte technische Mittel und therapeutische Behandlungen, das Wohnungsministerium im Rahmen der Beteiligung des Staates für Zuschüsse bei der Wohnraumanpassung, das Ministerium für Gesundheit im Rahmen der Bereitstellung und Erstellung von spezifischen zusätzlichen Hilfsmitteln, usw.

##### **Die Koordinierung**

Um den Verbleib in der Wohnung weiterhin zu fördern und um die Pflegebedürftigen herum eine optimale Pflegeleistung organisieren zu können, musste die Trennung zwischen den unterschiedlichen (medizinischen und komplementären) Pflegedienstleistungen und den (sozialen) Hilfsleistungen beseitigt werden und der Aufbau von Diensten gefördert werden, die Krankenpflege, Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung anbieten.

Außerdem war es im luxemburgischen System schwer, mit den Grenzen des Systems des Verbleibs in der Wohnung umzugehen, weil die Anbieter von Hilfs- oder Pflegediensten praktisch keine Möglichkeit hatten, Pflegebedürftige in ein Pflegeheim zu überweisen. Die Wartelisten zur Aufnahme in ein Pflegeheim des Ministeriums für Gesundheit sowie das vereinbarte Prinzip zwischen dem Ministerium für Familie und dem für Gesundheit, keinen direkten Zugang für schwer Pflegebedürftige in ein integriertes Zentrum

für Ältere zuzulassen, verhinderten eine Weiterführung der notwendigen und geeigneten Pflegeleistungen, die an die Entwicklung des Pflegebedarfs angepasst gewesen wäre. Dies erklärt die Unterbringung von Pflegebedürftigen in ausländischen Einrichtungen oder als „einfache Versorgungsfälle“ in Krankenhäusern.

Die Koordinierung sollte zwischen den Dienstleistungsanbietern, dem Nutzer und der informellen Hilfe verbessert werden, da sich die Entscheidungen über die zu erbringenden Dienstleistungen oft nicht an den Bedürfnissen und Wünschen des Pflegebedürftigen orientierten, sondern an den organisatorischen Möglichkeiten der Dienste. Deshalb wurde bei der Evaluierung des Bedarfs nicht die Gesamtheit der Bedürfnisse der Person einbezogen.

#### **Die Lücken in der Kostenübernahme**

Die informelle Hilfe, die von Familienmitgliedern oder Verwandten erbracht wurde und ohne die ein Verbleib zu Hause nicht möglich gewesen wäre, war zwar durch die Pflegebeihilfe anerkannt, aber es bedurfte noch einer Verbesserung der Rahmenbedingungen.

Die häuslichen Dienstleistungen verfügten nicht über ausreichendes Personal, um Pflege und Hilfe mehrere Stunden am Tag zu gewährleisten. Die Dienstleistungsangebote unterschieden sich zudem je nach der Region des Landes.

#### **Der Mangel an Betten**

Die Wartelisten für die Unterbringung einer Person in einer Einrichtung, die „einfachen Versorgungsfälle“ im Krankenhaus und die Unterbringung älterer Pflegebedürftiger in ausländischen Einrichtungen machten deutlich, dass es zu wenig Pflegeplätze gab.

### **1.2. Die Pflegeversicherung**

#### **1.2.1. Definition**

Die Pflegeversicherung wurde am 1.1.1999 eingeführt. Sie ist eine Versicherung im Rahmen des Systems der sozialen Sicherung und übernimmt die Kosten der notwendigen Hilfe und Pflege für die pflegebedürftigen Älteren im Bereich des alltäglichen Lebens. Ihre wichtigsten Ziele sind es, dem Verbleib Pflegebedürftiger in ihrer Wohnung Priorität zu geben und dabei

die Anstrengungen der informellen Helfer anzuerkennen und sie durch professionelle Dienstleistungen zu unterstützen; ebenso eine Kontinuität der Pflege zu sichern, indem der Übergang von der Wohnung in die Einrichtung und die Aufnahme flüssiger gestaltet wird.

Die wichtigsten Elemente der Pflegeversicherung sind folgende:

- Es handelt sich um eine Pflichtversicherung auf der Basis der Erwerbstätigkeit oder eines Ersatzeinkommens; Familienangehörige des Pflegeversicherten sind mitversichert,
- Personen mit Versicherungsschutz haben einen Anspruch auf Sachleistungen und, nachgeordnet, auf Geldleistungen, um die Pflege und Hilfe bei Tätigkeiten des alltäglichen Lebens durch Dritte zu ermöglichen,
- die Einführung eines Systems zur Evaluation, Orientierung und Versorgung der Pflegebedürftigen,
- die Koordinierung der Anbieter von Hilfe- und Pflegedienstleistungen im Rahmen der häuslichen und stationären Pflege,
- die Einführung eines gemischten Finanzierungssystems ermöglicht eine gesicherte Finanzierung dieser neuen Versicherung.

Um die Punkte 3 und 4 zu konkretisieren, wurde eine **Beurteilungsstelle (cellule d'évaluation et d'orientation, CEO)** gebildet. Ihre Aufgabe besteht in der Festlegung des spezifischen Hilfebedarfs der Pflegebedürftigen, die einen Antrag gestellt haben, durch eine objektive und individuelle Begutachtung.

Im Rahmen der häuslichen Pflege kann sich die CEO auf das Netz der häuslichen Hilfs- und Pflegedienste stützen. Diese stehen unter Vertrag bei der Pflegeversicherung und gewährleisten und koordinieren die gesamte Versorgung der Pflegebedürftigen. Diese Dienstleistungsangebote umfassen Krankenpflege, Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung. Es gibt drei Typen von Dienstleistungen: Einerseits Dienstleistungsangebote für alle Pflegebedürftigen und andererseits spezialisierte Dienstleistungsangebote, die entweder bestimmte Krankheiten (Gerontopsychiatrie, psychische Einschränkungen) oder Behinderungen (Autismus, körperliche Behinderung, geistige Behinderung) betreffen. Die Netze der Dienstleistungsanbieter setzen sich entweder aus bereits vorhandenen Anbietern zusammen oder aus neu entstandenen.

Die Pflegeversicherung wurde für Pflegebedürftige sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich geschaffen. Im Bemühen, die Arbeit der Beurteilungsstelle (CEO) bestmöglich zu dokumentieren, haben wir als Beispiel eine Person ausgewählt, die zu Hause wohnt. Damit der Bericht nicht

zu umfangreich wird, beschränken wir uns auf die häusliche Pflege und berichten nur noch kurz über Pflegebedürftige in stationären Einrichtungen.

### **1.2.2 Die Rolle der Beurteilungsstelle (CEO) in der Pflegeversicherung**

Die CEO ist das Kernstück der Pflegeversicherung; der Gesetzgeber hat ihr folgende Aufgaben übertragen:

- Den Pflegebedürftigkeitsgrad sowie die jeweils notwendige Hilfe und Pflege festzustellen;
- eine Empfehlung über den Erhalt von Pflegeleistungen, Hilfsmitteln oder weitere Maßnahmen abgeben;
- falls notwendig, Schulungsmaßnahmen oder Rehabilitationsmaßnahmen vorschlagen
- einen Versorgungsplan festlegen, der die umfassende Versorgung des Pflegebedürftigen koordiniert, im Rahmen des Verbleibs in der Wohnung oder in einer stationären Einrichtung;
- die Pflegebedürftigen vor Eintritt in eine Einrichtung nach Kriterien der Dringlichkeit einstufen, unter Bezugnahme auf den Gesundheitszustand der pflegebedürftigen Person und auf die Möglichkeiten der Pflegeübernahme in der häuslichen Umgebung;
- die Daten über Pflegeangebote in Heimen, Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege zentral zu verwalten;
- die für die Verwaltung der Pflegeversicherung zuständige Institution sowie die mit der Bewilligung beauftragten Ministerien beraten, um eine geeignete und effiziente Infrastruktur für die Bedarfsdeckung der Pflegebedürftigen zu erreichen. Zu diesem Zweck werden Jahresberichte erstellt;
- Pflegeversicherte, Ärzte und professionell sowie informell Pflegende über die Pflegeversicherung und Möglichkeiten der Versorgung von Pflegebedürftigen informieren und beraten.

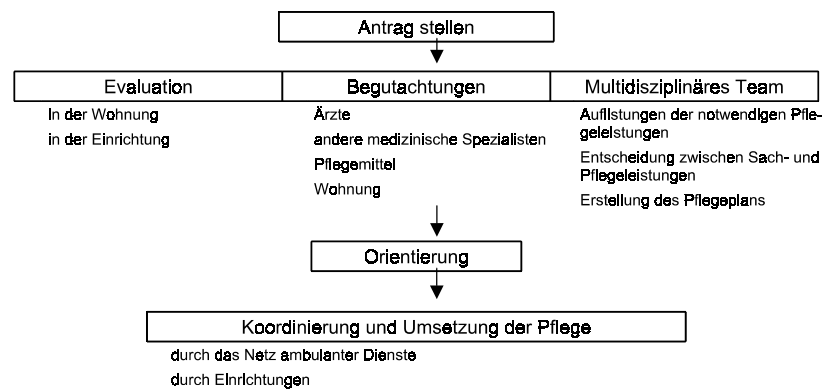
Die Person, die Leistungen der Pflegeversicherung beanspruchen möchte, muss einen Antrag stellen (siehe Schema am Ende des Kapitels). Ein Evaluator der CEO besucht dann den Antragsteller zu Hause oder in der Einrichtung, um in einem Erstgespräch die spezifischen Bedarfe evaluieren und festlegen zu können.

Die Evaluation der Pflegebedürftigkeit stützt sich des weiteren auf zwei medizinische Begutachtungen, nämlich auf eine medizinische Evaluation sei-

tens des Arztes der CEO und auf ein zusätzliches Gutachten seitens des Hausarztes.

Weitere Expertisen und Gutachten können die spezifischen Bedarfe der Pflegebedürftigen ergänzen (Evaluation über technische Hilfen bzw. Pflegezubehör und/oder Wohnungsanpassungen, psychologische Evaluation etc.).

Auf der Basis dieser Informationen wird von der CEO für jeden Pflegebedürftigen ein individueller Pflegeplan erstellt, der zur Union der Krankenkassen (Union des Caisses de Maladie, UCM) geschickt wird.



### 1.2.3. Leistungen der Pflegeversicherung

Nach einer Evaluation ist es für den durch die CEO anerkannten Pflegebedürftigen möglich, folgende Leistungen in Anspruch zu nehmen:

- a) Sachleistungen
- b) Geldleistungen
- c) weitere Leistungen

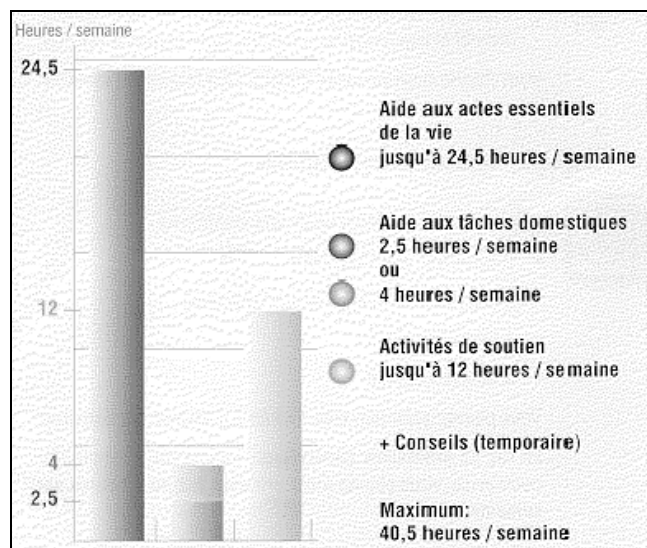
#### a) Die Sachleistung

Die professionelle häusliche Pflege und Hilfe umfasst folgende Bereiche:

- Hilfe bei den Verrichtungen des alltäglichen Lebens: körperliche Hygiene, Essen, Mobilität;

- Hilfe beim Haushalt: Wohnungsreinigung, Wäsche und Kleidung, Einkaufen, Abwaschen;
- Unterstützungstätigkeit: Besuch einer Einrichtung der Tagespflege, Begleitung des Pflegebedürftigen beim Einkaufen, Spazierengehen etc., häusliche Betreuung, weitere Hilfen, die der Pflegebedürftigkeit angemessen sind;
- Beratungen: Um den Verbleib in der Wohnung zu organisieren, zeigt eine professionelle Kraft dem Pflegebedürftigen, wie er die Verrichtungen des alltäglichen Lebens bewältigen kann, oder dem informellen Helfer wird erläutert, wie er bei den Verrichtungen des täglichen Lebens helfen kann.

*Maximale Dauer der Hilfe für einzelne Leistungen:*



### **b) Die Geldleistung**

Anstelle der durch Hilfe- und Pflegedienste erbrachten Sachleistungen kann der Pflegebedürftige sich für Geldleistungen entscheiden, allerdings nur für Hilfen bei den Aktivitäten des alltäglichen Lebens und bei hauswirtschaftlichen Hilfen.

Geldleistungen können für max. 10,5 Std. pro Woche bezogen werden. Darüber hinaus gehende Leistungen werden in Form von Sachleistungen gewährt.

### **c) Die weiteren Leistungen**

Zusätzlich zu den genannten Leistungen können die Pflegebedürftigen folgende Leistungen beziehen:

- Pflegemittel (z.B. Hygieneartikel bei Inkontinenz);
- Geräte (z.B. Gehhilfe, Rollstuhl, spezielles Bett);
- Wohnungsanpassungsmaßnahmen (z.B. Treppenlift)
- Maßnahmen für die Pflegenden (z.B. Beiträge zur Rentenversicherung).

## **2. Organisation und Struktur der Beurteilungsstelle (CEO)**

### **2.1. Das Personal**

#### **2.1.1. Zahl und berufliche Qualifikation**

Das Personal der CEO umfasst 16 Vollzeitbeschäftigte aus verschiedenen Gesundheitsberufen:

- 3 Psychologen, darunter einer mit Diplom in Management, der die Leitung der CEO übernimmt, und ein Neuropsychologe
- 1 Physiotherapeut
- 1 Ergotherapeut
- 5 Krankenpfleger, darunter 3 aus dem Bereich der Psychiatrie
- 2 Ärzte
- 1 Sozialarbeiter
- 1 Schreibkraft
- 2 Verwaltungsangestellte.

Die Anzahl der MitarbeiterInnen reichte nicht aus, weil durch die Einführung der Pflegeversicherung sehr viele Anträge für das Jahr 1999 eingingen. Aus diesem Grund wurde entschieden, dass zeitlich befristet zusätzliches Personal eingestellt werden sollte. Die Beurteilungsstelle verfügt also derzeit über 15 Personen, die für die Evaluation der Pflegebedürftigen zuständig sind, und über 15 Ärzte für die medizinischen Evaluation.

Zurzeit finden Vorstellungsgespräche statt, um weitere 7 Personen einzustellen.



### 2.1.2. Weiterbildung des Personals

Auf Grund der neuen Gesetzgebung und der Komplexität der Instrumentarien für die Evaluation der Pflegebedürftigkeit musste eine zusätzliche Ausbildung (Weiterbildung) des Personals durchgeführt werden. Sie fand im Juli 1998 statt und umfasste die folgenden Module:

- Kurzer Überblick über die Gesetzgebung der Sozialversicherung
- Das Pflegeversicherungs-Gesetz
- Die mit der Pflegeversicherung zusammenhängenden Gesetze: das Gesetz über die Relationen zwischen dem Staat und den Organisationen, die im sozialen, familialen und therapeutischen Bereich arbeiten, das Gesetz über die öffentlichen Einrichtungen und das Gesetz über die Modalitäten zur Kostenübernahme.
- Die Leistungserbringer der Pflegeversicherung: die verschiedenen Einrichtungen der Langzeitpflege, die Verwaltung der Kostenübernahme, die ambulanten Dienstleistungserbringer
- Die Organisation der Evaluationsstelle und ihre Aufgaben
- Die Feststellung der Pflegebedürftigkeit: Vorschriften zur Beurteilung der Selbstständigkeit des Antragstellers, Strategien und Methoden bei der Gesprächsführung, Festlegung der erforderlichen Dienstleistungen
- Weiterbildung zur Nutzung eines Laptops und Vermittlung von Grundkenntnissen in Word 97.

Neben diesen theoretischen Kursen wurden Besuche in verschiedenen Alten- und Pflegeheimen organisiert, um praktische Experten zu treffen, die auf verschiedene Krankheiten im Zusammenhang mit Pflegebedürftigkeit spezialisiert sind und sich über spezifische Pflegemaßnahmen zu informieren. Gleichzeitig wurden in Übungen konkrete Evaluationen mit Feststellung der erforderlichen Dienstleistungen durchgeführt.

Die Ärzte der CEO haben in Zusammenarbeit mit zwei Fachärzten der Geriatrie das Schema für die medizinische Evaluation erstellt.

Das Verwaltungspersonal hat anstelle von diesen praktischen Übungen eine spezielle Weiterbildung bezüglich der Organisationstechniken des Sekretariats erhalten.

Das zusätzlich eingestellte Personal hat die gleiche theoretische Ausbildung wie die Vollangestellten bekommen, sie haben jedoch an den Einrichtungsbesuchen nicht teilgenommen, sondern nur an den praktischen Übungen. Die zusätzlich eingestellten Ärzte bekamen eine intensive Einführung in das

medizinische Evaluationsschema sowie über das Pflegeversicherungsgesetz.

Angesichts all der Besonderheiten, die die von Pflegebedürftigkeit betroffenen Bevölkerungsgruppen ausmachen, und der zahlreichen Aufgaben der Beurteilungsstelle ist davon auszugehen, dass diese Weiterbildungsmaßnahmen weiterhin durchgeführt werden.

## **2.2. Die technische Umgebung**

Die CEO untersteht dem Ministerium für soziale Sicherheit und ist der Aufsichtsbehörde für soziale Sicherheit zugeordnet (siehe Schema). Die Büros befinden sich im Gebäude der „Union der Krankenkassen“ in Luxemburg. In diesem Gebäude befindet sich auch eine ärztliche Außenstelle, die die medizinische Evaluation durchführt. Es gibt zwei weitere medizinische Außenstellen im Land: eine im Norden in Ettelbruck und eine im Süden in Esch/Alzette, jede davon verfügt über 3 Untersuchungszimmer.

Das Personal der CEO teilt sich jeweils zu zweit ein Büro, jeder verfügt über ein Telefon und einen PC und es gibt einen Drucker pro Büro. Außerdem verfügt jeder Evaluator über einen Laptop, der zur Durchführung der häuslichen Evaluation dient. In der Praxis werden die Laptops jedoch kaum benutzt. (Die direkte Eingabe der Daten nimmt zu viel Zeit in Anspruch und könnte sich störend auswirken.) Die CEO verfügt auch über ein Kopiergerät, einen Scanner und ein Faxgerät.

Die CEO hat zudem eine telefonische INFO-LINE eingeführt, um die Bürger/innen über die Pflegeversicherung zu informieren. Diese INFO-LINE ist mit einer hierfür eingestellten Vollzeitkraft besetzt (von 8:00 bis 17:00 Uhr).

## **2.3. Die Arbeitsorganisation**

Die Basisevaluation wird generell durch den Krankenpfleger durchgeführt. Er besucht die zu evaluierende Person, entweder allein oder mit einem Arzt, wenn diese nicht mehr mobil genug ist, um eine der drei medizinischen Außenstellen im Land aufzusuchen.

Nachdem die in der Evaluation erhobenen Daten eingegeben worden sind, trifft sich das interdisziplinäre Team, zu dem der Evaluator, ein Arzt und die Mitarbeiter der Beurteilungsstelle gehören, die ergänzende Untersuchungen durchgeführt haben, um die für den Betroffenen erforderlichen Dienstlei-

stungen festzulegen und gemeinsam den Plan der Arbeitsteilung zu erstellen, der im Anschluss den Pflegebedürftigen zugeschickt wird.

Die Arbeitstreffen werden regelmäßig organisiert. Dabei wird gemeinsam ein gesamter Fall exemplarisch bearbeitet, um spezifische Probleme, die in der Praxis vorkommen können, zu diskutieren und zu garantieren, dass die Anträge vom ganzen Personal einheitlich bearbeitet werden.

## **2.4. Die Finanzierung**

Die Pflegeversicherung wird nach dem paritätischen System finanziert, dies hat ermöglicht, bei der Einführung des Gesetzes die schon existierenden Pflegefälle zu integrieren. Für 1999 wurde ein Budget von sechs Milliarden LUF verabschiedet, wobei es sich allerdings lediglich um eine Schätzung handelt, da die genaue Zahl der Pflegebedürftigen in Luxemburg derzeit noch nicht bekannt ist.

Die Finanzierung stützt sich auf drei Pfeiler:

- 45 % der Ausgaben werden aus dem Staatshaushalt finanziert
- der Rest verteilt sich auf andere Finanzierungsquellen (Energie-Sondergesetz)
- und einen Pflegebeitrag der Versicherten (1 % auf „professionelle“ Einkommen, Ersatzeinkommen und Erbschaften).

## **3. Die Arbeit der CEO**

### **3.1. Information**

- Bevor die Evaluation dargelegt wird, wird zunächst die permanent geleistete Informationsarbeit der Beurteilungsstelle für die Öffentlichkeit vorgestellt.

#### **3.1.1. INFO-LINE**

- Wie vorher erwähnt, wurde im Zuge der Einführung der Pflegeversicherung ein neuer Telefondienst eingerichtet, um die Öffentlichkeit zu informieren. Dieser Telefonservice ist ein sehr großer Erfolg: Er wird fast ständig in Anspruch genommen, wobei vornehmlich Fragen zur Pflegeversicherung gestellt werden, aber es kommt auch häufig vor, dass dieser Bereich verlassen wird.

### **3.1.2. Die Informationsbroschüren**

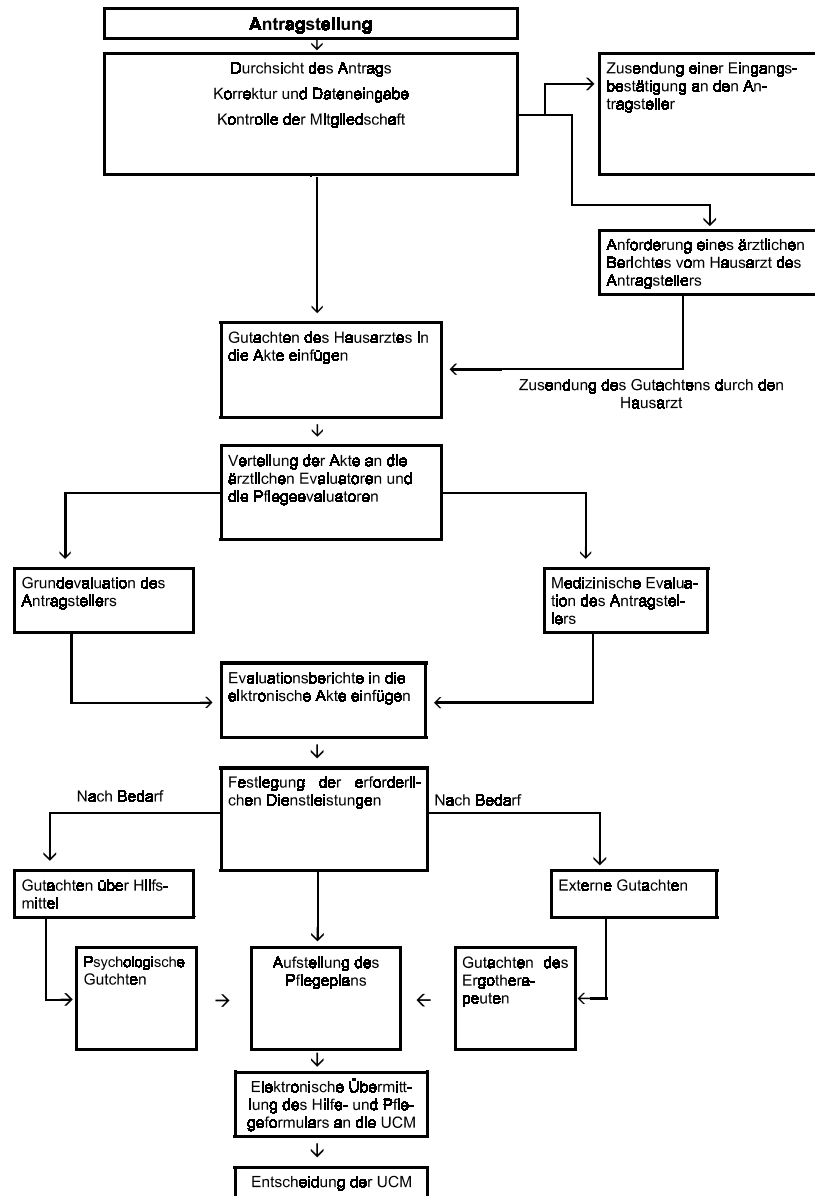
- Zwei Informationsbroschüren wurden zur Information der Öffentlichkeit erstellt:
  - Eine Broschüre, die vor der Einführung der Pflegeversicherung herausgegeben wurde, erklärt die wichtigsten Regelungen des neuen Gesetzes. Diese Broschüre ist auf zahlreichen Informationsveranstaltungen zur Pflegeversicherung verteilt worden sowie an die Antragsteller auf Pflegeleistungen. Zudem kann diese Broschüre bei den Ministerien (für Familie, für Gesundheit, für soziale Sicherung) sowie bei der „Union“ der Krankenkassen bezogen werden.
  - Ein praktischer Ratgeber zur Pflegeversicherung liegt in den verschiedenen Ministerien vor und bei allen Organisationen, die im sozialen und gesundheitlichen Bereich arbeiten. Dieses Handbuch enthält neben praktischen Informationen auch die Evaluations- und Entscheidungsverfahren sowie konkrete Fallbeispiele.

### **3.1.3. Informationsveranstaltungen**

- Informationsveranstaltungen über das Pflegeversicherungs-Gesetz werden regelmäßig organisiert und finden – moderiert vom Personal der CEO – in verschiedenen Kontexten statt: Mit den Leitern von Pflegediensten und Tageseinrichtungen, Sozialarbeitern, Krankenhauspersonal, bei den Gemeinden, Gewerkschaften, bei Organisationen für das dritte Lebensalter,...

## **3.2. Die Evaluation**

Das folgende Schema zeigt, wie ein Dossier bearbeitet wird, von der Antragstellung bis zur abschließenden Entscheidung der Union der Krankenkassen (UCM):



Die Evaluation der Pflegebedürftigkeit wird in Orientierung an einer Methode durchgeführt, die von dem kanadischen Klassifikationssystem für Typen der Pflegebedürftigkeit und der Langzeitbetreuung, genannt CTMSP '85 und '87, inspiriert wurde. Die CTMSP-Methode wurde in Kanada von der Forschungsgruppe Gesundheit (EROS) unter der Leitung von Professor Charles Tilquin entwickelt.

Die Evaluation des Gesundheitszustands der Person sowie ihres Bedarfs an Hilfe und Pflege wird von einem interdisziplinären Team durchgeführt, damit ein objektives und vollständiges Gutachten erstellt werden und der Klient so optimal beraten werden kann. Diese Evaluation basiert im Wesentlichen auf zwei Fragebögen:

- der erste Fragebogen dient der ärztlichen Evaluation, die vom Arzt der CEO in Zusammenarbeit mit dem Hausarzt durchgeführt wird.
- der zweite Fragebogen dient der Evaluation der Pflegebedürftigkeit, der Evaluators füllt ihn selber im Hause des Klienten aus.

### **3.2.1. Die ärztliche Evaluation**

Das Ziel dieser Evaluation ist, den Grund (Krankheit oder Behinderung) der Pflegebedürftigkeit sowie ihre Dauer festzustellen. Sie erfolgt in zwei Etappen:

Bei Erhalt eines Antrags schickt die CEO dem Hausarzt des Klienten ein Formular zu, damit er ein Gutachten über seinen Patienten erstellt. Auf der Grundlage dieses Gutachtens kann der Arzt der CEO die Dringlichkeit des Antrags feststellen und entscheiden, ob der Patient zu einer der jeweiligen medizinischen Außenstelle der CEO gehen kann, oder ob er zu Hause evaluiert werden sollte.

Der Arzt der CEO vereinbart dann für die medizinische Evaluation einen Termin. Wenn die Evaluation im Haus des Patienten erfolgt, kommt der Arzt mit einem Grundevaluator der CEO zu ihm. Der Arzt der CEO führt die medizinische Evaluation unter Verwendung der vom Hausarzt vorgelegten Indikationen durch und führt darüber hinaus eine eigene ärztliche Untersuchung durch.

Die ärztliche Untersuchung wird ohne Familienangehörige durchgeführt. Vor der körperlichen Untersuchung beurteilt der Arzt zunächst in einem Gespräch die kognitiven Fähigkeiten des Klienten. Falls notwendig, führt der

Arzt nach der Untersuchung mit den Angehörigen ein Gespräch, um weitere Informationen zu erhalten.

Außerdem kann der Arzt der CEO Rehabilitationsmöglichkeiten vorschlagen, mit deren Hilfe der derzeitige Grad der Pflegebedürftigkeit konstant gehalten oder ein selbstständiges Leben wieder gewonnen werden kann.

Der Arzt erstellt einen Bericht anhand eines Leitfadens. Dieser Bericht wird dann im Teamgespräch als Ausgangspunkt genommen.

### **3.2.2. Die Evaluation der Pflegebedürftigkeit**

Das Ziel dieser Evaluation ist die Beobachtung und die Beschreibung, wie sich die Pflegebedürftigkeit einer Person im alltäglichen Leben bemerkbar macht. Sie wird von einem Angestellten der CEO (meistens von einem Krankenpfleger) zu Hause durchgeführt, um sich ein Bild über die Lebensbedingungen des Pflegebedürftigen machen zu können und im Bedarfsfall ergänzende Ratschläge (des Krankengymnasten oder externer Fachleute) einholen und die Wohnung optimal anpassen zu können.

Die häusliche Evaluation basiert auf vier Fragebögen:

- Der erste Fragebogen dient der Feststellung der Lage und der Lebensweise des Klienten. Dieser Fragebogen wird ohne Angehörige ausgefüllt.
- Der zweite Fragebogen beschreibt das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit aus der Sicht des Pflegebedürftigen. Auch hier ist die Anwesenheit von Angehörigen oder Familienmitgliedern nicht erwünscht, damit sie die Antworten des Pflegebedürftigen nicht beeinflussen.
- Der dritte Fragebogen dient der Beschreibung des Ausmaßes an Pflegebedürftigkeit aus der Sicht einer Bezugsperson (eine Bezugsperson ist eine Person, die den Patienten sehr gut kennt, oft gehört sie zur Familie). Sie wird allein, also in Abwesenheit der zu evaluierenden Person befragt.
- Der vierte Fragebogen dient der Feststellung des Pflegebedürftigkeitsgrads aus der Sicht des CEO-Mitarbeiters. Der Evaluator kann auch seine eigene Beobachtungen und Eindrücke notieren.

### **3.2.3. Die Gutachten**

Falls nötig, können die Pflegebedürftigkeits- sowie die ärztliche Evaluation durch Gutachten ergänzt werden. Die Evaluatoren können diese Gutachten entweder von Experten der CEO oder von externen Experten durchführen lassen, mit denen eine Partnerschaft-Vereinbarung abgeschlossen wurde.

Diese Gutachten sind ärztliche Gutachten (funktionelle Rehabilitation, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Augenheilkunde), mit psychologischen und neuropsychologischen Aspekten (von Psychologen erstellt) oder Gutachten in Bezug auf Hilfsapparate (Krankengymnastik oder Ergotherapie).

### **3.2.4. Die Festlegung der erforderlichen Dienstleistungen**

Nach Durchführung der ärztlichen Evaluation und der Evaluation der Pflegebedürftigkeit, nach Vorlage des Berichts des Hausarztes und ggf. weiterer Gutachten kann das interdisziplinäre Team die erforderliche Hilfe und Pflege für den Pflegebedürftigen festlegen.

In einem ersten Schritt zieht das Team eine Zwischenbilanz in Bezug auf den Grad der Pflegebedürftigkeit der Betroffenen, indem die nach Victoria Henderson beschriebenen 14 grundlegenden Bedarfe berücksichtigt werden, und definiert, welche Ziele erreicht werden sollen. Dann werden in einer Liste (Aufgaben-Formblatt) die erforderlichen Hilfe sowie die weiteren erforderlichen Leistungen (Hilfsmittel, Geräte, Wohnraumanpassungen) festgehalten. Anhand dieser Liste wird ein Vorschlag zur Arbeitsteilung ausgearbeitet, wer diese Dienste erbringen soll und wie die Hilfeleistung zwischen den informellen Helfern (Familienmitglieder oder Person, die von der Familie angestellt wurde) und dem professionellen Netz an Hilfe- und Pflegediensten aufgeteilt wird.

Bei allen diesen Schritten versuchen die Teammitglieder, Wünsche des Pflegebedürftigen und seiner Familie soweit wie möglich zu berücksichtigen, wobei auch darauf geachtet wird, dass es zu keiner Überversorgung kommt; es wird im Gegenteil auch persönliche Initiative auf Seiten des Pflegebedürftigen erwartet.

### **3.2.5. Die Arbeitsteilung**

Die CEO schickt dem Pflegebedürftigen und dem Netz der Hilfe- und Pflegedienste den Versorgungsplan zu. Der Koordinator des Hilfenetzes orga-



nisiert dann ein Treffen mit dem Pflegebedürftigen und dessen Angehörigen, um gegebenenfalls Änderungen vorzunehmen und einen definitiven Versorgungsplan aufzustellen.

Die Änderungen können in zwei Formen zum Tragen kommen:

- Ersatz der Hilfen, die in einem Bereich (der Grundverrichtungen des täglichen Lebens, der Haushaltsführung) geplant waren, durch Hilfeleistungen in einem anderen Bereich (Grundverrichtungen, Haushaltsführung oder andere Unterstützungstätigkeiten);
- Ersatz der Sachleistungen, die von Hilfe- und Pflegediensten gewährt werden, durch Geldleistungen (im Rahmen der damit verknüpften begrenzten Stundenzahl).

Diese Änderungen ermöglichen dem Pflegebedürftigen erneut, seine Wünsche vorzutragen und darüber zu reden. Er nimmt dadurch aktiv an der Ausarbeitung des Versorgungsplan teil.

Die CEO beendet dann endgültig die Versorgungsplanung und schickt ihn der UCM zu, die die formale Entscheidung fällt. Falls die evaluierte Person nicht mit der Entscheidung der UCM einverstanden ist, kann sie dagegen auf juristischem Wege Einspruch erheben.

### **3.2.6. Die erneute Evaluation**

Es ist eine sechsmonatige Frist geplant, bevor eine erneute Evaluation beantragt werden kann, es sei denn, es treten grundlegende Veränderungen der Umstände auf, wenn sich z.B. der Zustand des Betroffenen stark verschlechtert hat, oder wenn der Pflegende krank oder durch einen Unfall verletzt wird. Eine erneute Evaluation kann vom Pflegebedürftigen selber, von seinen Familienangehörigen, vom Hilfe- und Pflegenetz, vom Alten- oder Pflegeheim, von der UCM oder von der CEO verlangt werden.

### **3.3. Die Rolle der CEO bei der Vermittlung von Heimplätzen**

Vor der Einführung der Pflegeversicherung gab es keine gültige Statistik bezüglich der Zahl der vorhandenen Betten in den verschiedenen Heimen, auch nicht bezüglich der Zahl der Pflegebedürftigen in Luxemburg. Die CEO hat in diesem Bereich zwei Aufgaben:

- auf der einen Seite konnte theoretisch eine bestimmte Zahl an freien Betten für Pflegebedürftige erfasst werden, über die die CEO einen Hilfe- und Pflegevertrag mit den Heimen abgeschlossen hat;
- auf der anderen Seite führt die CEO eine „Notliste“ für diejenigen, die in ein Heim aufgenommen werden müssen.

Wenn ein Bett in einem Altenheim frei wird, hat die jeweilige Institution zehn Tage Zeit, um das Bett neu zu belegen; danach ist es dann für eine Person aus der Notliste der CEO verfügbar. Einige Heime stellen ihre Betten auch direkt der CEO zur Disposition.

Die Rangfolge auf der Notliste der CEO richtet sich nach dem Pflegebedürftigkeitsgrad der Person. Psycho-soziale Faktoren werden nur in dem Maße berücksichtigt, wie sie die Pflegesituation verschlimmern. Die Anträge, die seitens der Pflegeversicherung nicht angenommen werden, müssen dann in Kooperation der verschiedenen Sozialdienste bearbeitet werden.

#### **3.4. Die Zusammenarbeit der CEO mit den sozialen Diensten**

Die CEO versucht zur Zeit eine Zusammenarbeit mit den sozialen Diensten der Liga für Prävention und gesundheitlich-soziale Maßnahmen sowie mit dem Roten Kreuz in die Wege zu leiten. Sie erhält eine Reihe von Anträgen, die nicht den Zuständigkeitsbereich der Pflegeversicherung betreffen, in denen aber dennoch Bedarfssituationen zum Ausdruck kommen, auf die reagiert werden muss.

#### **4. Fallbeispiel einer Bearbeitung durch die CEO**

Angesichts der Unterschiedlichkeit der von der CEO vorgefundenen Situationen erscheint es unmöglich, ein repräsentatives Beispiel einer älteren pflegebedürftigen Person auszuwählen. *Den* typischen Fall gibt es nicht, das folgende Beispiel ist daher eher als Illustration der „Evaluationsmethode“ der CEO zu verstehen und nicht als Beschreibung der Gesamtheit der Leistungen, die sie anbieten kann.

## **4.1 Beschreibung der Situation des Antragstellers**

### **4.1.1 Persönliche Lage**

Frau M. ist 75 Jahre alt und ist, nach zwei aufeinander folgenden Schlaganfällen im Jahr 1996, an der linken Körperhälfte gelähmt. Sie ist seitdem auf einen Rollstuhl angewiesen. Beim zweiten Schlaganfall fiel sie hin und hat sich dabei die rechte Schulter gebrochen. Sie kann seitdem ihren rechten Arm nicht mehr über ihren Kopf heben. Sie auf dem linken Auge erblindet und hat Sprachschwierigkeiten.

Ihr Ehemann ist 80 Jahre alt und hat selber einen Infarkt gehabt, er wohnt mit ihr zusammen. Sie haben fünf Kinder, darunter drei Töchter, die nicht mehr zu Hause wohnen, sie aber regelmäßig besuchen. Ein Hilfe- und Pflegedienst kommt jeden Morgen und Abend, um Frau M. zu waschen und anzuziehen. Die Wochentage verbringt sie in einer Tagespflege. Mittags bekommen sie „Essen auf Rädern“.

### **4.1.2 Lebensbedingungen**

Herr und Frau M. wohnen in einem Haus im Zentrum eines kleinen Dorfes im Osten des Landes. Im Dorf gibt es weder eine Bäckerei noch ein Lebensmittelgeschäft. Nach einem Gespräch mit Herrn und Frau M. wurde festgestellt, dass alle Nachbarn alt sind und ihnen nicht viel helfen könnten.

Das Haus hat zwei Etagen. Im Erdgeschoss befindet sich das Schlafzimmer von Frau M. sowie die Küche und das Wohnzimmer. Das Badezimmer und die Toilette befinden sich im ersten Stock. Der Flur ist sehr schmal, so dass es sehr schwierig ist, dort mit dem Rollstuhl zu fahren, außerdem gibt es kleine Schwellen an den Zimmertüren. Von einem Zimmermann wurden Rampen eingebaut, um mit dem Rollstuhl hindurch fahren zu können. Auch im Hauseingang wurde eine Rampe gebaut, um ins Haus hinein zu kommen.

## **4.2 Die Begutachtung**

Die medizinische Evaluation und die Evaluation der Pflegebedürftigkeit wurden am selben Tag im Haus der Pflegebedürftigen durchgeführt. Der Ehemann und zwei ihrer Töchter waren anwesend.

#### **4.2.1 Die medizinische Evaluation der Frau M.**

Der Arzt verlangt, dass die Familie während der Evaluation aus dem Zimmer geht. Er wird sie später nach Einzelheiten fragen.

Die medizinische Begutachtung dauert eine halbe Stunde. Zuerst wird die Frau M. vom Arzt befragt, um ihre Orientierungsfähigkeit in Zeit und Raum festzustellen. Er untersucht sie und misst dann ihren Blutdruck. Dabei befragt er sie weiter, um ihren körperlichen Gesundheitszustand objektiv und subjektiv zu überprüfen. Frau M. spricht sehr langsam mit einer monotonen Stimme. Sie bildet nicht immer ganze Sätze und manchmal fällt es schwer, sie zu verstehen.

Der Arzt hat folgende Bemerkungen über den Gesundheitszustand von Frau M. notiert:

- linksseitige Lähmung, Erblindung des linken Auges, Sprachstörung, die oberen linken Körperteile sind verkrampft
- Übergewicht, fast blind, hört gut
- allgemeiner Gesundheitszustand befriedigend, chronische Bronchitis
- Patientin ist ruhig, beklagt sich nicht
- sie kann nicht gehen, kann aber mit fremder Hilfe stehen
- Orientierungsfehler
- ist inkontinent, leidet unter Verstopfung
- Verliert das Zeitgefühl.

#### **4.2.2 Evaluation der Pflegebedürftigkeit von Frau M.**

Interview mit Frau M. :

Unmittelbar nach der medizinischen Untersuchung wird das Interview zur Evaluation der Pflegebedürftigkeit durchgeführt. Der Evaluator führt das Gespräch erst allein mit Frau M. durch, um die allgemeinen Fragen zu beantworten. Am Ende wurde Frau M. müde, deshalb stellt er der Familie die restlichen Fragen.

Im ersten Teil des Gespräches (allgemeine Fragestellungen) handelt es sich um die Lebensbedingungen Frau M. Im zweiten Teil wird der Pflegebedürftigkeitsgrad beurteilt. Später werden die selben Fragen der Familie gestellt, deshalb werden wir dort darüber berichten.

Das Gespräch dauerte 35 Minuten. Am Ende beschwert sich Frau M. über die Anzahl der Fragen und antwortet nur noch mit Ja oder Nein. Sie macht einen sehr erschöpften Eindruck.

Gespräch mit der Familie:

Der Ehemann und zwei der Töchter nehmen an diesem Gespräch teil. Die folgende Tabelle zeigt die Ergebnisse dieses Gespräches. Sie sind dem Fragebogen entsprechend strukturiert:

- Funktionelle Selbstständigkeit: die Familie meint, dass Frau M. fast nichts mehr mit dem linken Auge erkennen kann und dass ihr Sehvermögen sich immer weiter verschlechtert. Sie hört zwar relativ gut, reagiert aber manchmal nicht, wenn man mit ihr redet. Manchmal versteht die Familie sie schlecht und bittet sie deshalb, noch einmal zu wiederholen, was sie sagen wollte. Ihre körperliche Beweglichkeit ist sehr eingeschränkt, sie kann nur mit Hilfe von zwei Personen stehen, und das nicht sehr lange. Das Stehen fällt ihr immer schwerer, manchmal fällt sie hin. In manchen Nächten schläft sie schlecht und ruft mehrmals nach ihrem Ehemann. Sie isst gut. Die Krankenschwester der Tagespflegeeinrichtung bereitet die Medikamente für eine ganze Woche vor und gibt sie dem Ehemann. Frau M. ist inkontinent und muss deshalb Windeln tragen. Die Familie beklagt sich über die Enge des Hauses und dass sie mit dem Rollstuhl nicht zum Bad fahren können.

Das alltägliche Leben ist wie folgt organisiert:

Übt der Antragsteller die folgenden Tätigkeiten selbst aus?	Wie?	Anmerkungen und Begründung
Sich waschen	Durch Dritte	Sie wird durch Hilfe Dritter für die Körperhygiene betreut (für die Intimhygiene hält sie sich am Waschbecken der Küche fest, sie wird sonst im Bett ganz gewaschen)
Sich kämen	Durch Dritte	
Baden	Durch Dritte	Sie wird in der Tagespflege gebadet
Duschen	Nicht zutreffend	
Zähne putzen	Durch Dritte	Der Ehemann gibt ihr Mundwasser zum spülen, er hat Angst, dass sie ihn beim Zähne putzen beisst.
Rasieren	Nicht zutreffend	
Schminken	Nicht zutreffend	

Nägel schneiden	Durch Dritte	Die Tochter schneidet ihr die Fingernägel und der Pfleger die Zehennägel.
Haare waschen	Durch Dritte	Die Tochter wäscht ihr die Haaren (sie ist Friseurin).
Intime Hygiene (Periode...)	Nicht zutreffend	
Toilettennutzung	Durch Dritte	Der Ehemann schafft es allein, sie aus dem Rollstuhl zum Toilettenstuhl heraus zu transportieren, aber nicht aus dem Bett.
Essen zubereiten	Durch Dritte	
Essen	Durch Dritte	Normalerweise wird sie bedient, da sie die Suppe nicht mehr allein essen kann. Sie schafft es nicht, eine Brotscheibe selber zu nehmen und lässt oft alles fallen. (Man muss deshalb immer bei ihr bleiben.)
Essen schneiden	Durch Dritte	
Getränke einschenken	Durch Dritte	
Trinken	Durch Dritte	Sie trinkt mit Hilfe eines Strohalms.
Kleine Mahlzeiten zubereiten	Durch Dritte	Sie kann nichts machen. Morgens isst sie zu Hause, mittags und abends in der Tagespflege und am Wochenende wieder zu Hause.
Eine Mahlzeit vorbereiten	Durch Dritte	Sie erhält „Essen auf Rädern“.
Sich anziehen und ausziehen	Durch Dritte	
Sich hinsetzen und von einem Stuhl aufstehen	Durch Dritte	Der Ehemann kann sie von einem Stuhl auf einen anderen setzen, aber nicht ins Bett zu legen.
Aufstehen und ins Bett gehen	Durch Dritte	Zwei Personen
Sich in der Wohnung bewegen	Durch Dritte	Man muss ihren Rollstuhl fahren, sie kann es selber nicht mehr und es ist zu eng.
Treppe hinaufsteigen/hinuntersteigen	Nicht zutreffend	
Sich im Bett drehen	Durch Dritte	
Mehrere Stunden allein bleiben	Mit Hilfe	Sie will nicht allein bleiben, man muss ihr immer Bescheid sagen, wohin man geht.
Telefonieren	Durch Dritte	Sie telefoniert selber nicht mehr, man müsste ihr den Hörer halten.
Wohnung heizen	Durch Dritte	Die Töchter und der Ehemann kümmern sich darum.
Der tägliche Haushalt	Durch Dritte	ebenso
Wäsche waschen/ bügeln	Durch Dritte	ebenso
Müll wegbringen	Durch Dritte	ebenso
Tür öffnen	Durch Dritte	ebenso
Nach draußen gehen	Durch Dritte	Man muss zu zweit sein, um sie auf ihrem Rollstuhl aus dem Haus zu fahren (die Rampe ist zu steil und

		sie ist sehr schwer).
Besuche/ Ausflüge machen	Nicht zutreffend	Es ist zu schwer, sie ins Auto zu heben.
Öffentliche Verkehrsmittel benutzen	Nicht zutreffend	
Besorgungen machen	Nicht zutreffend	
Verwaltung der Finanzen	Nicht zutreffend	

Im letzten Jahr konnte Frau M. immer weniger von diesen Tätigkeiten ausüben.

- Flexibilität der Familie und des sozialen Umfelds: Der Ehemann ist ständig da, eine der drei Töchter kommt fast jeden Tag vorbei, eine andere zwei bis drei Mal pro Woche und die Dritte nur am Samstag. Einer der Söhne kommt unregelmäßig vorbei, um sich um den Garten zu kümmern, der andere kommt nicht mehr vorbei. Die Enkelkinder besuchen manchmal ihre Oma. Frau M. hat noch eine Schwester, die in der Schweiz lebt und alle zwei bis drei Monate zu Besuch kommt. Sie hat keine weiteren sozialen Kontakte.
- Familiäre Hilfe: Es besteht aus dem Ehemann, der Töchter und dem Pflegedienst, der sich um Frau M. kümmert. Die Familie finden diese Hilfeleistungen zu wenig. Sie denken, dass es so nicht mehr lange weitergehen kann. Sie sind alle erschöpft und haben sie auf der Warteliste eines Heims eingetragen, das im September öffnen wird.
- Fähigkeiten, Verhalten und affektiver Gesundheitszustand: Frau M. hat keine Orientierungsprobleme mehr in Zeit und Raum, aber ihr Kurzzeitgedächtnis funktioniert ungenügend. Sie verhält sich ruhig, beklagt sich nicht, mag aber nicht allein sein. Sie will das Haus nicht mehr verlassen, freut sich aber, wenn sie mal draußen ist. Ihr Hauptproblem ist ihre Unfähigkeit, etwas zu tun. Sie scheint mit dem Personal des Pflegedienstes zufrieden zu sein. Das einzige Problem ist, dass sie nicht ins Heim möchte, obwohl ihre Familie sie auf der Liste vom CIPA in Wasserbillig bereits angemeldet hat. Es wäre für die Familie die beste Lösung, da sie sich überfordert fühlen und das Heim in Wasserbillig sehr nahe bei ihrem Wohnort liegt.

#### 4.2.3 Feststellung der notwendigen Leistungen für Frau M.

Der Arzt, der Evaluator und ein Psychologe treffen sich einige Tage später im Team, um die Auswahl der für Frau M. geeigneten Pflegeleistungen zu

erörtern. Angesichts der schweren Behinderungen wollen sie den Wunsch der Familie respektieren, Frau M. in ein Heim zu geben, auch weil das Haus nicht pflegegerecht ist; daher wurde entschieden, keine Haushaltshilfe zu empfehlen.

Mit Hilfe des Pflegeplan-Formulars werden Art und Dauer der notwendigen Pflegeleistungen festgelegt. Die Aufgaben für die Familie und für den Hilfe- und Pflegedienst werden verteilt. Betrachtet man die Leistungen insgesamt, kommt man zu folgendem Ergebnis:

- Geldleistungen, damit die Familie einen Teil der Betreuung übernimmt: 10,5 Std. pro Woche (= Maximum)
- Unterstützung durch eine Tagespflegeeinrichtung: 40 Std. pro Woche
- Hilfe- und Pflegeleistungen von ambulanten Diensten (zusätzlich zur Unterstützung in der Einrichtung): 16 Std. 30 Min. pro Woche

Für Frau M. und ihre Familie bedeutet das, dass die Kosten für die Tagespflege sowie die der Leistungen, die die häuslichen Dienste erbringen, von der Pflegeversicherung übernommen werden. Dadurch werden die Pflegebeihilfe zur Hälfte erhöht, sie erhielten bis jetzt 19.000 LUF monatlich.

#### **4.2.4 Pflegehilfsmittel und Wohnanpassung**

Frau M. besitzt schon einen Rollstuhl, ein Krankenbett und einen Toilettenstuhl. Sie hat alles selbst bezahlt. Das Pflegeversicherungs-Gesetz sieht keine nachträgliche Rückerstattung vor. Wenn sie dieses Zubehör nicht bereits hätte, hätte die CEO einen Krankengymnast oder einen Ergotherapeut zu ihr geschickt, um eine Liste notwendiger Pflegehilfsmittel zu erstellen. Die CEO sucht im Internet die erforderlichen Pflegehilfsmittel. Frau M. braucht sich deshalb nicht darum zu kümmern, die CEO ist für die Bedarfsfeststellung und den Kauf dieser Mittel zuständig.

Dasselbe gilt für die Wohnanpassungen. Die Familie hat bereits aus eigener Initiative die notwendigen Wohnanpassungen durchführen lassen (Rampe am Hauseingang, Rampe zu den Zimmern). Für weitere Anpassungen ist das Haus nicht geeignet. Wenn sie sich für weitere umfangreichere Anpassungen (Beispiel: Toilette und Badezimmer für den Rollstuhl zugänglich zu machen) entschieden hätten, wäre entweder ein Krankengymnast oder ein Ergotherapeut von der Beurteilungseinheit gekommen, oder die CEO hätte den Verein für die Entwicklung und die Verbreitung technischer Hilfe für Behinderte (*Association pour le Développement et la Propagation d'aides Techniques pour personnes Handicapées*, ADAPTH) um Hilfe gebeten, ei-



ne Organisation, mit der die CEO einen Kooperationsvertrag hat. Schließlich organisiert und koordiniert die CEO die Anpassungen.

#### **4.2.5 Und Jetzt...?**

Die von der CEO ausgearbeiteten Vorschläge zur Arbeitsteilung wurden der UCM übergeben, damit sie diese an Frau M. und die ambulanten Dienste weiterleitet. Die UCM ist aber bereits überfordert und hat es noch nicht verschickt.

Sobald der ambulante Dienst den Pflegeplan bekommt, wird er mit Frau M. ein Treffen organisieren, um mit ihr über die neuen Pflegeleistungen und ihre Koordinierung mit den Pflegediensten zu reden. Die UCM wird dann den endgültigen Pflegeplan festlegen.

Die Geldleistungen der Pflegeversicherung werden rückwirkend vom Zeitpunkt der Antragstellung ab gewährt. Alle seitdem für die Tagespflege und den ambulanten Dienst angefallenen Kosten, die Frau M. bereits bezahlt hat, werden von der UCM zurückerstattet, und sie erhält auch die Geldleistungen, auf die sie in diesem Zeitraum einen Anspruch hatte.

Der Gesundheitszustand Frau M. wird bei der im September vorgesehenen Heimeinweisung wieder evaluiert.

## Schluss

Das Case-Management im Rahmen der Pflegeversicherung versteht sich als ein Verfahren zur Evaluation der spezifischen Bedarfen des Patienten an Hilfe und Pflege und zur Planung und Koordinierung der Dienstleistungen. Seine Einführung in Luxemburg hat für die Hilfe für Ältere folgende Verbesserungen ergeben:

- Information der Öffentlichkeit über die Dienste und Hilfsmöglichkeiten für Ältere;
- Zentralisierung der Information und der Dienstleistungen: Pflegebedürftige haben einen einzigen Ansprechpartner, der die Pflege organisiert und koordiniert;
- Priorität für häusliche Pflege, um die Älteren und ihre Verwandten bei der Organisation der Pflege zu unterstützen und damit auch die informelle Hilfe durch die Familie anzuerkennen;
- Anpassungen der Dienstleistungen und der geleisteten Hilfe an den persönlichen und spezifischen Bedarf des Pflegebedürftigen;
- Reorganisation der vorhandenen Dienste, damit sie für jeden Pflegebedürftigen zugänglich werden, unabhängig von der geografischen oder wirtschaftlichen Lage;
- Erfassung der verfügbaren Plätze und Heimplatzvermittlung je nach Dringlichkeit.

Im Gesetzentwurf über die Pflegeversicherung entdeckte der Gesetzgeber eine Lücke im luxemburgischen System. Diese Lücke ist im Bereich der „geriatrischen Rehabilitation“ zu finden. Aus diesem Grund wurde entschieden, dass die CEO Rehabilitationsmaßnahmen vorschlagen muss. Freie Plätze in der geriatrischen Rehabilitation sind aber selten, weshalb es der CEO zurzeit nicht möglich ist, diesen Beschluss in zufriedenstellender Weise umzusetzen. Um diesen Mangel zu beseitigen, ist ein nationales Zentrum für funktionelle Rehabilitation und Wiedereingliederung geplant.

Die Neuheit der Pflegeversicherung erschwert es, die Durchführung der neuen Regelungen und ihre Ergebnisse objektiv zu analysieren. Bei der Redaktion dieses Berichts hatte die UCM noch keinen Versorgungsplan für eine ältere Person, die zu Hause wohnt, verabschiedet.

In der Öffentlichkeit wurde die Pflegeversicherung mit Skepsis aufgenommen. Ihre Einführung wurde als zu hastig beurteilt (nach mehreren Jahren der Überlegung und Analyse blieben zur Einführung nur sechs Monate Zeit – von der Verabschiedung des Gesetzes im Juni 1998 bis zu seinem Inkraft-Treten im Januar 1999). Die Öffentlichkeit hatte einen sehr negativen

Eindruck, was mit dem Mangel an Transparenz bezüglich der Hilfe- und Pflegeleistungen für Ältere zusammenhing. Der Informationsbedarf war deshalb groß, sodass hierfür seitens der CEO viel Zeit investiert werden musste.

Das Schema der häuslichen Evaluation scheint kompliziert zu sein, aber jeder Schritt wird vom Personal der CEO als notwendig erachtet, um ein optimales Dienstleistungssystem für Ältere gewährleisten zu können. Einige Bereiche müssen jedoch optimiert werden. Deshalb werden zur Zeit die Fragebögen, die lang sind und viele eventuell überflüssige Fragen enthalten, einer Revision unterzogen. Diesbezüglich wurde die Frage aufgeworfen, ob das gleiche Befragungsverfahren nach einem sehr rigiden Schema das optimale Mittel ist, um auch für die leichteren Fälle in aller Ausführlichkeit vollständige Angaben zu erheben.

Die Einführung der einzelnen Elemente der Pflegeversicherung dauert länger als geplant. Deshalb sind die Beziehungen zu und Kooperationen mit den Diensten außerhalb der Pflegeversicherung (vor allem mit den sozialen Diensten) noch in der Aufbauphase. Auch die Organisation von externen Gutachten sowie die Kooperation mit Anbietern für Pflegegeräte und Pflegehilfsmittel steht erst am Anfang, und es ist schwer, diesbezügliche Schlussfolgerungen über die Effektivität zu ziehen.

Zusätzlich beeinträchtigen kleine Probleme innerhalb der CEO die Arbeit (wie das EDV-Programm, das sich als unpassend erwiesen hat und ersetzt werden musste). Dadurch wurden viele Anträge angehäuft, die bearbeitet werden müssen, und die Warteliste wird immer länger (dadurch wurde die Einstellung weiterer sieben Personen erforderlich).

Die CEO ist daher noch weit von ihrem normalen Arbeitsrhythmus entfernt. Sobald das ganze System vollständig implementiert ist, hoffen die Vollzeitangestellten, keine Aushilfen mehr zu benötigen. Es wäre dann interessant, eine neue Evaluation der Arbeit der CEO vorzunehmen und ihre Ergebnisse auch aus der Sichtweise der älteren Pflegebedürftigen, die die CEO in Anspruch nehmen, zu analysieren.

Es bleibt noch viel zu tun. Man kann nur dem CEO-Personal alles Gute wünschen und hoffen, dass die CEO weiterhin mit so viel Motivation arbeiten wird wie bisher.

## **Diskussion des Berichtes aus Luxemburg**

### **Lowenstein:**

Ich würde gerne einen generellen Kommentar zum Problem der Beurteilung geben. In dem Material, das präsentiert wurde, lag die Betonung auf funktionaler und medizinischer Beurteilung. Und ich weiss, auch in den meisten von mir bearbeiteten Fällen ist das funktionale Assessment die Basis. Wir sollten aber darüber diskutieren, dass wir ein tiefer gehendes Assessment brauchen: normalerweise reden wir von sozialen und gesundheitlichen Aspekten, aber die sozialen und familiären Bedürfnisse werden zu wenig einbezogen.

### **Orlewsky:**

Es ist vielleicht aus dem Bericht nicht so klar hervor gegangen, aber die sozialen Aspekte werden in der ganzen Evaluation auch mit einbezogen, das ganze Umfeld, wie die Person zu Hause und mit ambulanten Leistungen versorgt ist. Spezifische Leistungen sind z.B., dass eine Person während einiger Stunden zu Hause einfach nur betreut werden kann, dass z.B. die Person, die zu Hause jemanden pflegt, für einige Stunden entlastet wird. Das sind Leistungen, die auch übernommen werden. Der Besuch der Tagesstätte wird während der ganzen Woche finanziert, wenn Personen nicht mehr alleine leben können, wenn man sie nicht mehr alleine lassen kann, wenn Personen nicht mehr alleine einkaufen gehen können. Das wird auch mit evaluiert und wird auch von der Pflegeversicherung mit übernommen. Z.B. auch, wenn Leute eine psychische Betreuung brauchen, weil sie Probleme haben und mit dem Leben alleine nicht mehr fertig werden, auch das wird mit evaluiert und von der Pflegeversicherung mit übernommen. Die einzige Bedingung, die besteht, um in Luxemburg in den Genuss der Pflegeversicherung zu kommen, ist, dass man pro Woche mindestens einen Bedarf von dreieinhalb Stunden Pflege in den Aktivitäten des täglichen Lebens haben muss. Aber wenn man dieses Minimum erreicht, hat man auch Anrecht auf soziale Unterstützung und gesellschaftliche Aktivitäten.

### **Cappell:**

Das System kommt uns in Deutschland ja bekannt vor, es ist vielleicht etwas ausführlicher als bei uns die Begutachtung durch den medizinischen Dienst der Krankenversicherung, aber im Grunde sehr ähnlich. Die Frage ist, ob bei Ihnen jetzt auch ein Case Management im engeren Sinne vorgesehen ist, z.B. durch die Pflegeversicherung, oder ob diese das dann an das Netzwerk ambulanter Dienste weitergibt, das dann für das Management in dem Fall zuständig ist.

**Orlewsky:**

Der individuelle Pflegeplan wird an das Netzwerk verschickt, und der beinhaltet auch, welche Leistungen vom Netzwerk getragen werden und welche Leistungen von der Person getragen werden, die zu Hause pflegt. Das wird zusammen abgestimmt. An sich dürfen sie die Leistungen nicht ändern, die allgemeine Leistung muss bestehen bleiben, aber die Familie kann sagen: Ich möchte mehr übernehmen, oder: Ich möchte mehr an das Pflegenetzwerk weitergeben. Diese Möglichkeit besteht schon, da ist man flexibel, aber das Pflegenetz muss die Leistungen ausführen, die in diesem Pflegeplan festgehalten wurden. Der Pflegeplan wird aber auch teilweise mit dem Pflegenetz zusammen aufgestellt. Das Assessment und die Hilfeplanung werden jedenfalls grundsätzlich von der Pflegeversicherung durchgeführt, und dabei werden sehr umfassend alle relevanten Aspekte aufgenommen. D.h. die Evaluation ist schon sehr aufwendig: die pflegebedürftige Person selbst ist beteiligt, außerdem die Person, die zu Hause jemanden betreut, und zusätzlich auch noch ein Arzt oder aber ein Helfer aus dem Pflegenetz.

**Cappell:**

Eine kurze Nachfrage noch. Case Management ist ja mehr als Assessment, Evaluation und Hilfeplanung, z.B. auch noch das Monitoring. Ist so etwas vorgesehen, oder wird dann, wenn einmal alles läuft, abgewartet, dass z.B. der Pflegebedürftige sich meldet, dass er irgendwie einen anderen Bedarf oder mehr Bedarf hat?

**Orlewsky:**

Ja, dann wird ein neuer Antrag bei uns gestellt. Und der Antrag wird entweder von der Pflegeperson selbst gestellt, oder er kann von dem Hilfsnetz gestellt werden, er kann auch von der Person gestellt werden, die die Person zu Hause betreut – eigentlich kann von jedem angefragt werden.

**Ziller:**

Ich denke, wir haben hier einen großen Unterschied zum Assessment in der deutschen Pflegeversicherung. Denn in der deutschen Pflegeversicherung dient das Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit, man könnte auch sagen: Das Assessment dient *ausschließlich* zur Feststellung des Grades der Pflegebedürftigkeit, d.h. seine Funktion erschöpft sich darin, Grundlage für die leistungsrechtliche Entscheidung zu sein. Von Case Management als einer prozesshaft angelegten, auf längere Zeiträume hin ausgerichteten, persönlichen Hilfe kann im deutschen Pflegeversicherungsrecht überhaupt keine Rede sein.

Soweit haben wir hier sehr interessante Ansätze auf dem Boden der Pflegeversicherung eines Nachbarlandes, in dem durchaus Case Management-Elemente ausgeformt sind, wenngleich die Fragen, die Herr Cappell stellt, von großem Gewicht sind: Wie sieht es mit der Umsetzung eines Hilfeplans aus, der in der Verantwortung der Pflegeversicherung erstellt wird, und dessen wesentliche Elemente dann andere umsetzen müssen? Das ist natürlich ein Systembruch, der in der Praxis sicher Schwierigkeiten bereitet; aber das wissen Sie selbst sehr gut.

**Bar-Giora:**

Sie sprachen von einem Projekt im Rahmen der Pflegeversicherung; bedeutet das, dass es gesetzlich verankert ist? Und müssen die alten Menschen für diese Leistung zahlen, oder ist das schon in einem vorhandenen Budget abgedeckt?

**Orlewsky:**

Das Versicherungssystem und die Finanzierung sind so geregelt, dass jeder Bürger in Luxemburg 1% seines monatlichen Einkommens bezahlt. 45% der Pflegeversicherung werden über den Staat finanziert. Wenn man pflegebedürftig ist, bezahlt man nicht mehr, sondern auch nur 1% des Einkommens. Jeder hat ein individuelles Recht auf Leistungen der Pflegeversicherung, wenn er pflegebedürftig wird. Das betrifft nicht nur die älteren Menschen, das betrifft auch Kinder, auch körperlich und geistig Behinderte.

## **Niederlande**

### **Auswertung des Case-Management-Projektes Nieuw-Doddendaal**

C. Ramakers

ITS-Nijmegen

#### Unter Mitarbeit von:

Mrs Ir. F. Baarveld, Sozialforscherin ITS-Nijmegen

Mrs Th. Delgijer, Case Manager Nieuw Doddendaal

Mr J.M.M.Revenberg, Leiter der Stiftung „Habicura“, Cluster Nijmegen  
Organisation für Stationäre Unterbringung und Pflege

#### Mit Unterstützung des:

Niederländischen Ministeriums für Gesundheit, Wohlfahrt und Sport  
Amt für Öffentliche Wohlfahrt und Seniorenpolitik





## **1. Nationaler Kontext**

### **1.1 Ältere Menschen in den Niederlanden**

Die Niederlande zählten 1997 15,6 Millionen Einwohner. Zwei Millionen davon (13%) sind älter als fünfundsiebzehn Jahre und drei Prozent der Bevölkerung sind achtzig Jahre oder älter (CBS, 1999). Ein Großteil (72%) der Betagten leidet an chronischen Krankheiten – darunter Herzbeschwerden, hoher Blutdruck, Folgen eines Schlaganfalls, Darmbeschwerden und Zuckerkrankheit. Einer von fünf Senioren ist auf Grund seiner körperlichen Gebrechen nicht mehr im Stande, sich selbst zu versorgen. Psychosoziale Beschwerden, wie Einsamkeit, Ruhelosigkeit und Niedergeschlagenheit, kommen unter älteren Menschen genauso häufig vor wie in der gesamten Bevölkerung (12%).

Die Beanspruchung des Gesundheitswesens durch ältere Menschen im Vergleich zur Gesamtpopulation ist hoch. 1997 besuchten 86 % der Bevölkerung über 65 Jahre den Hausarzt, 60 % einen Facharzt und 13 % wurden im Krankenhaus aufgenommen. Für die gesamte Population liegen diese Zahlen bei 76%, beziehungsweise 37 % und 6 % (CBS, 1997).

### **1.2 Einrichtungen für ältere Menschen**

#### **Alten- und Pflegeheime**

Die wichtigsten besonderen Einrichtungen für Senioren sind die Alten- und Pflegeheime. Altenheime sind für Menschen mit leichten Behinderungen oder mangelnden sozialen Kontakten bestimmt, oder die sich im eigenen, selbstständigen Haushalt unsicher fühlen. Sie sind noch im Stande, die meisten alltäglichen Handlungen selbst zu verrichten. Bewohner eines Altenheims haben ein eigenes Zimmer. Es werden Ihnen drei Mahlzeiten am Tag, entweder im eigenen Zimmer oder im Heimrestaurant, soziale Hilfe und eine Notrufanlage geboten.

Daneben bieten Altenheime täglich Kurse und Unterhaltung an. Die Bewohner bezahlen einen geringen, einkommensabhängigen Teil ihrer Aufenthaltskosten im Heim selbst. Den anderen Teil bezahlt der Staat auf Grund des AWBZ<sup>6</sup>. Von einem Hausarzt oder einer mobilen Krankenschwester überwiesene Interessierte beantragen einen Heimplatz bei der Regionalen Begutachtungsstelle (RIO -Regionaal Indicatie Orgaan).

---

<sup>6</sup> Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten: Gesetz zur Finanzierung besonderer Krankheitskosten

Körperlich behinderte Personen, die außer Stande sind, sich selbst zu versorgen, können sich für einen Platz in einem normalen Pflegeheim bewerben. Sie stehen unter ständiger multidisziplinärer Behandlung und Beobachtung. Im Allgemeinen hat man in einem Pflegeheim weniger Privacy als in einem Altenheim. Den Patienten steht nachts ein Vier- oder Sechsbettzimmer und tagsüber ein Gemeinschaftsraum zur Verfügung. Die Regionale Begutachtungsstelle entscheidet über die Zulassung. Die Aufenthaltskosten in einem Pflegeheim werden auf Grund des AWBZ von der Sozialversicherung getragen.

Psychogeriatrische Pflegeheime sind für Patienten mit geistigen Behinderungen, in den meisten Fällen hirnerkrankungen (Demenz), da. Die Einrichtung der Heime ist an die Bewohner, deren Orientierungssinn geschwächt ist, angepasst. In ihrer Multidisziplinarität, allerdings mit Nachdruck auf psychosoziale Hilfe, und Finanzierung unterscheiden sie sich nicht wesentlich von den normalen Pflegeheimen.

#### Einige statistische Daten über Altenheime

	1990	1994	1996
<b>Zahl der Heime</b>	<b>1514</b>	<b>1446</b>	<b>1425 *</b>
<b>Bewohner mal 100 zwischen 65 und 84 Jahren</b>	<b>3.8</b>	<b>3.1</b>	<b>2.7</b>
Bewohner mal 100 von 85 Jahren und älter	34.4	31.4	29

\* Wegen fehlender Daten für 1996 ist hier die Zahl für 1995 aufgenommen.  
Quelle: CBS, 1999

Seit den achtziger Jahren ist in den Niederlanden die Popularität von Altenheimen unter betagten Menschen zurückgegangen. Auch die staatliche Politik ist darauf gerichtet, dass ältere Menschen so lange wie möglich im eigenen Haushalt leben können, eventuell in altersgerechten Wohnungen und unterstützt von der ambulanten Fürsorge. Ende 1996 wohnten zirka 113.000 Menschen in einem Altenheim. Der Anteil der älteren Menschen über 65 Jahre, die in einem Altenheim wohnen, ist auf 5,4 % gesunken. Für die nächsten Jahre wird ein weiterer Rückgang der Kapazität erwartet: 2001 werden 107.000 Altenheimplätze zur Verfügung stehen (SCP, 1999).

Der Bedarf an häuslicher Hilfe wird von der ambulanten Fürsorge gedeckt. Auch Alten- und Pflegeheime stellen sich immer mehr auf selbstständige Senioren ein, indem sie Mahlzeiten, Tagespflege, Kurzzeitpflege und An-

bindung an das Notrufsystem anbieten (Schrijvers und andere, 1997). Dadurch, dass ältere Menschen sich dafür entscheiden, länger im eigenen Haushalt zu leben, findet eine Art Selbstselektion statt. Das Durchschnittsalter der Bewohner der Altenheime nimmt zu, und damit auch ihre Hilfsbedürftigkeit.

### **Ambulante Fürsorge**

Obwohl die ambulante Fürsorge keine besondere Einrichtung für ältere Menschen ist, spielt sie eine immer wichtigere Rolle in der Altenversorgung. Dabei lässt sich ambulante Fürsorge als häusliche Krankenpflege und hauswirtschaftliche Hilfe an selbstständige Hilfeempfänger durch professionelle Fürsorger unterstützt von informellen, familiären wie außerfamiliären, Betreuern definieren. Sie ist insbesondere darauf gerichtet, dass die Betreuten so lange wie möglich zu Hause wohnen können (NRV, 1989).

Die Einrichtungen für häusliche Krankenpflege und hauswirtschaftliche Hilfe in den Niederlanden haben eine lange, ins vorige Jahrhundert zurückreichende Tradition. Am Anfang dieses Jahrhunderts entstanden überall im Land örtliche und regionale Organisationen für ambulante Krankenpflege (nach dem jeweiligen Kreuz in ihrem Emblem „Kreuzvereine“ genannt) und für hauswirtschaftliche Hilfe. 1990 schlossen sich ihre Dachverbände zum Nationalverband der ambulanten Fürsorge (Landelijke Vereniging voor Thuiszorg) zusammen. 1991 gab es 221 ambulante Fürsorgeorganisationen, Ende 1995 nur noch 129. Davon leisten 44 Einrichtungen sowohl hauswirtschaftliche wie Pflegehilfe (Van der Linden und Van Dam, 1997).

Ungefähr 85 % der Kosten der ambulanten Fürsorge werden vom AWBZ gedeckt. Die übrigen 15 % werden von den Hilfeempfängern bezahlt. Jeder Einwohner der Niederlande ist berechtigt, häusliche Pflege und Hilfe zu beanspruchen. Der Umfang der gebotenen Leistungen ist davon abhängig, wieviel informelle, familiäre und außerfamiliäre, Helfer zu Hause beisteuern können. Die ambulante Fürsorge ist daher als Ergänzung zur informellen Hilfe zu verstehen.

Häusliche Krankenpflege und hauswirtschaftliche Hilfe stehen jedem zur Verfügung, unabhängig von seinem Alter oder Einkommen. Zirka 5 % der Gesamtbevölkerung nehmen diese Fürsorge in Anspruch. Ältere Menschen sind die Haupthilfeempfänger: 1995 erhielten 9 % der Senioren hauswirtschaftliche Hilfe und 5 % häusliche Krankenpflege. Für die Hochbetagten von 85 Jahren oder älter liegen diese Zahlen höher: 19 % beziehungsweise 14 % (EBB, 1996).

### 1.3 Case Management: eine Form der Fürsorgekoordinierung

#### Politik

Neben den Alten- und Pflegeheimen und den ambulante Einrichtungen gibt es im Bereich der Altersfürsorge noch die Seniorenwohlfahrtsverbände, die Sozialfürsorge und die zahlreichen Freiwilligenorganisationen. Durch die Vielheit und Vielfalt der Angebote und Einrichtungen war für die Betroffenen eine unübersichtliche Situation entstanden. Um dieser Unübersichtlichkeit entgegenzuwirken, hat sich die Politik um Koordinierungsmechanismen bemüht. Das 1974 vorgelegte Gesamtkonzept zur Einrichtung des Gesundheitswesens will durch „mehr Kohärenz“ ein adäquateres Fürsorgeangebot bewirken. Zunächst wollte man diese Kohärenz durch neue Gesetzgebung und Regulierung des Fürsorgeangebots erreichen. Es sollte eine zentrale Einrichtung geschaffen werden, die die Angebote besser aufeinander abstimmen könnte. Seit Mitte der achtziger Jahre hat man diese Instrumente „von oben“ wieder abgeschafft (Steenbergen, 1992).

„Wenn ältere Menschen ambulante Fürsorge beanspruchen wollen, haben sie es oft mit mehreren Personen als Ansprechpartner und/oder Betreuer zu tun. Das führt zur Verwirrung. Die gefragten Betroffenen wissen oft nicht, wer welcher Organisation angehört und wen sie ansprechen sollen. Der Angesprochene kann wohl unterscheiden, ist aber für die Verwirklichung einer Lösung von einer anderen Einrichtung abhängig, wobei ein „guter Draht“ zu dieser Einrichtung oft ausschlaggebend ist ... Hinzu kommt, dass manche älteren Menschen Schwierigkeiten haben, Lösungen für komplexe Probleme zu finden. Wenn sie dann nicht wissen, wo sie anfangen sollen, führt das zur Standardlösung: das Altenheim.“ Quelle: Welzijnsweekblad, Nr. 38, September 1989.

Laut Regierungsvorlage „Verandering Verzekerde“ (1998) ist es die Aufgabe der regionalen und lokalen Einrichtungen, ein kohärentes und zweckmäßiges Versorgungsgeflecht zu realisieren. Wie dies erreicht werden muss, wird in der Vorlage nicht weiter dargelegt. Trotz und zum Teil gewiss auch dank dieser Unklarheit sind in den vergangenen zehn Jahren zahlreiche lokale und regionale Initiativen angelaufen, wobei sich die Beteiligten um eine kohärentere Versorgung bemühen. In vielen Fällen will man dies durch eine bessere Abstimmung zwischen den jeweiligen Einrichtungen erreichen, zum Beispiel mittels Protokollen, Kooperation, zentraler Anmelde- und Begutachtungsstellen. In anderen Projekten steht nicht das Versorgungsangebot

sondern der Versorgungsbedarf im Mittelpunkt und wird von Case Management gesprochen (Steenbergen, 1994).

### **Definition**

Ein Case Manager organisiert und koordiniert die Versorgungsleistungen, die ein Hilfeempfänger erhält (Schrijvers, 1993). Case Management wird im großen und ganzen durch Folgendes gekennzeichnet:

- Der individuelle Hilfeempfänger steht im Mittelpunkt.
- Es wird Fürsorge organisiert.
- Case Management umfasst die ganze Strecke, von der Anmeldung bis zur Abmeldung.
- Case Management beschränkt sich auf schwere Formen der Koordination.
- Der Case Manager ist im Idealfall unabhängig von Fürsorgeanbietern und Versicherern.
- Case Management ist nicht einer bestimmten Berufsgruppe vorbehalten.

### **Aufgaben**

Der Case Manager befasst sich im großen und ganzen mit folgenden Aufgaben (Willems, 1992):

- Finden der Zielgruppe (case finding);
- Feststellen des Hilfsbedürftigkeit (assessment);
- Zuordnung von Fürsorgern und Leistungen (planning);
- Erstellung eines kohärenten Betreuungs- und Pflegeplans (linking);
- Überwachung und Ausführung der Fürsorge (monitoring);
- Auswertung der gebotenen Fürsorge und Signalisierung von Mängeln (evaluation).
- Case Management in der Praxis

In der Praxis gibt es mehrere Formen von Case Management. Es lassen sich folgende Hauptformen unterscheiden:

- nebenbei oder extra: nebenbei heißt, dass einer der beteiligten Fürsorgern Case Manager wird; extra heißt, dass jemand ganz und gar für diese Funktion freigestellt wird;
- intern oder extern: der Case Manager ist Teil des Fürsorgesystems oder total unabhängig davon;

- beschränkt oder umfassend: der Case Manager beschränkt sich auf einen Teil des Fürsorgespektrums (zum Beispiel die Koordinierung der Ausführung) oder ist für die ganze Strecke verantwortlich.

Seit Ende der achtziger Jahre sind mehrere örtliche Projekte angelaufen, wobei ein Case Manager, Fürsorgekoordinator oder Fürsorgevermittler eine wichtige Rolle spielt. Im zweiten und dritten Kapitel werden wir auf eines dieser Projekte ausführlich eingehen: Projekt „Nieuw Doddendaal“ in Nijmegen.

Zunächst aber wollen wir an Hand einiger örtlicher Projekte schildern, wie sich in den Niederlanden auf unterschiedliche Weise Case Management ausgebildet hat. Wir gehen dabei auf die Initiatoren, Kostenträger, Zielsetzungen, Zielgruppen und getroffenen Maßnahmen ein.

#### **1.4 Örtliche Case-Management-Projekte**

##### **Projekt Individuelle Fürsorgezuschüsse Rotterdam (1988)**

Initiatoren sind die Stadt Rotterdam und das Zentrum für Soziale Geriatrie und Gerontologie. Das Projekt wird aus dem sogenannten Experimententopf des Gesundheitsministeriums finanziert.

Ziel dieses Projektes ist es zu erforschen, ob älteren Menschen, die in einem Altenheim aufgenommen werden wollen, eine befriedigende Alternative geboten werden kann, wodurch sie ihre Selbstständigkeit bewahren können. Maßnahmen sind Unterstützung, Betreuung und Belohnung für Hilfe durch Familienangehörige und Freiwillige, Koordinierung der professionellen Fürsorge und Abstimmung der professionellen und der informellen Fürsorge aufeinander. Dabei kommt den individuellen Fördermitteln sowie den Fürsorgevermittlern große Bedeutung zu.

Die Fürsorgevermittler gehören einer Organisation an, die selbst keine Fürsorge leistet. Sie ermitteln vielmehr, wie man den Versorgungsbedarf von hilfsbedürftigen Senioren feststellen kann. Ihre Aufgabe ist es, die Fürsorge, die die Betroffenen empfangen, von deren Standpunkt aus zu koordinieren und zu optimieren. Im Mittelpunkt stehen die Selbstständigkeit und der tatsächliche Hilfebedarf der Fürsorgeempfänger. Gemeinsam mit ihnen wird ein Betreuungs- und Pflegeplan erstellt. Die Ausführung wird durch den Fürsorgevermittler überwacht (Steenbergen, 1994).

### **Projekt Integrierte Altersfürsorge Aalten (1990)**

Initiatoren sind die Gemeinde Aalten und „Stichting Eerste- en Tweedelijnszorg Oost-Achterhoek“. Zusammen mit der Provinz Gelderland treten sie als Kostenträger auf.

Ziel dieses Projektes ist die Schaffung einer integrierten und untereinander abgestimmten Versorgungsstruktur für ältere Menschen. Diese ist so zu gestalten, dass die unterschiedlichsten Hilfewünsche der Betroffenen erfüllt werden können.

Maßnahmen sind die Verwirklichung von Koordinationsformen zwischen den Fürsorgeanbietern, Neuorientierung auf die Begutachtungspolitik in Aalten und Einführung eines unabhängigen Fürsorgekoordinators.

Der Fürsorgekoordinator ist Angestellter der Gemeinde und funktioniert unabhängig von den bestehenden Fürsorgeeinrichtungen. Ihm obliegen die Seniorenberatung, die Unterstützung bei der Suche nach möglicher Hilfe und erforderlichenfalls die Koordinierung der Hilfe. Der Fürsorgekoordinator gehört zugleich auch dem Lenkungsausschuss an. Diese Verbindung der Politik mit der Ausführung bezweckt, dass, wenn der Koordinator Lücken feststellt, diese sofort im Lenkungsausschuss besprochen werden können (Steenbergen, 1994).

### **Projekt Fürsorgekoordinierung Leeuwarden (1992)**

Initiator ist das Altenheim. Das Projekt wird vom Altenheim, von der ambulanten Fürsorge, der Stadt Leeuwarden und der Provinz Friesland finanziert.

Ziel dieses Projektes ist die Verwirklichung eines koordinierten Fürsorgeangebots für selbstständig lebende ältere Menschen und einer guten Abstimmung mit der Aufnahmepolitik der Heime. Zielgruppe sind diejenigen, die sich für ein Gespräch zur Aufnahme in einem Alten- oder Pflegeheim angemeldet haben.

Damit ein koordiniertes Fürsorgeangebot möglich ist, müssen die für das jeweilige Stadtgebiet zuständige Einrichtungen für hauswirtschaftliche Hilfe, häusliche Krankenpflege, Sozialgeriatrie, Sozialfürsorge und Seniorenfürsorge in einem multidisziplinären Gremium beraten können. In diesem Gremium unter dem Vorsitz des Fürsorgevermittlers wird in gemeinsamer Verantwortung ein für die jeweiligen Betroffenen optimales Fürsorgeangebot festgestellt und außerdem überwacht (Nivel, 1999).

### **Projekt Fürsorgekoordinierung Landgraaf (1995)**

Initiator ist Stichting Ouderenzorg. Das Projekt wird von der Gemeinde Landgraaf und der Provinz Limburg finanziert.

Ziel dieses Projektes ist – bei Bedarf – die Koordinierung der Hilfe in komplexen Situationen durch den sogenannten Fürsorgekoordinator. Das Projekt richtet sich auf Senioren mit einer komplexen Hilfsbedürftigkeit.

Maßnahmen sind die Beratung von Fürsorgebedürftigen und Fürsorgern; Auswahl und Ausbildung von Fürsorgern, die das Fürsorgekoordinierungsteam bilden; Feststellung der Hilfsbedürftigkeit und Zuordnung des Fürsorgeangebots sowie des Fürsorgekoordinators; Vereinbarungen und Verfahren mit Fürsorgeinstanzen; Rückkoppelung und Auswertung. Verschiedene Einrichtungen stellen Mitarbeiter zur Bildung des Fürsorgekoordinierungsteams zur Verfügung (Nivel, 1999).

### **Projekt Ambulante Fürsorge für psychogeriatrische Pflegeheimfälle, Arnheim (1996)**

Initiator ist Stichting Thuiszorg. Daneben tritt auch ein Pflegeversicherer als Geldgeber auf. Das Projekt richtet sich auf selbstständig wohnende ältere Menschen mit komplexer Hilfsbedürftigkeit psychogeriatrischer Natur und auf die möglichen Hilfsleistungen. Diese Menschen sind für Aufnahme in einem Pflegeheim indiziert.

Ziel dieses Projektes ist die Verwirklichung eines zusammenhängenden Fürsorgeangebots, damit Personen der Zielgruppe so lange und so selbstständig wie möglich in ihrer eigenen Umgebung funktionieren können. Will man maßgeschneiderte Fürsorge leisten, ist die Zusammenarbeit der verschiedenen Altenhilfeeinstanzen unentbehrlich. Die Förderung dieser Zusammenarbeit ist denn auch ein wichtiges Nebenziel dieses Projektes.

Maßnahmen sind das Treffen von Kooperationsvereinbarungen zwischen den verschiedenen Fürsorgeanbietern; Vereinbarungen in Bezug auf einen Fürsorgekoordinator, über Kontinuität, Erreichbarkeit, Aufnahmegespräche und Begutachtungsverfahren; Zusicherung der Fürsorge; Beratung und Weiterbildung von Fürsorgern. Zudem muss der Fürsorgekoordinator dafür zuständig sein, verbindliche Absprachen mit den Kooperationspartnern machen zu können. Dazu ist erforderlich, dass diese den Fürsorgekoordinator und dessen Kompetenzen anerkennen (Nivel, 1999)



### **Projekt Städtische Fürsorgestationen Kerkrade (1997)**

Initiator ist Stichting Verpleeghuizen en Bejaardenzorg (SVB) Kerkrade. Zusammen mit der Provinz Limburg finanziert sie das Projekt.

Ziel dieses Projektes ist, dass hilfsbedürftige Senioren so lange wie möglich zu Hause selbstständig funktionieren können. Mit Hilfe eines individuellen Betreuungs- und Pflegeplans werden die Dienstleistungen der beteiligten Organisationen aufeinander abgestimmt. Das Projekt richtet sich auf ältere Menschen, die für Aufnahme in einem Altenheim oder für Tagesbetreuung indiziert sind.

Maßnahme ist die Einrichtung von städtischen Fürsorgestationen, die rund um die Uhr arbeiten und neben Tagesbetreuung, Mahlzeiten und Körperpflege Fürsorgekoordination bieten können. Die Fürsorge wird von verschiedenen Organisationen im jeweiligen Stadtgebiet und nicht vom Altenheim aus geleistet.

*Projekt Case Management Psychogeriatric für dementierende ältere Menschen und deren primäre Betreuer (1998)*

Initiator ist Brabants Ondersteuningsinstituut Zorg (BOZ). Das Projekt wird aus nationalen Fördermitteln finanziert.

Ziel des Projektes ist die Implementierung der Case-Management-Funktion für psychogeriatrische ältere Menschen. Dementierende und deren primäre Betreuer gehören zur Zielgruppe.

Ein unabhängiger Case Manager Psychogeriatric bietet jedem auch nicht indizierten Hilfesuchenden kostenlose Betreuung, Unterstützung, Beratung und Vermittlung. Daneben arbeitet das Projekt mit Protokollen für die Ausführung und die formelle Zusammenarbeit zwischen Pflegeheimen, Altersfürsorgezentren, Wohlfahrtsverbänden, Gesundheitsämtern, Wohnungsvermieter und Organisationen für ambulante Fürsorge (Nivel, 1999).

### **Vielgestaltigkeit der Case-Management-Projekte**

Die hier beschriebenen Projekte zeigen die Vielgestaltigkeit der Case-Management-Projekte in den Niederlanden. Unterschiedlich sind die Initiatoren, Geldgeber (Behörden, ambulante Altenhilfe, Altenheime), Zielgruppen (allgemeine, besondere) und Status des Hilfesuchenden (wohl oder nicht für Aufnahme in einem Alten- oder Pflegeheim indiziert). Zudem zeigt sich, dass sich Case Management nicht nur auf ältere Menschen selbst beziehen muss, sondern sich auch auf deren Betreuer richten kann. Des wei-

teren gibt es begriffliche Unterschiede und wird von einem Case Manager, Fürsorgekoordinator oder Fürsorgevermittler gesprochen. Ein auffälliges gemeinsames Merkmal ist, dass die meisten Projekte Case Management mit Zusammenarbeit zwischen Fürsorgeanbietern kombinieren.

## 2. Nieuw Doddendaal: Wohnzentrum für ältere Menschen

### Die Organisation

Nieuw Doddendaal ist ein Wohnzentrum für ältere Menschen, die für Aufnahme in einem Altenheim indiziert sind. Es hat 38 selbstständige Appartements, wovon zwei Wohneinheiten für Ehepaare. Insgesamt bietet es Aufenthalt für bis zu 40 Personen. Es steht ein Appartement für die zeitweilige Aufnahme von Bewohnern im Stadtviertel zur Verfügung. Nieuw Doddendaal gehört zum Cluster Nijmegen der Wohnungs- und Fürsorgeorganisation „Stichting Habicura“. Dazu gehören weiter die Wohn- und Versorgungszentren Nieuw Malderborgh/Rosendael, Sint Josephshof, Sonnehaert und Boszicht. Sie alle sind dem Direktor für Cluster Nijmegen unterstellt. Der Raum Nimwegen hat insgesamt 20 Altenheime mit 1593 Bewohnern (1999).

### Die Bewohner

Die 40 Bewohner von Nieuw Doddendaal haben ein durchschnittliches Alter von 84 Jahren (Mai 1999). Dieses Durchschnittsalter stimmt mit dem der anderen Nimwegener Altenheime überein. Das Verhältnis der männlichen und weiblichen Bewohner ist 35 % zu 65%. Für alle Altenheime in Nimwegen ist das Verhältnis 25 % zu 75%. Die Aufenthaltsdauer in Nieuw Doddendaal beträgt im Schnitt 4,3 Jahre, gegenüber 4,6 Jahre in den anderen Altenheimen in Nimwegen. Die Hilfsbedürftigkeit der Bewohner in Nieuw Doddendaal ist etwas niedriger als der Nimwegener Durchschnitt (siehe nachstehende Tabelle).

<i>Hilfebedarf</i>	<i>Nieuw Doddendaal</i> (n=38)	<i>Gesamtbev. Nimw.</i> (n=1593)
Vereinzelte ergänzende Versorgung	63%	46%
Regelmäßige ergänzende Versorgung	11%	19%
Geringe Versorgungsübernahme	13%	13%
Umfangreiche Versorgungsübernahme	3%	14%
Totale Versorgungsübernahme	10%	9%

In Nieuw Doddendaal bekommt ein Bewohner im Durchschnitt 77,50 Minuten Versorgung pro Tag. In den anderen Nimwegener Altenheimen liegt dies bei 92,24 Minuten. Die Bewohner von Nieuw Doddendaal werden mehr dazu angeregt, ihre Selbstständigkeit zu behalten und zu optimieren. Dadurch neigen sie weniger zu Abhängigkeitsverhalten.

### **Das Fürsorgeteam**

Die Fürsorge im Wohnzentrum Nieuw Doddendaal weicht in vielerlei Hinsicht vom traditionellen Fürsorgekonzept im Altenheim ab. Nieuw Doddendaal hat keine eigenen Versorgungs- und Pflegekräfte, keinen für Fürsorge- und Bewohnerangelegenheiten zuständigen Direktor und keine zentrale Küche. Alle Bewohner haben einen eigenen Eingang mit eigener Postadresse. Es gibt kein Empfangsbüro und keine Rezeption. Es ist keine Direktion anwesend. Die täglichen Dienstleistungen werden von einem kleinen Fürsorgeteam gesteuert. Dieses Team besteht aus zwei Case Managern und fünf Mitarbeitern für Bewohner- und Verwaltungsangelegenheiten.

Die Mitarbeiter für Bewohner- und Verwaltungsangelegenheiten sind unter anderem für die Nothilfe (8.00-23.00 Uhr), durch die die Sicherheit der Bewohner garantiert ist, und für Informationen verantwortlich. Die Nothilfe wird von 23.00 bis 8.00 Uhr vom Nachtdienst übernommen. Der Case Manager sorgt für die Ausführung der individuellen Fürsorgepläne der Bewohner.

Alle Mitarbeiter des Fürsorgeteams Nieuw Doddendaal arbeiten im Teilzeitverhältnis, 20-30 Stunden in der Woche. Das Team untersteht dem Direktor von Cluster Nijmegen von „Stichting Habicura“. Sechsmal im Jahr gibt es eine Arbeitsbesprechung mit der Direktion und einmal im Monat eine teaminterne Arbeitsbesprechung.

### **Entscheidungsfreiheit**

Alle Dienstleistungen in Nieuw Doddendaal werden von außen bestellt. Das betrifft die warmen Mahlzeiten, die Versorgung und Krankenpflege, die hauswirtschaftliche Hilfe, den Nachtdienst und die Aktivitätenbegleitung.

Die warmen Mahlzeiten werden im Auftrag der Bewohner von einem Cateringbetrieb bereitgestellt. Kocht der Bewohner selbst, in seinem Appartement oder in der Gemeinschaftsküche, dann wird ihm das Geld dafür aus dem Versorgungsbudget von Nieuw Doddendaal erstattet. Um die Brotmahlzeiten und die Wäsche kümmern sich die meisten Bewohner selbst. Auch dafür bekommen sie Geld aus dem Versorgungsbudget. Das Wohn-

zentrum hat einen gemeinsamen Wäscheraum mit Waschmaschinen und Wäschetrocknern. Auch das Saubermachen der Appartements können die Bewohner gegen Erstattung des Geldes aus dem Versorgungsbudget selbst zur Hand nehmen oder von Dritten ausführen lassen. Sonst wird einmal in der Woche von durch Nieuw Doddendaal eingesetzten externen Kräften saubergemacht.

### **Arbeitskräftepool (AKP) und andere Dienstleistungserbringer**

Die Pflege-, Versorgungs- und hauswirtschaftlichen Dienste werden beim Arbeitskräftepool (AKP) von „Stichting Habicura“ eingekauft. Dieser Pool erbringt auch Leistungen für andere Altenhilfeeinrichtungen. AKP ist eine Art Ausleihfirma von „Stichting Habicura“, die Pflege- und Versorgungsfachkräfte zur Verfügung stellt.

Der Case Manager von Nieuw Doddendaal berät sich einmal in sechs Wochen mit dem AKP-Direktor. Dieser ist für das eingesetzte Personal und für das Budget verantwortlich. Der Case Manager ist für den Umfang der zu erbringenden Leistungen verantwortlich. Er erstellt den Fürsorgeplan, auch Betreuungs- und Pflegeplan oder Hilfeplan genannt. Zusammen sind sie für die Qualität der den Bewohnern erbrachten Fürsorge verantwortlich.

AKP ist kein Bruch mit dem Grundgedanken von Nieuw Doddendaal. Der Pool steht voll und ganz außerhalb der Organisation. AKP besteht drei Jahre und erbringt seitdem den Bewohnern von Nieuw Doddendaal die erforderlichen Fürsorgedienste. Davor kaufte Nieuw Doddendaal die benötigte Hilfe bei den regulären regionalen Organisationen für ambulante Fürsorge und/oder bei Privatanbietern ein.

Die Aktivitätenbegleitung wird drei Mittage in der Woche von Mitarbeitern des AKP übernommen. Drei bis vier Bewohner sind dafür indiziert. Seit kurzem steht Teilnahme jedem offen. Alle Bewohner von Nieuw Doddendaal können sich daran beteiligen, egal ob sie dafür indiziert sind oder nicht. Seitdem nehmen zirka 10 Bewohner daran teil.

Ferner hat die Organisation Nieuw Doddendaal einen Vertrag mit einer Tagespflegestelle (Dagopvang Nijmegen) geschlossen. Auf Antrag der einzelnen Bewohner kann ergänzende Hilfe durch örtliche Freiwilligenorganisationen organisiert werden, zum Beispiel für Krankenhausbesuche, Spaziergänge oder Gesellschaftsleistung.

### **Pflegehilfe**

Wenn ein Bewohner mehr als 2,5 Stunden am Tag versorgt und gepflegt werden muss, kann er in Nieuw Doddendaal Pflegehilfe beantragen. Ein Pflegeheimarzt indiziert ihn dann dafür. Diese extra Pflegehilfe und die Unterstützung durch den Pflegeheimarzt werden aus den dafür bestimmten Mitteln finanziert. Es gehört auch zum Aufgabenbereich des Case Managers, die Hilfe mehrerer Disziplinen für einen Bewohner zu koordinieren.

## **3. Case Management in Nieuw Doddendaal**

### **3.1 Innovatives Fürsorgekonzept**

Wohnzentrum Nieuw Doddendaal ist innerhalb des Altenhilfesystems als Innovationsprojekt zu sehen. Am Anfang, 1989, hat man sich bewusst für ein innovatives Fürsorge- und Dienstleistungskonzept entschieden. Wahlmöglichkeiten, Entscheidungsfreiheit und Optimierung der Selbstständigkeit der Bewohner sind die Ausgangspunkte der Fürsorge und Dienstleistungen. Keine Standardpakete, sondern „maßgerechte Fürsorge“ für jeden einzelnen Bewohner. Seine Bedürfnisse und Wünsche stehen im Mittelpunkt. Kurzum ein innovatives Fürsorgekonzept, wobei die Bewohner weitestgehend selbst bestimmen welche und wieviel Hilfe sie bekommen. Damit versucht Nieuw Doddendaal den Veränderungen und Entwicklungen der Altenfürsorge gerecht zu werden.

Im November 1999 besteht Nieuw Doddendaal zehn Jahre.

### **3.2 Definition, Aufgabenbereich und Belastung**

#### **Definition und Aufgabenbereich des Case Managements**

Das Case Management in Nieuw Doddendaal wird definiert als das Unterstützen, Organisieren und Auswerten des Dienstleistungsbedarfs von älteren Menschen, die für Aufnahme in einem Altenheim indiziert sind (Revenberg, 1998).

Der Case Manager stellt zusammen mit den Bewohnern den Dienstleistungsbedarf fest. Das wird in einem Dienstleistungsvertrag beschrieben. Der Case Manager organisiert die Dienstleistung und sorgt dafür, dass Wünsche und Angebote so gut wie möglich übereinstimmen. Wenn nötig bespricht er den Dienstleistungsplan mit den Dienstleistungserbringern. Des weiteren beurteilt er die finanziellen Konsequenzen des Dienstleistungs-

plans und kontrolliert die Rechnungen der Dienstleistungserbringer. Er sorgt für die Planung der zu erbringenden Leistungen, führt Gespräche mit den Mitarbeitern der Dienstleistungserbringer und berät sich strukturell mit deren Leitung.

Drei- bis viermal im Jahr wertet der Case Manager die Dienstleistungen mit den einzelnen Bewohner aus. Wenn nötig, führt er Änderungen durch, berät und betreut er die Bewohner und vertritt ihre Interessen. Er berät die Bewohner über Fragen, die ihr soziales und persönliches Funktionieren betreffen. Auch ist er für die Bewohnung des Appartements für zeitweiligen Auffang zuständig und berät sich darüber mit der Begutachtungsstelle (RIO). Diese Stelle beurteilt, in wieweit Menschen darauf angewiesen sind, gewisse Hilfsleistungen in Anspruch zu nehmen. Sie indiziert zum Beispiel für Aufnahme in einem Altenheim.

Der Case Manager ist also mit der täglichen Leitung und Koordinierung der den Bewohner zu erbringenden Dienstleistungen betraut und sorgt dafür, dass diese gemäß dem Dienstleistungsplan ausgeführt werden. Zudem unterhält er die Kontakte zu Pflegeheim, Krankenhaus und Familie des Bewohners.

Der Case Manager ist unabhängig. Er führt seine Aufgaben weitgehend selbstständig aus und steht ausschließlich den Bewohnern zu Diensten. Der Inhalt seiner Funktion ist von der Organisation getrennt. Formell rapportiert er über seine Tätigkeiten an den zuständigen Clusterdirektor von „Stichting Habicura“.

### **Funktionsanforderungen, Belastung und Unterstützung**

Der Case Manager muss ein Studium an einer sozialpädagogisch ausgeprägten Fachoberschule (MBO) oder Fachhochschule (HBO) absolviert haben. Es werden hohe Anforderungen an seine sozialen und sozialpädagogischen Fähigkeiten gestellt. Zudem muss er sich in der sozialen Landschaft seines Arbeitsbereichs auskennen. Er muss erkennen können, welche Behinderungen zu welchen Störungen der alltäglichen Selbstversorgung führen können, und wissen wie diese behoben werden können. Und schließlich muss er für andere strukturierend arbeiten können. (Quelle: Organisationshandbuch Nieuw Doddendaal, 1995).

Nieuw Doddendaal hat zwei Case Manager. Der eine ist als allgemeine, der andere als psychiatrische Fachpflegekraft ausgebildet. Beide arbeiten im Teilzeitverhältnis. Zusammen sind sie 24 Stunden in der Woche als Case Manager tätig, dabei betreuen sie 40 Bewohner. Sie haben ein eigenes Bü-

ro im Wohnzentrum und ein Sekretariat. Das Sekretariat wird täglich von einer Person geführt, die zugleich Nothilfedienst hat und für Informationen zur Verfügung steht. Ihre Anwesenheit ist von 8.00 Uhr bis 23.00 Uhr garantiert, wonach der Nachtdienst die Aufgaben übernimmt. Die Bewohner können zu jeder Zeit über das Sekretariat ein Gespräch mit dem Case Manager regeln. Sprechstunden werden keine abgehalten. Die Case Manager werden aus dem Versorgungsbudget von Nieuw Doddendaal bezahlt. Auch Aus- und Fortbildung der Case Manager werden hieraus bezahlt.

### **3.2 Methodik und Arbeitsweise**

#### **Das Beratungsgespräch**

Jeder neue Bewerber für Nieuw Doddendaal wird zu einem Vorstellungsgespräch in das Wohnzentrum eingeladen. Während dieses Gespräches werden dem Bewerber die Arbeitsweise und das Wohn- und Versorgungskonzept von Nieuw Doddendaal erklärt. Dann wird er auch durch das Wohnzentrum geführt.

Immer mehr ältere Menschen entscheiden sich bewusst für Nieuw Doddendaal, weil sie hier mehr Wahlmöglichkeiten, Selbstständigkeit, Entscheidungsfreiheit und Privatheit haben.

Wenn ein Appartement frei wird, wird der Kandidat zu Hause vom Case Manager besucht. Während des Hausbesuches wird ein Beratungsgespräch über gesundheitliche, pflegerische und sozio-kulturelle Aspekte geführt. Im Mittelpunkt des Beratungsgesprächs steht die Frage, inwieweit sich der Bewerber noch selbst versorgen kann und bei welchen Aktivitäten er sich Unterstützung wünscht.

Alle Bereiche werden besprochen: Pflege, Versorgung, hauswirtschaftliche Hilfe, Begleitung von Aktivitäten, warme Mahlzeiten, Brotmahlzeiten, Wäsche, Finanzen, familiäre Beziehungen, soziale Kontakte und psychische Situation. Es werden keine Ziele gesetzt. Es geht lediglich um die Autonomie und Selbstständigkeit der Betroffenen.

Bei diesem zweiten Gespräch, wobei auch Familienmitglieder des künftigen Bewohners anwesend sein können, wird ein Dienstleistungsvertrag ausgearbeitet und zur Unterschrift vorgelegt. Der Vertrag sieht vor, welche Dienste der Hilfeempfänger braucht und wer sie erbringen wird. Vom Direktor von „Stichting Habicura“ erhält der Bewohner einen Mietvertrag.

### **Hilfeplan**

Die Versorgungs- und Dienstleistungen werden dann in einem Hilfeplan detailliert ausgearbeitet. Hierin steht exakt, wer wann welche Hilfe zu leisten hat. Alle vier Monate wird der Hilfeplan vom Case Manager gemeinsam mit dem Bewohner ausgewertet. Zwischenzeitliche Anpassungen oder Erweiterungen des Hilfeplanes sind immer möglich. Dies kann auf Wunsch des Hilfeempfängers selbst erfolgen, aber auch nach klaren Signalen der Ausführenden an den Case Manager, dass Anpassungen und/oder Erweiterungen erforderlich oder erwünscht sind.

Im Appartement des Bewohners liegt immer eine Mappe mit dem Dienstleistungsvertrag und dem Hilfeplan vor. Der Case Manager bewahrt eine Kopie. Familienangehörige reden im Grunde genommen über die Gestaltung des Dienstleistungsangebot nicht mit. Nur wenn der Bewohner nicht mehr dazu in der Lage ist, seine Interessen zu vertreten, wird die Familie gefragt.

### **3.3 Case Management als selbstständige Beratungsinstanz**

Das Case Management in Nieuw Doddendaal funktioniert bereits seit einiger Zeit in einem breiteren Zusammenhang. Das bedeutet, dass beide Case Manager von Nieuw Doddendaal mit einem dritten Case Manager eines anderen Nimwegener Wohnzentrums, Rosendael, zusammenarbeiten. Dieses Wohnzentrum ist auch Teil von Cluster Nijmegen von „Stichting Habicura“. Dabei handelt es sich um ein extramurales Projekt, wobei die 38 Bewohner in einem Sondertrakt des Altenheims Nieuw Malderborgh wohnen. Ein Teil der Bewohner ist hilfsbedürftig, ein anderer Teil kommt noch ohne Unterstützung bei den allgemeinen täglichen Verrichtungen aus. Nicht alle Bewohner sind für Aufnahme in einem Altenheim indiziert. Der Unterschied zu Nieuw Doddendaal ist weiterhin, dass die Bewohner von Rosendael selbst die Miete an den Wohnungsvermieter bezahlen.

Die Hilfe in Rosendael wird ebenfalls von einem Case Manager koordiniert, es gibt individuelle Dienstleistungspläne und der Arbeitskräftepool (AKP) stellt Hilfspersonal zur Verfügung. Auch innerhalb des Altenheims Nieuw Malderborgh hat man sich für Fürsorge mittels Case Managements entschieden, wenn auch in etwas anderer Weise als in Nieuw Doddendaal. Daneben wird geplant, den Bewohnern des Altenheims Boszicht größtmögliche Selbstständigkeit einzuräumen. Ein Case Manager wird dabei eine wichtige Rolle spielen, indem er zusammen mit den Bewohnern ein Fürsorgepaket zusammenstellen wird, das auf die individuellen Bedürfnisse der Bewohner gerichtet ist.



Durch diese Änderungen wird eine personelle Erweiterung des derzeit dreiköpfigen Case-Manager-Teams und die weitere Professionalisierung des Case Managements in „Stichting Habicura“, hin zu einer *selbstständigen Beratungsinstanz*, notwendig (Revenberg, 1998). Mit dieser selbstständigen Beratungsinstanz will man erreichen, dass das Case Management unparteiisch und unabhängig von der Organisation der jeweiligen Wohn- und Versorgungszentren funktionieren kann. Diese Unabhängigkeit muß die inhaltliche Arbeit des Case Managers in Zukunft so viel wie möglich optimieren.

Nach Auffassung von Revenberg (1998) wird sich die künftige Funktion des Case Managers zu einer Berater- und Mittlerfunktion entwickeln, wobei er als Vertrauensperson des Klienten bzw. Bewohners auftritt. Diesem wird ein Berater zur Verfügung gestellt und die Organisation des jeweiligen Wohn- und Versorgungszentrums muss die Kontinuität dieser Beraterbeziehung garantieren. Nach diesem Konzept sorgt die Organisation für die Rahmenbedingungen und überwacht sie die Qualität des Beraters und der Beratung. Denn die Beratung muss dazu beitragen, dass immer – vom Standpunkt des Hilfesuchenden aus – die optimale Lösung für seine sozialen und Funktionsprobleme gefunden wird.

Der künftige Case Manager muss, noch mehr als bereits jetzt der Fall ist, bei der Zusammensetzung des Hilfspakets den Hilfesuchenden brauchbare Ratschläge erteilen und nötigenfalls Service und Vermittlung bieten. Er ist die Vertrauensperson der älteren Menschen. Der Case Manager assistiert beim Überprüfen, Vergleichen, Mobilisieren und Abstimmen des Angebots. Er assistiert beim Aufbauen der Kontakte mit den Anbietern. Das heißt auch, dass der Case Manager die Lösungen kennt oder sich ausdenken kann, die den Wünschen der Betreuten entsprechen. Der Case Manager muss immerzu ein waches Auge haben und beurteilen, ob die Hilfe auch greift. Quelle: Revenberg, 1998.

Noch 1999 soll das Case-Management-Büro entstehen, das auch räumlich außerhalb der Wohnzentren liegen wird. Das Büro soll zwar dem zuständigen Clusterdirektor von „Stichting Habicura“ unterstellt werden, wird aber in sehr großer Unabhängigkeit seine Funktionen und Aufgaben erfüllen können. Eine gute Zusammenarbeit mit den Einrichtungen der ambulanten Fürsorge und den Wohlfahrts- und Seniorenverbänden erscheint hierbei unentbehrlich.

## Instrumente

### DIENSTLEISTUNGSVERTRAG    **Appartement 34-40**

- (x) Wohnzentrum Nieuw Doddendaal
- ( ) Wohn- und Versorgungszentrum St. Josephshof
- ( ) Wohn- und Versorgungszentrum Sonnehaert
- ( ) Wohn- und Versorgungszentrum Boszicht
- ( ) Wohn- und Versorgungszentrum Nieuw Malderborgh/Rosendael

Familienname                    : Herr Beispiel  
Vorname(n)                      : Hendrikus Johannes  
Adresse                         : Parkdwarstraat 34-40  
Wohnort                         : Nimwegen  
Postleitzahl                    : 6511 DL  
**Telefon**                        : **222222**

#### Kontaktadresse/Verwandte

Name                             : Herr H. Beispiel  
Adresse                         : v. Slichtenhorststraat 49  
Wohnort                         : Nimwegen  
Verwandtschaftsverhältnis   : Sohn  
Telefon                         : 333333  
Name                             : Frau F. Beispiel  
Adresse                         : Bosbesstraat 111  
Wohnort                         : Nimwegen  
Verwandtschaftsverhältnis   : Tochter  
**Telefon**                        : **444444**

#### Personalien des Bewohners

Geburtsort                      : Arcen  
Geburtsdatum                  : 16.08.1915  
Religion                        : R.K.  
Familienstand                 : Witwer  
Krankenkostenversicherung   : De Goudsche  
Mitgliedsnummer              : 312714  
Begräbnisversicherung        : St. Barbara  
Bankkonto                      : 52312

Geistiger Beistand : Pfarrer  
Einzugsdatum : 09.04.1990  
HAUSARZT : Dr. v.d. Kolck  
Telefon : 229791  
Apotheke : Bijleveld  
**Telefon : 220002**

### **Soziale Situation**

Herr Beispiel ist von Limburg, wo er gewohnt hat, nach Nimwegen umgezogen, weil hier sein Sohn und seine Tochter wohnen. Diese besuchen ihn regelmäßig. Herrn Beispiel wäre am liebsten, wenn sie mehrmals in der Woche kämen, seine Kinder können diesen Wunsch aber nicht erfüllen und kommen einmal in der Woche bei ihm zu Besuch.

Im Wohnzentrum hat Herr Beispiel oberflächliche Kontakte mit Mitbewohnern beim gemeinsamen Kaffeetrinken morgens und abends. Weiter hat Herr Beispiel nicht das Bedürfnis, sich Vereinen oder anderen Aktivitäten anzuschließen. Früher war Herr Beispiel wohl aktiv in Politik, Gewerkschaft, Verwaltung und Militärangelegenheiten (sowohl berufsmäßig wie privat), wozu er jetzt aber, wie Herr Beispiel selbst meint, keine Gelegenheit mehr habe.

Herr Beispiel verbringt daher viel Zeit mit Lesen und Fernsehen. Herr Beispiel liebt es, wenn er ungestört sein Eigenes machen kann. Dagegen braucht Herr Beispiel wohl einigermaßen Struktur, um seinen Tag ordentlich zu gestalten. Auch benötigt Herr Beispiel soziale Kontakte, sonst entstehen Probleme körperlicher Natur. Diese Kontakte werden ihm von Mitarbeitern des AKP geboten, die ihn viermal am Tag besuchen. Auch die Nothilfe besucht Herrn Beispiel regelmäßig, namentlich in den Abendstunden. Auch kommt wöchentlich ein OVON-Freiwilliger, welcher ihn einmal in der Woche an einem festen Nachmittag besucht. Herr Beispiel kann dann selbst unverbindlich angeben, wie er den Nachmittag mit diesem Freiwilligen verbringen will.

Herr Beispiel legt großen Wert auf Privacy, schätzt, dass man vorher klingelt, bevor man sein Appartement betritt.

Herr Beispiel ist sich bewusst, dass ihn sein Gedächtnis manchmal im Stich lässt, erkennt aber auch die positive Seite davon (zum Beispiel, dass er keine Verantwortung nehmen muss). Als indirekte „Kontrolle“ kommen täglich die Altenhelfer und der Cateringbetrieb zu ihm.

### **Besonderheiten**

Herr Beispiel leidet am Syndrom von Meniere, gekennzeichnet durch Schwindelanfälle, und läuft etwas unkontrolliert.

Sein Sohn H. Beispiel ist zugangsberechtigt zu Appartement 34-40.

### **Dienstleistungen**

Vereinbarungen zwischen dem Bewohner und Nieuw Doddendaal

Mahlzeiten	:	Le Gourmet
Textilreinigung	:	Wasserij Verweij, Montagnachmittag
Saubermachen	:	montags zirka 9.30 Uhr, dreißig Minuten
<b>Fürsorge</b>	:	<b>AKP (Arbeitskräftepool)</b>

Der Inhalt der Fürsorge wird detailliert im beiliegenden Hilfeplan beschrieben.

Anmerkung:

Die vereinbarten Zeiten können eine halbe Stunde abweichen.

Folgende Gegenstände sind Eigentum von Nieuw Doddendaal und werden nur leihweise zur Verfügung gestellt:

- Drahtlosalarm
- Toilettenaufsatz

Datum:

04.08.1999

Unterschrift des Bewohners:

Herr H.J. Beispiel

**Hilfeplan** Herr Beispiel, Appartement 34-40

Wohnzentrum Nieuw Doddendaal

Wohn- und Versorgungszentrum St. Josephshof

Wohn- und Versorgungszentrum Sonnehaert

Wohn- und Versorgungszentrum Boszicht

Wohn- und Versorgungszentrum Nieuw Malderborgh/Rosendaal

Besonderheiten Herr Beispiel hat kognitive Beschränkungen. Sein Kurzzeitgedächtnis funktioniert ungenügend. Dadurch vergisst Herr Beispiel manche Sachen. Seine Beklemmung ist psychisch bedingt (Hyperventilation). Ablenkung und Struktur sind hilfreich. Allgemeine tägliche Verrichtungen führt Herr Beispiel selbst aus, braucht dabei allerdings direkte Hilfe. Herrn Beispiel keine Entscheidungen treffen lassen, sondern nach diesen Absprachen sofort handeln. Diese Methode scheint am besten zu sein, wodurch er sich auch am sichersten und wohlsten fühlt. Dies konsequent durchführen! Seine Medikamente bei der Rezeption von Nieuw Doddendaal abholen.

Morgens

- Herrn Beispiel beim Waschen des Unterkörpers und beim Anziehen helfen
- Saubere Unterwäsche geben und auf saubere Oberbekleidung achten.
- Das Bett machen.
- Frühstück machen.
- Medikamente geben (Rezeption).
- Abwaschen, aufräumen.

Mittags

- Tisch decken
- Medikamente geben (Rezeption).
- Trinken bereitstellen.

Abends

- Tisch decken
- Abwaschen, aufräumen.
- Medikamente geben (Rezeption).
- Appartement in Ordnung bringen.

Vor der Nacht

- Medikamente geben (Rezeption)
- Eventuell helfen beim Ausziehen.

Jede Woche

Montag Bett neu beziehen. Zusammen mit Herrn Beispiel die Wäsche in den Wäschesack tun.

Dienstag **Wäsche wegräumen.**

<u>Di/Do/Sa</u>	Herrn Beispiel helfen beim Duschen Zusammen mit Herrn Beispiel einkaufen. Einkaufsliste machen. Für genügend Vorräte sorgen.
<u>Freitag</u>	Herrn Beispiel helfen beim Duschen
<u>Samstag</u>	Schränke auf alte Produkte kontrollieren und eventuell ordnen. Herr Beispiel schafft das selber nicht.
<u>Jeden Monat</u>	(Am ersten Montag des Monats) <b>Kühlschrank abtauen (Thermostatknopf auf 0 stellen, Tür geöffnet lassen, damit es schneller geht. Nach dem Abtauen reinigen und Thermostatknopf wieder auf 3 stellen).</b>

Anmerkung:

Die vereinbarten Zeiten können eine halbe Stunde abweichen.

## Bibliographie

CBS (1996), Enquête Beroepsbevolking (EBB): ouderen, 1995-1996

(<http://statline.cbs.nl>)

CBS (1997), Gezondheidstoestand van de Nederlandse bevolking, Permanent Onderzoek Leefsituatie (<http://statline.cbs.nl>).

CBS (1999), Tjeddreksen Mens en Maatschappij (<http://statline.cbs.nl>).

CBS (1999), Statistisch jaarboek 1999.

Lans, J. van der (1989). Ouderenadviseur: case-management vanuit de klant. In: *Welzijnsweekblad*, Nr. 38, S. 12-15.

Linden, B.A. van der & Dam, Y. van (1997). Home Care. In: Schrijvers, A.J.P. (Herausgeber) *Health and health care in the Netherlands. A critical Self-assessment by Dutch Experts in the medical and health sciences*. (S. 73-81). Utrecht: de Tijdstroom.

Nivel, Trimbos-instituut en Nzi (1999). Databank Zorgvernieuwing.

Revenberg, J.M.M. (1998). *Case-management*. Notitie t.b.v. Cluster Nijmegen van de Stichting Habicura.

- Schrijvers, A.J.P., Duursma, S.A., Weert-van Oene, G.H. & Jorg, F. (1997) Care for the Elderly. In: Schrijvers, A.J.P. (Herausgeber) *Health and health care in the Netherlands. A critical Self-assessment by Dutch Experts in the medical and health sciences* (S. 101-109). Utrecht: de Tijdstroom.
- Schrijvers, A.J.P (1993). Een kathedraal van zorg: een inleiding over het functioneren van de zorgverlening. Utrecht: De Tijdstroom.
- Sociaal Cultureel Planbureau (1999). *Rapportage ouderen 1998*. SCP, Den Haag.
- Steenbergen, M. (1994). Samenhang in de zorg als ‚paradogma‘: een studie naar het vernieuwen van de ouderenzorg. Utrecht: SWP.
- Steenbergen, M. (1992, juli). Vernieuwen van ouderenzorg op lokaal niveau. Observaties bij het project ‚integrale ouderenzorg‘ in Aalten. In: *Sociaal bestek*, 7/8, S. 12-14.
- Stichting Wonen en Zorg Nijmegen e.o. (1995). *Organisatiehandboek Nieuw Doddendaal*. Nijmegen.
- Welling, N., Ramakers C. en Th. Miltenburg (1993). Nieuw Doddendaal. Evaluatie-onderzoek naar een wooncentrum voor ouderen. ITS-Nijmegen.
- Willems, A.P. (1991). Casemanagement: een theoretische beschouwing. In: Grimberg, N., Stoffels, H. & Ven, F. van de (Herausgeber) *Zorg zonder grenzen; over case-management, theorie en praktijk*. Studiedag verslag. (S. 7-13). Arnhem: Gelders Instituut voor Welzijn en Gezondheid.

## **Diskussion des Berichtes aus den Niederlanden**

### **Lowenstein:**

Ich bin nicht sicher, ob ich das Konzept des „unabhängigen Case Managers“ verstanden habe – wenn er unabhängig ist: Wer gibt ihm den Auftrag, die Menschen zu kontaktieren? Wer bezahlt sein Honorar als Case Manager? Und – was ich als alte Person brauche, sind Dienstleistungen; kann er für mich einen Dienst aktivieren, oder ist es nur seine Funktion, Informationen zu geben?

### **Ramakers:**

Die Funktion des Case Managers ist nicht nur zu informieren. Die Funktion des Case Managers ist es, die Leistungen bereitzustellen, zu vermitteln und zu organisieren. Er wird aus dem Versorgungsbudget des Wohnzentrums bezahlt. Wenn der Bewohner den Case Manager nicht wünscht, dann ist das okay.

### **Lowenstein:**

Aber wenn er vom Wohnzentrum aus bezahlt wird, ist er nicht unabhängig von diesem, dann ist er ein Angestellter des Wohnzentrums.

### **Ramakers:**

Ja, das ist richtig.

### **Lowenstein:**

Also wer auch immer der Geldgeber ist: Der Case Manager ist dieser Organisation zugeordnet. Inwiefern ist er dann unabhängig?

### **Ramakers:**

Die Unabhängigkeit kommt in der Arbeit der Case Manager zum Ausdruck. Sie werden von der Organisation bezahlt, aber diese hat kein eigenes Interesse an der Organisation der Hilfe.

### **Engels:**

Das Problem ist, ob die Position unabhängig ist oder die inhaltliche Arbeit. Frau Lowenstein meint wohl, dass die Position ist nicht ganz unabhängig



ist. Dann stellt sich die Frage: Kann er trotzdem inhaltlich unabhängig arbeiten?

**Ramakers:**

Seine Position ist noch nicht ganz unabhängig, aber er kann völlig unabhängig arbeiten.

**Ziller:**

Ich habe eine Rückfrage zur Heimquote. Sie haben vorgetragen, dass 113.000 Personen im Alter von 65 und mehr Jahren (das sind 5,4%) in Altenheimen wohnen. Ist in dem Begriff „Altenheim“ bei dieser Aussage auch das Pflegeheim enthalten, also ist es die Summe von Altenheim und Pflegeheim? Wenn ja, dann würde mich der Prozentanteil derjenigen interessieren, die sich im Pflegeheim befinden.

**Ramakers:**

Das betrifft nur die Altenheime und nicht die Pflegeheime. Den Anteil der Bewohner von Pflegeheimen habe ich jetzt nicht vorliegen.

**Ziller:**

Wenn das stimmt, dann wäre die „Institutionalisierungsrate“, wenn man das so unfreundlich nennen wollte, in den Niederlanden signifikant höher als in vergleichbaren Ländern.

**Ramakers:**

Das stimmt.

**Ziller:**

Es geht mir nicht um einen Schönheitswettbewerb, sondern nur um eine Vergleichsbasis. Unsere neue Heimstatistik für Hessen hat ergeben, dass 4,8 % der Älteren ab 65 Jahren in Einrichtungen wohnen – Altenwohnheim, Altenheim und Pflegeheim zusammen gerechnet. Das nennen wir die „Heimquote“. Diese Quote ist seit Inkrafttreten der Pflegeversicherung von 2,7 % auf 3,5 % angestiegen, d.h. die Pflegeversicherung hat in Hessen wie auch in ganz Deutschland einen drastischen Anstieg der Institutionalierungsquote bewirkt. Das macht uns große Sorge, deswegen bin ich an Vergleichszahlen so sehr interessiert.

**Ramakers:**

Das stimmt – in den Niederlanden ist man nicht gewöhnt, dass die Kinder für die älteren Menschen sorgen. Deswegen haben wir eine so hohe Institutionalierungsrate.

**Ziller:**

Die gleiche Ausgangssituation finden wir in Skandinavien: Auch dort eine signifikant höhere Heimquote, unter anderem, weil die Unterhaltspflicht der Kinder gegenüber den Eltern rechtlich nicht existiert.

**Ramakers:**

Nein, sie existiert auch in den Niederlanden nicht. Das gilt aber für beide Seiten: Die alten Menschen werden auch lieber nicht von ihren Kindern versorgt.

**Cappell:**

Zwei Fragen, die erste Frage nochmal zur Unabhängigkeit. Ein Knackpunkt ist, ob es für den internen Case Manager ohne Probleme möglich ist, Leistungen von außerhalb in das Wohnzentrum einzukaufen, die vergleichbar, aber besser sind als Leistungen, die das Wohnzentrum anbietet. Ein einfaches Beispiel ist vielleicht die Diät ernährung. Wäre es möglich, eine Diät ernährung von außerhalb nach innen zu holen, obwohl ein vergleichbares, schlechteres Angebot auch in der Einrichtung existiert?

Und die zweite Frage ist: Gibt es im Bereich der häuslichen Pflege vergleichbare Angebote des Case Management? Denn der Ansatzpunkt ist ja hier, in einem geschützten Rahmen Case Management anzubieten. Komplexer und schwieriger scheint es im Bereich der Pflegebedürftigen, die zu Hause gepflegt werden. Gibt es da vergleichbare Ansatzpunkte in den Niederlanden?

**Ramakers:**

Meine Antwort zu der ersten Frage ist: Die Dienstleistungen werden von außen nach innen geholt, weil es intern gar keine Dienstleistungen gibt. Es ist lediglich ein Wohnzentrum, und Alles wird von außen nach innen geholt. Der Case Manager kann zwischen vielen Anbietern wählen und hoffentlich nimmt er den besten.

Was das Case Management im Bereich der häuslichen Pflege von älteren Menschen in ihrer Wohnung betrifft: Das gibt es schon in den Niederlanden, aber das sind immer nur kleine lokale Projekte. Die werden meistens von den Gemeinden oder von Anbietern finanziert.

Anfang diesen Jahres haben wir eine Änderung gehabt in der Begutachtungsstelle. Vorher wurden Menschen, die Heimpflege benötigen, durch die Anbieter begutachtet. Jetzt haben wir eine unabhängige Organisation für die Begutachtung, in der es auch Case Manager gibt. Aber das war ein anderes Projekt.

**Saischek:**

Eigentlich kann das doch als „Betreutes Wohnen“ bezeichnet werden, was der Case Manager hier organisiert. Es gibt einen Mietvertrag mit der Stiftung und dann einen Dienstleistungsvertrag. Was genau steht im Dienstleistungsvertrag? Wird auch die Leistung des Case Managers darin fixiert? Wie teuer ist diese Leistung? Wieviel Prozent der Bewohner nehmen den Case Manager nicht in Anspruch?

**Ramakers:**

In dem Dienstleistungsvertrag steht genau, welche Anbieter die Dienstleistung erbringen sollen, und wie viele Stunden und an welchem Tag. Nur die Bewohner, die pflegebedürftig sind, beanspruchen den Case Manager. Bewohner, die keine Wünsche nach Unterstützung haben, nutzen den Case Manager nicht, das ist freiwillig.

**Saischek:**

Und das reicht aus, um den Case Manager zu finanzieren? Oder bezahlt der Träger des Wohnzentrums sehr viel an Lohnkosten?

**Frau Ramakers:**

Es gibt eine Untersuchung, die ausgewiesen hat, dass die Bewohner von Nieuw Doddendaal weniger Versorgung pro Tag benutzen als andere Heimbewohner. D.h. dass das Fürsorgekonzept in Nieuw Doddendaal billiger ist als das Fürsorgekonzept oder die Dienstleistungen in traditionellen Altenheimen. Deswegen ist man auch bereit, das Case Management strukturell zu finanzieren, weil es ausgewiesen hat, dass es ein billiges Fürsorgekonzept mit sich bringt. Die Bewohner weisen auch eine niedrigere Umzugsquote ins Pflegeheim auf.

**Engels:**

Sie sprachen von einem „Gesamtbudget“; zahlen alle Bewohner einen Teil dort ein, auch die, die den Case Manager nicht in Anspruch nehmen?

**Ramakers:**

Nein, sondern die Bewohner der Altenheime bekommen vom Staat ein bestimmtes Budget, das für alle Altenheimbewohner das selbe ist. In Nieuw Doddendaal leben 40 Bewohner, die 40 mal diesen Beitrag vom Staat bekommen, und alle Dienstleistungen inklusive der Case Manager werden aus diesem Versorgungsbudget bezahlt.

**Saischek:**

Sie haben gesagt, im Wohnzentrum arbeiten zwei Case Manager in Teilzeit, und sie sind von 8:00 – 23:00 Uhr anwesend ...

**Ramakers:**

Es gibt zwei Case Manager, die tagsüber von 9:00 bis 18:00 Uhr arbeiten. Aber das Sekretariat ist von 8 Uhr morgens bis 23 Uhr abends besetzt und danach gibt es einen Nachtdienst. So können die Bewohner das Sekretariat ansprechen, wenn sie einen Termin mit dem Case Manager machen möchten.

**Ziller:**

Ich möchte noch eine Bemerkung zur Einordnung oder Bewertung eines solchen Modells machen. Wenn wir einmal davon ausgehen, dass Wohnangebote für alte Menschen mit differenzierten Dienstleistungen eine der wichtigsten Lebens- und Hilfeformen der Zukunft sein werden, um einen weiteren Anstieg der Institutionalierungsquote zu verhindern, dann besteht in der Entwicklung des Case Management aus diesem primären Lebensraum älterer Menschen heraus eine echte strategische Alternative zum flächendeckenden kommunalen Dienst.

Dieses Modell hat sehr viele Vorteile, weil dieser Dienst aus der realen Lebenssituation der Menschen heraus entwickelt wird und nah an ihnen dran ist, auch schon sehr nah an einer potentiellen Kumulation von Hilfebedarfen; also auch unter fachlichen und organisatorischen, ökonomischen Gesichtspunkten ist das ein hoch interessanter, eigenständiger, strategischer Ansatz.

Sein struktureller Nachteil ist die Tatsache, dass diejenigen, die noch in ihrer angestammten Wohnung wohnen, z.B. im ganz normalen Wohnblock des sozialen Wohnungsbaus, und nicht in einer betreuten Wohnanlage, von diesem System nicht erfasst werden. Daran wäre die strategische Frage zu stellen: Was ist mit denen? Kriegen die kein Case Management, oder wer macht es für die?

**Engels:**

Frau Ramakers, Sie hatten auch darauf hingewiesen, dass es Überlegungen gibt, das Case Management auf andere Wohnanlagen auszuweiten. Gibt es auch Überlegungen, diese Case Management-Funktion für Leute, die in normalen Wohnungen wohnen, zu öffnen?

**Ramakers:**

Nein, es gibt da auch keinen Bedarf. Für diesen Bereich gibt es ja eine neue „Begutachtungsstelle“, die eigentlich auch Case Management macht, aber das anders nennt. In den Niederlanden ist der Begriff „Case Management“ ein bisschen veraltet. Es war in den 70er und 80er Jahren ein Modewort. Jetzt macht man das praktisch, aber es wird nicht vom Ministerium weiter gefördert, weil man zurzeit mit anderen Themen als dem Case Management beschäftigt ist. Das sind nur noch lokale Projekte.

**Gorges:**

Wer kontrolliert denn die Arbeit des Case Managers, wenn er so unabhängig ist und nur dienstlich, aber nicht fachlich beaufsichtigt wird?

**Ramakers:**

Der Case Manager wird nicht formal kontrolliert, die Kontrolle findet nur in dem kleinen Fürsorgeteam statt – man kontrolliert sich untereinander. Sonst gibt es keine Instanz, die das Case Management kontrolliert.

**Scheib:**

Wenn es keine Kontrolle oder Evaluation durch Vorgesetzte gibt: Gibt es so etwas wie Selbstevaluation über diese Case Management Arbeit?

**Ramakers:**

Ja, es gibt innerhalb des Fürsorgeteams eine Selbstevaluation, sie machen das drei- bis viermal pro Jahr.

# Österreich

**Model Projekt:  
Case Management des Sozial- und Gesundheits-  
sprengels in Innsbruck-Stadt**

W. Saischek

Innsbruck





## Einleitung

Als österreichischer Beitrag anlässlich des Koordinierungsprojektes komplexer Hilfeleistungen für ältere Menschen: Case Management in verschiedenen nationalen Altenhilfesystemen, wurde vom Bundesministerium für Umwelt, Jugend und Familie das Modell des Sozial- und Gesundheitssprengels Innsbruck-Stadt ausgewählt. Zuerst einige Klärungen bezüglich des nationalen Systems und des Begriffes: „Sozial- und Gesundheitssprengel Innsbruck-Stadt“:

Beim Sozial- und Gesundheitssprengel Innsbruck-Stadt, der als Verein konstituiert ist, handelt es sich um eine Non-Profit Organisation mit sehr starkem Bezug zur kommunalen Ebene. Der Vorstand setzt sich aus Kommunalpolitikern (6 Mitglieder), Vereinsvertretern (5 Mitglieder) und einem Vertreter der Ärztekammer für Tirol zusammen. Gegründet wurde der Verein im Jahr 1991 zum Zwecke der Ausgliederung der Aufgaben der früheren städtischen Altenbetreuung. Die enge Bindung zur Stadtgemeinde Innsbruck ist jedoch auch derzeit noch vorhanden und stellt einen auch zukünftig gewünschte Besonderheit im Betreuungssystem dar. Dies ist einerseits in der Einflußmöglichkeit der Kommunalpolitiker durch Wahrung ihrer Rechte und Pflichten im Vorstand, andererseits aus der Übernahme der Abgangsdeckung für den Verein durch die Stadtgemeinde Innsbruck ersichtlich. Die Finanzierung des Budgets von ca. 33 Millionen Schilling erfolgt durch:

- 1/3 Beiträge der Klienten und Patienten sowie Leistungsentgelte der Krankenversicherungsträger aber auch Rehabilitationsgelder des Landes,
- 1/3 Direktförderungen der Personal- und Sachaufwendungen durch das Land Tirol (hier wurden spezielle Sprengelrichtlinien entworfen) sowie
- 1/3 durch die Stadtgemeinde Innsbruck.

Beim Sprengelsystem handelt es sich um ein flächendeckend installiertes Versorgungssystem in Tirol. Diese eigenständigen Vereine treten einerseits als Anbieter von ambulanten Betreuungsleistungen auf (wie z. B. Hauskrankenpflege, Pflegehilfe, Haushaltshilfe) und stellen andererseits eine soziale Drehscheibe dar. Das Landesgebiet Tirols wird durch 62 Sprengel abgedeckt, wobei mit Sprengel ein räumlich unterschiedlich großes Gebiet bezeichnet wird. Generell kann gesagt werden, daß es in Zukunft sicherlich verbesserte Kooperationen innerhalb des Sprengelsystems geben muß, um Synergie-Effekte nutzen zu können, weil die kleinräumige Strukturierung mit sehr hohen Kosten verbunden ist. Unter dieser organisatorischen Zusammenführung darf die, als großer Vorteil des Sprengels zu bezeichnende

„Vor-Ort-Abrufbarkeit“ der Dienstleistungen und der persönliche Bezug der Pflegekräfte zu den Klienten, nicht leiden. Die Sprengel befinden sich bereits auf dem besten Weg zu einer solchen Zusammenarbeit durch die bereits erfolgte Gründung einer Arbeitsgemeinschaft, die diese Synergie-Effekte verstärkt aufzeigen und die Zusammenarbeit fördern soll. Der Sprengel Innsbruck-Stadt mit ca. 80 ständigen Mitarbeitern, die durch 21 Zivildienstler unterstützt werden, deckt das Innsbrucker Gebiet mit rund 118.000 Einwohnern ab. Die einzelnen Stadtteile erbringen in etwa jene Versorgungsleistung, wie ein Landsprengel; aus Effizienzgründen wurde aber zum Gründungszeitpunkt 1991 darauf verzichtet, das Stadtgebiet weiter zu splitten.

Im Folgenden werden nun die Rahmenbedingungen des Projektes erläutert. Die Evaluationsfragen wurden dabei nicht nochmals angeführt, sondern können dem Bericht der ISG, Sozialforschung und Gesellschaftspolitik GmbH entnommen werden. Die Evaluationsfragen hat sich bei der Darstellung an diese Fragen, die als Leitfaden dienen, gehalten.

## **1. Rahmenbedingungen**

Ältere pflegebedürftige Menschen können in Österreich auf ein dicht geknüpftes Netz von Sozial- und Gesundheitsleistungen zurückgreifen, die auch in Zeiten von immer knapperen Budgets Unterstützung bei der Bewältigung des Lebens bieten. Mit Einführung des Pflegegeldes wurde ein Zeichen gesetzt und die Klienten erhalten, je nach Grad der Beeinträchtigung einen Betrag zwischen 2.000 Schilling und 21.074 Schilling pro Monat liegt, um die benötigten Betreuungsleistungen zukaufen zu können. Für die Stufe 1 ist beispielsweise ein monatlicher Betreuungsbedarf von 50 Stunden nachzuweisen, für die Stufe 7 (höchste Stufe) ein Bedarf von 180 Stunden monatlich, was mit der praktischen Bewegungsunfähigkeit gleichgesetzt wird. Das Pflegegeld wird mit der Pension oder Rente ausbezahlt, wodurch vielfach Probleme verursacht werden, da die Hilfs- oder Pflegebedürftigen durch diese gemeinsame Auszahlung dieses Pflegegeld oft als Einkommensbestandteil sehen und nicht als zweckgebundenes Geld. Es gilt zwischen Bundespflegegeld und dem subsidiären Landespflegegeld zu unterscheiden.

Mit Stichtag 31.12.1997 bezogen 268.995 Personen in Österreich Bundespflegegeld und 46.489 Personen Landespflegegelder. Für die Abdeckung der gestellten Pflegegeldansprüche wurden im Jahr 1997

vom Bund                      17,424.000.000 Schilling aufgewendet,  
von den Ländern            3,286.367.795 Schilling<sup>7</sup>

Von den österreichischen Pflegegeld-Beziehern<sup>8</sup> leben

23,39 % in Wohn- und Pflegeheimen,

76,61 % zu Hause.

Bereits über 32,81 % der Hilfs- und Pflegebedürftigen in häuslicher Umgebung leben alleine.

Die Sozialhilfe, die unter die Länderkompetenz fällt, finanziert ebenfalls zu einem Großteil die, nicht durch die soziale Staffelung der Klientenbeiträge aufgebrauchten Kostenanteile der ambulanten und stationären Einrichtungen.

Neben diesen zwei gesetzlichen Rahmenbedingungen ist auch noch das Rehabilitationsgesetz zu nennen, das aber eine verhältnismäßig kleine Rolle spielt. Bezüglich der rechtlichen Rahmenbedingungen für die Arbeit in Einrichtungen der ambulanten sowie stationären Betreuung gilt das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz aus dem Jahr 1997 als maßgeblich. Dies sind sicherlich die wichtigsten rechtlichen Rahmenbedingungen, die in diesem Zusammenhang, neben den allgemein gültigen Rechtsnormen anzuführen sind.

Ein Teil der Kostenabdeckung der Betreuungsleistungen erfolgt über Abwicklung über die Krankenversicherungsträger, wobei es sich hierbei ausschließlich um die medizinische Hauskrankenpflege und sonstige Therapieleistungen (wie zum Beispiel Physiotherapie- oder Logopädieleistungen) handelt. Derzeit gibt es in Österreich noch keine Möglichkeit, den Krankenversicherungsträger frei zu wählen.

Die Kommunen kommen ihrem Auftrag, Strukturen für die Altenhilfe anzubieten, durch direkte Förderung der Leistungsanbieter nach, was einer Subventionierung gleichzusetzen ist. Der Einfluß der öffentlichen Gebietskörperschaften ist deshalb auch relativ groß. Grundsätzlich muß gesagt werden, daß die Klienten einer großen Angebotsvielfalt, die nur für Insider zu durchschauen ist, gegenüberstehen. Es gibt sehr wenige Broschüren, die erschöpfend über die Betreuungsleistungen informieren und meist sind

---

<sup>7</sup> Vgl. Bericht des Arbeitskreises f. Pflegevorsorge, 1997.

<sup>8</sup> Daten wurden vom BM für Arbeit, Gesundheit und Soziales zur Verfügung gestellt. Bericht des Arbeitskreises für Pflegevorsorge, 1997.

diese Informationen auch bereits überholt. Auch ist es schwer möglich, jene Informationen über zur Verfügung stehende Betreuungsleistungen an einem Ort abzufragen, da bisher jeder Anbieter direkt über sein Angebot informierte und nicht über die, dem Bedürfnis des Klienten am besten geeignete Form der Betreuung. Nachdem die Sozial- und Gesundheitssprengel als quasi halb-öffentliche Institutionen bezeichnet werden können, ist zukünftig diese Aufgabe von den Sprengeln zu erledigen, was auch von der öffentlichen Hand durch die Finanzierung des Case-Management-Projekts zum Ausdruck gebracht wurde. Die „alten“ Strukturen müssen jedoch erst aufgebrochen werden und dieser Prozess braucht, wie jede einschneidende Veränderung der Strukturen, Zeit.

Der demografische Wandel ist natürlich auch in Österreich immer stärker zu bemerken. Die geburtenstarken Kriegsjahrgänge kommen nun ins Pensionsalter (siehe Tabelle 1) und die Alterslastquote steigt merklich an (siehe Abbildung 1).

**Tabelle 1: Zunahme der Zahl älterer Menschen nach Altersgruppen (1992 – 2050)<sup>9</sup>**

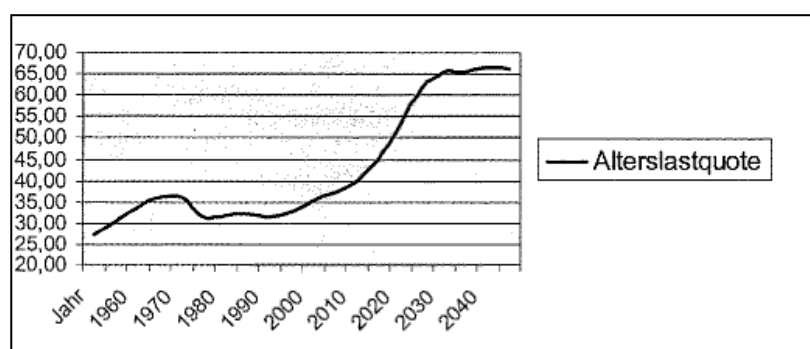
Jahr	60+	Steigerung in%	75+	Steigerung in%	85+	Steigerung in%
1992	1.598.307	Basisjahr	521.082	Basisjahr	119.452	Basisjahr
2000	1.689.410	+5,70	584.133	+12,10	151.107	+26,50
2010	1.922.763	+20,30	645.673	+23,91	174.758	+46,30
2020	2.186.484	+36,80	771.722	+48,10	188.137	+57,50
2030	2.627.617	+64,40	884.797	+69,80	249.774	+109,10
2040	2.661.181	+66,50	1.114.073	+113,80	279.757	+134,20
2050	2.534.915	+58,60	1.162.534	+123,10	366.479	+206,80

Wie aus der obigen Tabelle ersichtlich, steigt die Anzahl der älteren Menschen in den nächsten 50 Jahren eklatant an. Dabei kommt es zu einer beträchtlichen Überalterung, wie aus den Werten für die 75-jährigen und älteren, bzw. der 85-jährigen und älteren ablesbar. Setzt man dies in Relation zu den immer knapper werdenden finanziellen Ressourcen der öffentlichen Gebietskörperschaften und dem Rückgang der Geburten, sowie der Bevölkerung im Erwerbsalter (siehe Abbildung 1), aber auch der steigenden Ar-

<sup>9</sup> Österreichisches Statistisches Zentralamt, Modellrechnung zur Bevölkerungsentwicklung 1993-2050, eigene Berechnungen.

beitslosigkeit, wird klar, daß zukünftig neue Strategien und effizientere Formen der Betreuung angeboten werden müssen, um die kommenden Anforderungen bewältigen zu können.

**Abbildung 1: Demographische Alterslastquote (Bevölkerungsanteil im Alter von 60 und mehr Jahren im Verhältnis zur Bevölkerung im Erwerbsalter (15 bis 59 Jahre))<sup>10</sup>**



Weiters steigt die Lebenserwartung der Bevölkerung permanent an, was ebenfalls einen Erklärungsansatz für die Überalterung der Bevölkerung bietet. Die durchschnittliche Lebenserwartung von Männern lag im Jahr 1997 bei 75,5 Jahren und für Frauen bei 81,6 Jahren<sup>11</sup> und Prognosen sprechen von einem weiteren Anstieg der Lebenserwartung, was durch die heutige Medizin erklärt werden kann.

Die Wohnsituation der älteren Menschen spielt ebenfalls eine große Rolle für die Anforderungen, die von der Gesellschaft an das Sozial- und Gesundheitssystem der Zukunft gestellt werden. Zu einem früheren Zeitpunkt wurde bereits über die Lebenssituation pflegebedürftiger Personen gesprochen. Hier sei erwähnt, daß ca. 49 % der pflegebedürftigen Personen in Österreichs Städten alleine leben. Am Land funktioniert der Familienverband derzeit noch besser, wenn auch hier eine Tendenz zur Singularisierung bemerkbar wird. Derzeit leben jedoch im ländlichen Raum nur 22 % der pflegebedürftigen Personen in Einzelhaushalten. Im gesamten Bundes-

<sup>10</sup> Bevölkerungsfortschreibung des ÖSTAT (1955 bis 1995); Bevölkerungsprognosen (Hauptvariante) des ÖSTAT (1996 bis 2050); eigene Berechnungen.

<sup>11</sup> Daten des Amtes der Tiroler Landesregierung, die Angaben beziehen sich auf die Lebenserwartung der Tiroler/innen.

gebiet leben bereits heute – wie erwähnt – über 30 % der pflegebedürftigen Menschen alleine!<sup>12</sup>

Einer Untersuchung der Firma Pagler & Pagler<sup>13</sup> zufolge, wird bzw. werden von den Nutzern sozialer Dienstleistungen zu

57,00%	ein Dienst
27,36%	zwei Dienste
12,99%	drei Dienste
01,75%	<b>vier Dienste</b>
00,91%	fünf verschiedene Dienste

in Anspruch genommen. Als Dienste wurden dabei Essen auf Rädern, die Hilfe bei der Haushaltsführung, Hilfe im persönlichen und pflegerischen Bereich, Begleit- und Fahrtendienste, sowie teilstationäre Einrichtungen genannt. Die Hilfe im persönlichen und pflegerischen Bereich wurde als hauptsächlich konsumierte Unterstützungsleistung von den meisten betroffenen Befragten genannt.<sup>14</sup>

Ein Drittel aller Personen, die 60 und mehr Jahre alt sind, erhalten regelmäßig (täglich bis zu wöchentlich) Hilfe von Angehörigen, Freunden und/oder sozialen Diensten. Von diesen erhalten 20 % der Befragten täglich Hilfe und nur ein Achtel weniger als einmal pro Woche. Die Untersuchung des Mikrozensus Juni 1998 zeigte, daß bei Betrachtung des altersspezifischen Verlaufs bis zu einem Alter von 74 Jahren ein flacher Anstieg der erhaltenen Hilfs- und Betreuungsleistungen feststellbar ist. Ab dem 75. Lebensjahr zeigt sich eine permanente sprunghafte Steigerung. 53,5 % der 75 und Mehrjährigen erhalten regelmäßige Unterstützung, bei der Gruppe im Alter von 85 bis 89 Jahren erhalten bereits 70,1 % regelmäßige Unterstützung durch formale und informelle Systeme.<sup>15</sup>

Es gibt in Österreich keine, die ambulante Betreuung betreffenden einheitliche Richtlinien, die für das gesamte Bundesgebiet gelten. Das Sozialhilfegesetz spielt eine wesentliche Rolle und dies ist eindeutig Landeskompetenz. So findet man in jedem Bundesland unterschiedliche Strukturen der ambulanten Betreuung. In Wien gibt es sogenannte Sozialzentren in den einzelnen Bezirken, die einerseits die Einsätze der Heimhilfen und sonsti-

<sup>12</sup> Vgl. Huber W., Pflegebedürftigkeit in Tirol aus der Sicht der Sozialverwaltung, in Rechtliche Rahmenbedingungen der Alten- und Pflegebetreuung, Barta H., Ganner M. (Hrsg.) Tagungsband, 1998, Universität Innsbruck.

<sup>13</sup> Vgl. Pagler & Pagler, Wien, im Auftrag des BM für Arbeit, Gesundheit und Soziales.

<sup>14</sup> Vgl. Huber W., a.a.O.

<sup>15</sup> vgl. Lebenssituation älterer Menschen, Statistische Nachrichten 5/99, Hauptergebnisse des Mikrozensus-Sonderprogrammes Juni 1998.

gen ambulanten Dienste koordinieren, diese aber ausschließlich zukaufen. Das Sozialzentrum wird, ebenso wie die Sozial- und Gesundheitssprengel in Tirol als soziale Drehscheibe verstanden. In Oberösterreich (zum Beispiel in Linz) ist das Betreuungsgebiet aufgeteilt und die einzelnen Hilfsorganisationen sind ausschließlich in diesem Gebiet als Anbieter von ambulanten Leistungen anerkannt. In Kärnten gibt es ebenso wie in Tirol, Sozialsprengel, die jedoch einen Teil der Verwaltung ausmachen und sogar im Sozialhilfegesetz verankert sind – sogenannte integrierte Sozial- und Gesundheitssprengel. In Tirol dagegen gibt es, wie erwähnt, die als selbständig agierende Vereine gegründeten Sozial- und Gesundheitssprengel, die bis auf 4 Gemeinden das gesamte Gebiet des Bundeslandes flächendeckend versorgen. Als Sprengel wird dabei ein bestimmtes Gebiet bezeichnet, das meist mehrere Gemeinden umfaßt, die durch die finanzielle Einbindung der Kommunen auch einen maßgeblichen Einfluß auf die Gestaltungsspielräume in den einzelnen Sprengeln ausüben. Aus diesem Grund ist das Angebot in jedem Sprengel unterschiedlich, was aber auch den Vorteil hat, daß auf die unterschiedlichen Bedürfnisse der Bewohner eingegangen wurde, bzw. umgehend reagiert werden kann. Die flächendeckende Versorgung der Bevölkerung durch die Sprengel wurde vom Land forciert und die Gründung der Sprengel finanziell stark gefördert. Die Versorgung soll einerseits die Bereitstellung von Basisdienstleistungen der ambulanten Altenbetreuung und Pflegehilfe sowie Hauskrankenpflege abdecken, andererseits sollen die Sprengel ebenfalls verstärkt ihre Funktion als soziale Drehscheibe wahrnehmen und die Angebote der anderen Anbieter – in den verschiedensten Sparten des Sozial- und Gesundheitsbereichs – koordinieren und der Bevölkerung anbieten. Diese Koordination könnte sogar so weit gehen, daß zukünftig, wie in anderen europäischen Staaten bereits üblich, auch eine Steuerung des Angebots durch die Sprengel erfolgen könnte. Als Vorbild kann das Niederländische Modell dienen, das auf die regionalen Besonderheiten angepaßt werden müßte, was durch die Arbeit der Geschäftsführungen in den Sprengeln, speziell in Innsbruck bereits sehr weit fortgeschritten ist. Der wirtschaftlich größte Sprengel in Tirol ist der Sozial- und Gesundheitssprengel Innsbruck-Stadt, der das konkret untersuchte Case-Management-Projekt dem Land Tirol zur Umsetzung vorschlug und darauf hin auch die Case-Management-Stelle eingerichtet hat. Dabei handelt es sich um ein einzigartiges Projekt in Tirol. Nachdem die Landesregierung die Tragweite dieses Pilotprojektes und die damit verbundenen Vorteile erkannte, war sie auch bereit, dieses gesondert – neben der üblichen Sprengelförderung – zu unterstützen. Prinzipiell werden von politischer Seite wenig Initiativen für neue Projekte in der Altenarbeit gesetzt, dies überlassen die Politiker meist den Fachleuten, die die Strukturen meist besser kennen. Impulse gehen deshalb meist ausschließlich von Entscheidungsträgern in den einzelnen Organisationen aus. Es scheint, die „Lobby“ der Hilfs- und

Pflegebedürftigen ist derzeit noch zu klein, um den eigenen Bedürfnissen Ausdruck verleihen zu können. Prinzipiell wurde von den in der Altenarbeit im Sprengel Innsbruck Tätigen bestätigt, daß die Klientenstruktur sich derzeit in einem Wandel befinde. Die Vorkriegsgenerationen, die ihr Schicksal „erdulden“ mußten werden nun Gott-sei-Dank von einer, wenn auch noch sehr vereinzelt auftretenden, emanzipierteren Klientenschicht abgelöst, die erkannt hat, daß es sich bei den angebotenen Betreuungsleistungen um Dienstleistungsangebote handelt, und daß sie demgemäß auch qualitativ höherwertige, und ihren Bedürfnissen entsprechendere Leistungen erwarten und auch einfordern dürfen. Über sonstige derzeitige Case-Management-Projekte war leider nichts in Erfahrung zu bringen. Das Rote Kreuz Wien startete zu einem früheren Zeitpunkt ein eben solches Projekt. Wie damals aber berichtet wurde, blieb der erwartete Erfolg aus.

Nachdem das untersuchte Projekt eines der wenigen in Österreich ist, die es überhaupt gibt, wird hier das Verständnis des Begriffes Case-Management an diesem konkreten Projekt erläutert.

Vom Sprengel Innsbruck-Stadt erfolgte eine Zweiteilung des Begriffs. Einerseits wird über **Internes Case-Management** und andererseits über **Externes Case-Management** gesprochen. Im Folgenden nun die Erklärung der beiden Begriffe und die Vorstellung der Zielsetzungen:

### 1.1. Zielsetzung des Projektes:

Im Vordergrund stehen die Interessen des Klienten. Dem Hilfesuchenden soll jenes „Package-of-Care“ zur Verfügung gestellt werden, das seine Bedürfnisse am besten abdeckt. Dabei hat der Projektträger darauf Bedacht zu nehmen, daß er, nachdem er ebenfalls als Anbieter fungiert, das eigene Angebot genau so nach der möglichen Nutzenstiftung für den Klienten im Kreis der möglichen Alternativen evaluiert. Die Case-Managerin hat jenes Angebotsbündel auszuwählen, das den Bedürfnissen des betroffenen Hilfesuchenden am Besten gerecht wird.

Neben dieser primären Zielsetzung werden natürlich auch Interessen der Subventionsgeber durch dieses Projekt verwirklicht. Durch den effizienteren Einsatz der Mittel kann bei gleichbleibender finanzieller Beteiligung eine bessere Abdeckung des Betreuungsbedarfs der Klienten gewährleistet und erreicht werden. Durch die Übersicht, welche die Case-Managerin über die einzelnen Angebote der ambulanten Betreuung hat, können Fehlentwicklungen frühzeitig erkannt werden. Überangebote werden aufgezeigt und latent vorhandene Unterversorgungen in den verschiedenen Sparten eben-



falls ersichtlich gemacht. Durch dieses Steuerungsinstrument ist somit ein besserer Einsatz der zur Verfügung gestellten Ressourcen gewährleistet, da mit den gewonnenen Informationen steuernd auf die Angebotsstruktur eingewirkt werden kann. So wurde in den ersten Monaten bereits aufgezeigt, daß es im Bereich der „Verwahrlosung“ von Klienten kein geeignetes Angebot gibt, das dieser Klientengruppe adäquate Lösungsansätze anbieten kann. Auf die genauen Maßnahmen, die im Folgenden von der Case-Managerin daraufhin eingeleitet wurden, soll zu einem späteren Zeitpunkt genauer eingegangen werden. Die Anbieter werden zukünftig nicht mehr als Generalisten am „Markt“ der ambulanten Betreuungsdienste auftreten können, sondern es ist und wäre bereits auch in der Vergangenheit notwendig gewesen, eine Differenzierung des Angebots und eine gegenseitige Abstimmung vorzunehmen, um wirklich den Bedürfnissen der Bevölkerung entsprechend gerecht werden zu können. Der, früher und bis heute immer noch teilweise, „geschützte“ Markt der ambulanten Betreuung wird zunehmend durch Konkurrenz von privaten Anbietern, besonders aus dem benachbarten Ausland Osteuropas mit den bekannten Sozialproblemen „belebt“. Inwieweit diese Öffnung im Sinne der Klienten liegt, bleibt zu diskutieren. Derzeit gibt es noch keine Evaluationskriterien und Qualitätsstandards, anhand deren der Klient feststellen kann, welche Leistung er für sein Geld erhält. Noch gelingt es der öffentlichen Hand in Tirol, diese privaten Anbieter durch Ausschluß von Subventionsvergaben unter dem Hinweis, daß genügend Hilfsangebote vorhanden seien, größtenteils fernzuhalten und den durch die Öffnung bedingten stärkeren Wettbewerbsdruck zu kontrollieren.

Natürlich profitieren auch die derzeitigen Non-Profit-Organisationen vom Case-Management, wenn diese die Vorteile, die sich aus der Installierung einer Case-Management-Stelle ergeben, nicht anerkennen und es lediglich als versuchte Einschränkungsmöglichkeit ihrer Tätigkeit sehen und der öffentlichen Hand den Willen der Reduzierung ihrer Betreuungsleistungen unterstellen. Sie könnten jedoch auch Informationen darüber gewinnen, in welchen Bereichen eine Unterversorgung vorherrscht und somit geeignete Betreuungsleistungen entwickeln, die sie zukünftig anbieten. Dadurch würde ihre Marktposition abgesichert und der Fortbestand gewährleistet der Organisation gewährleistet. Nischenangebote werden neben einem generellen Angebot, das sich aber in seiner Zusammensetzung ebenfalls mehr von den Konkurrenten abheben muß, immer wichtiger.

## **1.2. Externes Case-Management**

Dieses behandelt vor allem die Koordination des gesamten „Angebotsmarktes“ der Betreuungsleistungen und die Information von Hilfesuchenden und deren Angehörigen über die einzelnen, zur Auswahl stehenden Angebote. Dabei wird die letzte Entscheidung über die Wahl eines Angebotes bzw. eines Bündels von Angeboten durch den Betroffenen selbst, oder dessen Angehörige getroffen. Die oben formulierten Vorteile für die Leistungsanbieter kommen in diesem Externen Case-Management zum Tragen. Die ursprüngliche Angst der „Konkurrenten“ des Sprengels, daß die Case-Managerin ausschließlich das eigene Angebot nutzen würde, wurde durch die konkrete Arbeit entkräftet. Dabei ist zu sagen, daß der Erfolg des Projektes, speziell in der Aufbauphase, sehr stark von den sozialen Kompetenzen der Case-Managerin abhängig war, der es gelang, jene Vertrauensbasis zu schaffen, die für den Erfolg der Arbeit notwendig ist. Ohne dieses Vertrauen wäre wohl nur eine Steuerung durch die öffentliche Hand in Form von Auflagen für die finanziellen Zuschüsse möglich gewesen. Natürlich braucht jeder Prozess seine Zeit und auch heute noch würden die einzelnen Anbieter dieses Externe Case-Management lieber bei sich angesiedelt sehen, auch wenn dies nicht so dezidiert ausgesprochen wird. Der dadurch für den Sprengel entstandene Wettbewerbsvorteil wird immer noch recht kritisch beobachtet, da der Sprengel aus seiner gewachsenen Struktur derzeit immer noch mehr durch seine Anbieterfunktion, denn durch seine Funktion als soziale Drehscheibe identifiziert wird. Die konkrete Arbeit wird jedoch zeigen, inwieweit diese „Unkenrufe“, die dem Ziel des Projektes zuwider laufen, tatsächlich ihre Berechtigung haben. Um eine saubere Abgrenzung zwischen den Bereichen Internes und Externes Case-Management zu treffen, wurde das Externe Case-Management als Stabsstelle eingerichtet. Das Projekt Externes Case-Management wurde im Mai letzten Jahres gestartet.

## **1.3. Internes Case-Management**

Im Gegensatz zu anderen europäischen Ländern lag der Bereich der ambulanten Betreuung in Österreich noch im Dornröschenschlaf, was unter anderem sowohl durch die besondere Struktur des Krankenkassensystems, als auch durch die spezielle Finanzierungsform der öffentlichen Hand bestimmt wurde. Die Effizienzdiskussion wird erst aufgrund der immer knapper werdenden Budgets geführt und eine Kosten-Nutzen-Rechnung, bzw. die Erwähnung von betriebswirtschaftlichen Kennzahlen wird auch heute teilweise noch verpönt und einer „unmenschlichen“ und unangemessenen Sichtweise des Sozialsystems gleichgesetzt. Speziell den Mitarbeiter/innen in den einzelnen Organisationen ist die Sinnhaftigkeit dieser notwendigen

Neuorientierung zur Absicherung der Arbeitsplätze nur sehr verzögert verständlich zu machen. Alte, lieb gewordene Gewohnheiten müssen zugunsten des Patienten aufgegeben werden und die Klientenorientierung steht nun vor der, teilweise bis in die heutige Zeit geretteten ausschließlichen Mitarbeiterorientierung des Führungsteams in den Organisationen. Diese Entwicklung hat auch vor dem Sprengel Innsbruck-Stadt nicht halt gemacht und der Vorsitzende des Vereins hat sich, gemeinsam mit dem innovativen Führungsteam, entschlossen, eine genauere Durchleuchtung der Strukturen der Hauskrankenpflege, der ambulanten Altenbetreuung und der Heimhilfe vorzunehmen. Aufgrund der Erkenntnisse dieses Evaluationsprozesses entschlossen sie sich, diese Dienste neu zu organisieren. Diese vereinsinterne Neu-Strukturierung und Ausrichtung aller Betreuungs- und Hilfsleistungen auf die Bedürfnisse der Klienten wird nun als Internes Case-Management bezeichnet. Die Betreuungsleistungen wurden verstärkt auf die Wünsche der Klienten ausgerichtet und zukünftig soll, genauso wie beim Externen Case-Management-Modell, ein optimales „Package-of-Care“ von der Pflegedienstleitung für die betreuten Klienten des Sprengels zusammen gestellt werden, das die Bedürfnisse des Klienten am besten abdeckt. Dabei wird vor allem auf die Klientenorientierung aller Dienste des Sprengels besonderes Augenmerk gelegt. Qualitätsstandards werden eingeführt und eine Evaluation des Betreuungsverlaufs bildet einen maßgeblichen Aspekt. Neue Klienten werden dabei, genauso wie bei anderen Organisationen durch das Externe Case-Management an die Pflegedienstleitung des Vereins weitergeleitet, die gleichzeitig für das Interne Case-Management die Verantwortung trägt. Das Interne Case-Management findet sich in der Linienorganisation des Sprengels wieder mit den nachgeordneten Teilbereichen, Hauskrankenpflege, ambulante Betreuung und Haushaltshilfe. Dieser Prozess der Neu-Strukturierung wurde im Jänner diesen Jahres eingeleitet. Der Sprengel wird auch weiterhin als Anbieter auftreten, da dadurch für die Gebietskörperschaften die Grundversorgung der Bevölkerung jederzeit gewährleistet werden kann, auch wenn andere Anbieter sich aus dem Markt zurückziehen, oder ihre Kapazitäten anderweitig binden.

## **2. Personelle und sachliche Ausstattung des Projekts**

Im Mai letzten Jahres wurde, wie bereits erwähnt, das Externe Case-Management-Projekt gestartet. Dabei wurde eine Mitarbeiterin mit einer Verpflichtung von 20 Wochenstunden mit der Erhebung der Betreuungsstrukturen in Innsbruck-Stadt beauftragt. Für diese Mitarbeiterin wurde nur dieser grob umrissene Auftrag formuliert. Erst die Ergebnisse der Erhebung sollten die weitere Struktur des Projektes bestimmen. Sehr bald wurde klar, daß in einem Untersuchungsgebiet wie Innsbruck-Stadt mit ca. 120.000

Einwohnern nicht mit einer teilzeitbeschäftigten Mitarbeiterin das Auslangen gefunden werden kann. Aus diesem Grund wurde über die zukünftige Struktur nachgedacht, noch dazu, wo sich mehrere Möglichkeiten zur Realisierung des Projektes anboten. Nach genaueren Überlegungen zeigte sich, daß die Organisationsstruktur des Sprengels mit der stadtteilbezogenen Betreuungsarbeit als der größte Vorteil für die Klienten und deshalb wurde dieses Modell dementsprechend weiterentwickelt. Hier spielt bereits die Neu-Strukturierung der Organisation des Sozial- und Gesundheitssprengels und die Implementierung des Internen Case-Managements eine große Rolle für die Umsetzung des Externen Case-Management-Projekts, da ohne die Schaffung dieser internen Rahmenbedingungen das Externe Case-Management ebenfalls nicht funktionieren könnte.

Der Sprengel verfügt über je eine Sozial- und Gesundheitsstation in jedem Stadtteil Innsbrucks (insgesamt 8 Einrichtungen und 2 Untereinheiten bei größeren Gebieten). Diese Stadtteilzentren können als soziale Stützpunkte für die Bevölkerung bezeichnet werden. Dort finden sie auf Fragen im Bereich der Gesundheit und des Sozialen Antworten und konkrete Hilfestellungen werden angeboten. Das jeweilige Stadtteilteam besteht aus Sozialarbeiter/innen oder Sozialpädagoginnen, die mit der Hauptaufgabe der Gemeinwesenarbeit und der damit verbundenen Einzelfallhilfe beschäftigt sind. Sie versuchen das soziale Netz durch Koordination der Beratungsangebote im Stadtteil engmaschiger zu gestalten. Die Diplomkrankenschwester als Interne Case-Managerin greift auf die Ressourcen dieser Sozialarbeiter ebenso zu, wie auf die Ressourcen in ihrem Pflorgeteam, das aus anderen Diplomkrankenschwestern, Pflegehelfer/innen, Altenfachbetreuer/innen und Heimhilfen besteht. Durch diese Stadtteilorientierung kann auf die spezifischen Unterschiede in der Struktur des Bezirks und die damit verbundenen besonderen Anforderungen, die von der Bevölkerung gestellt werden, genauer eingegangen werden. Demgemäß wird das jeweilige Team aus den entsprechend ausgebildeten Professionisten zusammengesetzt. Daneben wird das Team durch die ambulant tätige Physiotherapeutin und die Logopädin im Bedarfsfall ergänzt. Derzeit arbeitet das Führungsteam daran, die Grenzen der einzelnen Betreuungsbezirke dahingehend abzustimmen, daß eine Übereinstimmung mit den politischen statistischen Bezirken der Hoheitsverwaltung der Stadtgemeinde besteht, um eine bessere Informationsbasis durch die Auswertung statistischer Daten zu erreichen.

Der Koordinator des Internen Case-Managements ist genauso wie die Externe Case-Managerin diplomierte/r Gesundheits- und Krankenschwester/pfleger, daneben sprach für die Bestellung der Externen Case-Managerin auch ihre vielfältige praktische Erfahrung sowohl im Bereich der

stationären, als auch im Bereich der ambulanten Betreuungsarbeit, sowie die zusätzliche sozialmedizinische Ausbildung. Als wichtigste Kompetenz neben den fachlichen Fähigkeiten wurde ein hohes Maß an Sozialkompetenz von den Entscheidungsträgern vorausgesetzt. Durch die Weiterentwicklung des Konzeptes arbeitet die Externe Case-Managerin nun auch als Verantwortliche für die Pflegedienstleitung mit der Aufgabe, das Interne Case-Management gänzlich zu implementieren und die Diplom-Gesundheits- und Krankenschwestern mit dem, für die Bewältigung der Externen Case-Management-Funktion notwendigen Know-how für die Zukunft zu schulen. Durch diese Qualifikation der Internen –Case-Managerinnen könnte zu einem späteren Zeitpunkt auch das Externe Case-Management stadtteilbezogen angeboten werden, natürlich unter weiterer Nutzung der Synergien, die durch eine zentrale Steuerung des ganzen erfolgen würde. Diese Vision der Geschäftsführerin müßte natürlich durch eine direkte Beauftragung des Sprengels durch die Gebietskörperschaften Stadt und Land einher gehen. Die in anderen Ländern übliche Form des Hausarztes als Case-Manager wurde mit dem Chef der Tiroler Ärztekammer diskutiert. Er sieht eine wichtige Aufgabe des Hausarztes darin, der Case-Manager des Patienten zu sein, weist aber darauf hin, daß es derzeit zwischen dem System der ambulanten Betreuung und dem ärztlichen System noch zu wenig Zusammenarbeit gibt, Interesse an einer Verbesserung dieser Kommunikationsstruktur zu arbeiten, wurde jedoch bekundet. Für die weitere Entwicklung des Projekts wird über die unbestreitbar sinnvolle Einbindung der Hausärzte in Form von Pflegekonferenzen mit den Case-Managerinnen (Diplomkranken- und Gesundheitsschwestern des Sprengels) nachgedacht. Es wird dabei wahrscheinlich ein institutionalisiertes Treffen mit den Hausärzten des jeweiligen Bezirks von der Case-Managerin vereinbart.

Die Mitarbeiter/innen der einzelnen Bezirke treffen sich einmal pro Woche zu einer Teambesprechung, wobei einerseits konkrete Probleme der Betreuungssituationen, andererseits auch Probleme, die sich aus der Funktion der Mitarbeiter/innen ergeben, besprochen werden. Die folgenden Ausführungen beziehen sich nun auf den Stadtteil Hötting-West, der genauer dargestellt werden soll. In den anderen Stadtteilen wurde dieses Konzept in ähnlicher Form ebenfalls bereits umgesetzt, wobei es – wie bereits weiter oben erwähnt – zu Differenzierungen – je nach Bedürfnis der Bevölkerung und Bevölkerungsstruktur – kommen kann.

Die Teamsitzung findet an jedem Mittwoch statt und alle Mitglieder des Teams nehmen daran teil. Team meint dabei nicht die Definition von Team im betriebswirtschaftlichen Sinne, in dem jedes Gruppenmitglied für kurze Zeit die Leitung übernehmen kann, sondern wird als multi-professionelle Gruppe gesehen, die hierarchisch strukturiert ist und deren Leitung die Ca-

se-Managerin inne hat. Die Sozialarbeiterin untersteht nur zu 20 % ihres Zeitbudgets der Case-Managerin, ansonsten kann sie eigenverantwortlich ihrer Aufgabe der Gemeinwesenarbeit nachgehen. Die Aufgaben der einzelnen Teammitglieder werden im Anschluß kurz erläutert:

## **2.1. Personelle Ausstattung**

### **2.1.1. Case-Managerin**

Erstbesuch und Feststellung des Betreuungsbedarfs sowie des Gesundheitszustandes, nachdem der Klient vom Externen Case-Management zugewiesen wurde. Zwischen Interner und Externer Case-Managerin wird abgestimmt, wer die sonstigen Betreuungsleistungen organisiert. Derzeit erfolgt dies noch teilweise durch die Externe Case-Managerin, sollten die Visionen der Geschäftsführung des Sprengels realisiert werden, würde die Interne Case-Managerin diese Aufgaben der Koordinierung aller Betreuungsleistungen für den Klienten Ziel der Arbeit sein. Laufende Evaluation des Betreuungsprozesses, derzeit für Leistungen des Sprengels (Übergabebblatt des Externen Case-Managements und Dokumentationsmappen sind im Anhang zu finden).

### **2.1.2. Sozialarbeiterin**

Gemeinwesenarbeit bildet die Hauptaufgabe der Stadtteil-Koordinatorin, wofür 80 % einer Ganztagsbeschäftigung (40 Wochenstunden) zur Verfügung stehen. In der Fachliteratur wird auch die Einzelfallhilfe als Bestandteil dieser Gemeinwesenarbeit angesehen. Um dem gerecht zu werden, wird im Sprengel ein 20%iger Anteil der Sozialarbeit als dem Case-Management zuarbeitend bezeichnet. Die Stadtteil-Koordinatorin wird von der Case-Managerin herangezogen, wenn es um soziale Hilfestellung für den Klienten geht. Dies wäre zum Beispiel die Hilfestellung bei einem Pflegegeldansuchen, Befreiungen von Gebühren, Sozialhilfeansuchen und sonstigen finanziellen Unterstützungsansuchen oder bei konkreten Problemen sozialen Problemen, wie zum Beispiel „Vereinsamung“ der Klienten. Die Stadtteil-Koordinatorin ist aufgefordert, konkrete Lösungsansätze durch Einleitung adäquater Maßnahmen anzubieten. Die Projektarbeit im Gemeinwesen bietet dabei eine hilfreiche Unterstützung, weil die Einbindung der Klienten in die Seniorenstube oder in andere Bewohneraktivitäten im Stadtteil der Singularisierung und der damit verbundenen Isolation entgegenwirken kann und zur Verstärkung der sozialen Kontakte in der Bevölkerung beiträgt.

### **2.1.3. Diplom-Gesundheits- und Krankenschwester**

Durchführung der medizinischen und nicht medizinischen Hauskrankenpflege (vorwiegend Grundpflege) unter Verantwortlichkeit der Case-Managerin. Nachdem derzeit nur das Interne Case-Management wahrgenommen wird, arbeitet die Case-Managerin teilweise ebenfalls in ihrem angestammten Berufsfeld.

### **2.1.4. Pflegehelfer/innen und/oder Altenfachbetreuer/innen**

Die Altenfachbetreuer/innen haben neben der Ausbildung zum Pflegehelfers eine verstärkte sozialarbeiterische Ausrichtung während ihrer Ausbildung erfahren. Der Abschluß eines Pflegehelferkurses erfolgt bereits nach einem Jahr, die Ausbildung zum Altenfachbetreuer dauert 2 Jahre. Nachdem diese Ausbildung der Altenfachbetreuer derzeit gesetzlich noch nicht anerkannt wurde (obwohl die Ausbildungsstätten vehement dafür eintreten), werden diese zwei Berufsgruppen unter dem Titel Pflegehelfer geführt. Erst durch die gesetzlich Anerkennung ließe sich hier eine Änderung herbeiführen. Die Mitarbeiter beschäftigen sich mit der Hilfspflege und unterstützen dadurch die Gesundheits- und Krankenschwestern, arbeiten aber im Bedarfsfall auch bei hauswirtschaftlichen Tätigkeiten mit.

### **2.1.5. Heimhilfe**

Die Tätigkeiten, welche die Heimhelfer/in bewältigt, kann mit Unterstützung bei der Haushaltsführung im Privatbereich umschrieben werden. Dabei soll nicht die reine Putzarbeit im Vordergrund stehen, sondern auf das Lebensumfeld des Patienten ganzheitlich Einfluß genommen werden, um ihm auch nach Einschränkung seiner Mobilität einen Verbleib in den eigenen 4 Wänden zu ermöglichen.

### **2.1.6. Therapie**

Der Case-Managerin steht neben diesen Mitarbeiter/innen noch die ambulante Physiotherapeutin und die ambulante Logopädin des Vereins zur Verfügung, die im Bedarfsfall durch ihre Leistungen zu einer Verbesserung des Gesundheitszustandes des Patienten beitragen können.

### **2.1.7. Zivildienstler und Praktikanten**

Neben den hauptamtlich tätigen Personen im Sprengel arbeiten noch Zivildienstler mit. Deren Aufgabe besteht vor allem in der Haushaltsführung, in der Erledigung von Besorgungen und Begleitungen und der Unterstützung bei Spaziergängen. Der Zivildienst in Österreich beträgt 1 Jahr. Praktikanten der Krankenpflegefachschule sowie der Pflegehelferschulen lernen in diesem Berufspraktikum den Bereich der Ambulanten Betreuung und Hauskrankenpflege kennen.

Die Externe Case-Managerin hat somit die Möglichkeit, einerseits auf die Leistungen des Sprengels direkt zuzugreifen und das jeweilige Stadtteilteam mit der Versorgung eines Klienten zu betrauen, oder falls die Bedürfnisse des Klienten durch andere Anbieter von Betreuungsleistungen besser abgedeckt werden können, diese zu beauftragen.

Neben den Teambesprechungen im Stadtteil treffen sich alle Internen Case-Managerinnen einmal wöchentlich zu einer koordinierenden Fachbesprechung unter Leitung der Pflegedienstleitung. Auch die Sozialarbeiter/innen der einzelnen Bezirke treffen sich regelmäßig zum Informationsaustausch, um ein differenziertes, aber qualitativ möglichst hochwertiges gemeinsames Bild nach außen vermitteln zu können und die Aktivitäten aufeinander abzustimmen.

### **2.1.8. Ehrenamtliche Mitarbeiter/innen**

Ehrenamtliche Mitarbeiter/innen werden im Case-Management dahingehend eingesetzt, als daß die Case-Managerin das soziale Umfeld des Klienten erfaßt. Angehörige werden, falls ein gutes Einvernehmen mit dem Betroffenen herrscht direkt eingebunden. Die Case-Managerin versteht sich als Beraterin wobei die Entscheidungskompetenz vom Betroffenen wahrgenommen wird. Die Case-Managerin zeigt einzelne Möglichkeiten auf, wie sich die Angehörigen und Freunde an der Betreuung der Hilfsbedürftigen beteiligen können und gibt auch Ratschläge und Hinweise über richtige Verhaltensweisen. Dabei wird von ihr großes Augenmerk darauf gelegt, daß es durch die Mithilfe im Betreuungsprozess nicht zu einer Überforderung der Bezugspersonen kommt. Natürlich wird auch darauf geachtet, daß sich die Angehörigen nicht durch die Einschaltung einer Case-Managerin ihrer Verantwortung entziehen. Ohne die Mitarbeit der Bezugspersonen ist ein „ALT WERDEN ZU HAUSE“ der älteren Hilfs- und Pflegebedürftigen allein aus Kostengründen meist nicht möglich. Erst durch die Einbindung der ehrenamtlichen Helfer im Betreuungsprozess, zum Beispiel der Ehepartner,



Kinder, Schwiegerkinder, Enkel, Verwandten und Freunde/Nachbarn wird diese Art der Betreuung zu Hause mit oftmaliger Unterstützung durch professionelle Dienste möglich. Eine Besonderheit der österreichischen Gesetzgebung im Gesundheits- und Krankenpflegegesetz aus dem Jahre 1997 ermöglicht es ehrenamtlichen Bezugspersonen, jede Tätigkeit – selbst pflegerische – alleine auszuführen. Daneben dürfen Pflegehelfer keine pflegerische Tätigkeiten, ohne Aufsicht einer Diplom-Kranken- oder Gesundheitsschwester, ausüben. Hier kann man die Diskrepanz zwischen den nicht vorhandenen Vorschriften für Laienhelfer und den strengen gesetzlichen Regelungen, die für Professionisten gelten und damit eventuell einhergehende Betreuungsprobleme deutlich ablesen. Einen vorgeschriebenen Kontrollbesuch durch einen professionellen Dienst, wodurch erst der Anspruch auf Fortbezug des Pflegegeldes begründet wird, gibt es in Österreich nicht. Auch eine Einschulung der Laienhelfer/innen muß nicht erfolgen; genauso wenig wie eine Anleitung durch Fachkräfte. Im konkreten Projekt wird jedoch versucht, die ehrenamtlichen Bezugspersonen nicht zu überfordern und deshalb wird deren Tätigkeit vor allem auf die Verrichtung von leichteren und nicht pflegerischen Tätigkeiten und das Zur-Verfügung-Stellen der Zeit eine wichtige Leistung am Klienten erbracht, die bei Einschaltung von Professionisten nicht zu finanzieren wäre. Sonstige ehrenamtliche Helfer, wobei als ehrenamtliche wirklich jene gemeint sind, die keinerlei Bezahlung für ihre Tätigkeit fordern, werden derzeit nicht eingesetzt, da die Kontrolle und die Aufsicht über diese Gruppe der Helfer bei der derzeitigen Organisationsform im Sprengel schwer möglich ist. Im Bereich der Gemeinwesenarbeit denken die Verantwortlichen jedoch darüber nach, wie die Bürger/innen mehr in den Betreuungsprozess Alleinstehender einbezogen werden könnten.

## **2.2. Sachausstattung**

Jeder Case-Managerin verfügt im Stadtteil über ein Büro. Im konkreten Fall von Hötting-West, stehen für die Case-Managerin und die Stadtteil-Koordinatorin sogar zwei Standorte zur Disposition (Hauptbüro: Viktor-Franz-Hess-Straße und Außenstelle: Höttinger Au, Angergasse). Die aus der Bevölkerung und der Arbeitsgemeinschaft Hötting-West entstandene Gemeinschaftsinitiative/Bewohnerservice bietet ihre Leistungen im Stadtteilzentrum an. Auch in Wilten stehen zwei Einrichtungen zur Verfügung; das Bürgerbüro, eine Initiative des Sozial- und Gesundheitssprengel Innsbruck-Stadt bietet dort in der Leopoldstraße engagierten Bürgern aus Innsbruck die Rahmenbedingungen für die Umsetzung ihrer Ideen und zur Entwicklung von eigen-initiierten Projekten. Dieser Standort verfügt über 2 kleine Räume und einen Multifunktionsraum. Das eigentliche Stadtteilzen-

trum befindet sich in der Kaiser-Josef-Straße (direkt neben der Universitätsklinik Innsbruck). Dieses besteht im konkreten Fall aus einem Büroraum, einem großen Raum, der auch für Veranstaltungen genutzt werden kann und auch als Ort der Begegnung (z. B. Seniorenstube) zur Verfügung steht. Daneben gibt es noch einen kleineren Beratungsraum, der unter anderem auch durch die Einbindung der Mutter-Elternberatung in den Sprengel genutzt wird. Zusätzlich wird noch einmal wöchentlich eine Stillberatung vom Sprengel in diesem Raum angeboten. Kinderspielgruppen runden das Angebot ab. Die Räume werden auch von Selbsthilfevereinen als Kommunikationsraum benützt. EDV steht in Wilten ebenfalls in Form eines PC zur Verfügung. Dieser PC verfügt auch über einen Internetanschluß, der für Literaturrecherchen genutzt werden kann. Das Gesundheits-Informations-Netz beinhaltet Informationen über die Ressourcen und deren Ausnutzung im Bereich der ambulanten und stationären Betreuung. Die Case-Managerin hat direkten Zugriff auf diese umfassende Informationsdatenbank und kann somit per Knopfdruck feststellen, ob die vor ihr vorgeschlagenen Ressourcen bei Bedarf vom entsprechenden Anbieter derzeit überhaupt abrufbar sind, oder eine gänzliche Auslastung dieser Organisation gegeben ist. Daneben kann dem Betroffenen auch sofort eine aktuelle Information über das Angebot gegeben werden, da die im Internet gespeicherten Homepages und Infoseiten ausgedruckt werden können. Telefon und Anrufbeantworter gehören zur Grundausstattung neben dem Fax und der E-Mail Adresse. Eine weitere Vernetzung und Verbesserung der Erreichbarkeit wird ab Herbst voraussichtlich möglich sein, wenn der gesamte Verein auf ein neues Kommunikationssystem umsteigen wird, das eine Benutzung des Handys als Schnurlostelefon ermöglichen wird. Dann sollen alle Case-Managerinnen und alle Stadtteil-Koordinatorinnen vernetzt sein. Derzeit besitzen die Case-Managerinnen einen Pager und die Informationen werden durch die Pflegedienstleitung an die Case-Managerin übermittelt, die sodann zurückruft. Wie bereits erwähnt, soll durch das neue Kommunikationssystem eine direkte Kontaktaufnahme möglich sein. Die Case-Managerin hat ein Dienstauto zur Verfügung. Falls notwendig, ist die Case-Managerin vor Ort beim Klienten, um in einem persönlichen Gespräch die relevanten Sachverhalte mit den Betroffenen zu klären und Hilfestellung anzubieten bzw. bei Bedarf eine Anpassung der Betreuungsstruktur vorzunehmen. Die formalen Kommunikationsstrukturen sehen vor, daß mindestens einmal pro Monat ein Besuch des Klienten erfolgt, um Wünsche zu erfragen und den Betreuungsverlauf zu evaluieren. Da auch aids-krankte Patienten betreut werden, die ihre Medikamente von der Hautklinik der Universität Innsbruck erhalten, nimmt jede Woche eine andere Case-Managerin an den dort stattfindenden Fallbesprechungen teil, um auf dem laufenden zu bleiben. Die Sozialarbeiterinnen und Oberschwester der einzelnen Institute der Kliniken melden sich im Bedarfsfall bei der Pflege-

dienstleitung und teilen mit, wann mit einer Entlassung eines potentiellen Klienten zu rechnen ist. Derzeit ist es leider teilweise noch so, daß – besonders die Sozialarbeiterinnen der Kliniken – in der noch relativ neuen Position der Case-Managerin eine Bedrohung ihrer eigenen Tätigkeit sehen und eine Beschränkung ihrer Kompetenzen fürchten; auch hier ist noch einiges an Informations- und Aufklärungsarbeit notwendig, um die unterschiedlichen Aufgabenfelder klar zu definieren und für alle transparent zu machen. Allein schon die Notwendigkeit, daß Außendienste notwendig wären, die den Sozialarbeiterinnen der Kliniken nicht möglich sind, zeigt, daß es sich um ineinandergreifende Hilfestellungen handelt. Das Case-Management wird immer öfter in Anspruch genommen, wobei die Struktur, wie bereits weiter oben erwähnt, für ganz Innsbruck derzeit noch nicht umgestellt ist und erst ab dem Zeitpunkt der vollkommenen Arbeitsweise nach dem neuen System auch die Möglichkeit der Steuerung des Informationsflusses möglich sein wird. Derzeit wählen die Sozialarbeiter in den erst am Anfang des Umstellungsprozesses befindlichen Gebieten oftmals noch direkt aus, welcher Betreuungsdienst zum Zug kommt und versucht von seinem Arbeitsplatz an der Klinik aus, eine Entlassung in die häusliche Umgebung vorzubereiten.

### **2.3. Kostentragung des Projekts**

Grundsätzlich wurde das Projekt des Externen Case-Managements vom Land Tirol und der Stadtgemeinde Innsbruck zur Gänze finanziert. Nun mit Ausweitung und Umstrukturierung des Projektes werden natürlich auch die Funktionsträger des Vereins eingebunden. Die durchgeführten Struktur-Anpassungsmaßnahmen wurden dem Vereinsvorstand zur Kenntnis gebracht, der die Notwendigkeit einer Neuorientierung ebenfalls als sinnvoll erachtete. Ein Kommunikationsberater arbeitet mit, um die neuen Kommunikationswege festzulegen und das Team der Case-Managerinnen und der Stadtteil-Koordinatorinnen bei der Neu-Strukturierung ihren geänderten Aufgabenbereichen zu unterstützen. Die geplanten Maßnahmen wurden auch für das Jahr 2000 von den verantwortlichen Gremien des Vereins genehmigt, die Finanzierung durch die Gebietskörperschaften wurde ebenfalls, auch für diese erweiterte Form, zugesagt. Die finanziellen Aufwendungen betragen dabei nur unwesentlich mehr als bisher für die Aufrechterhaltung der alten Strukturen, die zugegebenermaßen nicht sehr effizient waren, notwendig waren. Somit wird durch die Umstrukturierung ein, im Sinne des Klienten, wirkungsvollerer Mitteleinsatz erreicht und dem Postulat der Sparsamkeit durch diese Strukturänderung voll entsprochen.

Wie bereits erwähnt, findet die Einbindung des Case-Managements im Verein „Sozial- und Gesundheitssprengel Innsbruck-Stadt“, einer quasi halb-öffentlichen Institution, statt. Wie bei jeder Neuerung und Änderung arbeiten natürlich die verschiedensten Kräfte gegen den Wandel, um wie bisher ihre persönlichen und individuellen Ziele, die oft mit den Organisationszielen konkurrieren, zu verwirklichen. Durch die Führung des Case-Managements im Sprengel konnte von der öffentlichen Hand jedoch erreicht werden, daß das Betreuungsangebot bzw. Beratungs- und Serviceangebot nicht, wie in anderen Ländern, im Bereich der Verwaltung angesiedelt ist. Dies wird als Vorteil gesehen, weil somit die, der Verwaltung inhärenten Schwächen durch die eher privatwirtschaftliche Orientierung, die in den letzten Jahren verstärkt wurde, ausgeräumt werden können. Ich bezeichne diese Orientierung als „eher“ privatwirtschaftlich, weil dies, obwohl ein Verein gegründet wurde, nur teilweise gelungen ist. Durch die Vereinsstatuten wurde festgelegt, daß die Hälfte der Vorstandsmitglieder, je nach Kräfteverhältnis im Gemeinderat, bestellt wird und die andere Hälfte aus Vertretern der Ärztekammer und von anderen Sozialvereinen bestehen soll. Durch diese Zusammensetzung gelang es nur teilweise, die politische Dimension aus der Organisation Sprengel herauszuhalten, wenn auch eine Tendenz unter dem derzeitigen Vorsitzenden und der Geschäftsführerin erkennbar ist, daß der Einfluß nach Möglichkeit aus der täglichen Arbeit und auch der strategischen Unternehmensführung herausgehalten wird. Wie berichtet wurde, benutzen leider andere Mitglieder des Vorstandes gerne dieses Podium, um Streitigkeiten, die im Gemeinderat nicht ausgefochten werden konnten, auf Kosten von sachlichen Entscheidungen, zu einem Ende zu bringen.

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

Die Case-Managerin besucht den Klienten und macht sich ein Bild vom allgemeinen Zustand des Betroffenen. Sie befragt neben dem Klienten auch die Angehörigen und sonstigen Bezugspersonen speziell danach, inwieweit sich diese in den Betreuungsprozess einbringen könnten und wollten. Die Sozialarbeiter/innen der Kliniken nehmen ebenfalls sehr oft mit der Case-Management-Stelle Kontakt auf und teilen mit, daß ein Patient in Bälde entlassen wird und ihrer Meinung nach einer bestimmten Form der Betreuung bedarf. Die Case-Managerin informiert sich sodann bereits in der Klinik bei der Oberschwester und der Sozialarbeiter/in und übernimmt den Klienten bereits dort. Erfolgt die Kontaktaufnahme durch den Hausarzt des Betroffenen, wird dieser natürlich sofort nach seiner Einschätzung der Lage und den, von ihm als notwendig erachtete Betreuungsumfang gefragt. Erfolgt die Kontaktaufnahme durch den Betroffenen und/oder die Angehörigen

oder Bezugspersonen, stellt der Hausarzt ebenso eine wichtige Informationsquelle dar. Auch Nachbarn helfen oftmals mit, das soziokulturelle Umfeld besser zu begreifen und so ergeben sich zeitweilig Synergie-Effekte in Form von zusätzlichen ehrenamtlichen Helfern, die zu Anfang gar nicht als solche angesehen wurden und erst durch die Case-Managerin auf die Hilfsbedürftigkeit des Nachbarn und ihre mögliche Einbindung in den Prozess aufmerksam gemacht werden. Es werden somit alle möglichen klinischen und ärztlichen Informationen gemeinsam mit den Informationen des sozialen Umfeldes und besonders des Betroffenen zusammengefaßt, sowie der Hilfe- und Betreuungsbedarf ermittelt. Dabei wird auf die Wünsche des Betroffenen und/oder der Angehörigen nach Möglichkeit größte Rücksicht genommen.

Derzeit gibt es einen Übergabebogen für das Externe Case-Management, der mit den anderen Anbietern in Innsbruck auf deren Erfordernisse für die Übernahme eines Klienten abgestimmt wurde. Daneben wurde eine Betreuungsmappe entwickelt, die bei jedem Klienten aufliegt und somit Vor-Ort jederzeit als Informationsquelle dienen kann. Die Internen Case-Managerinnen besuchen ihre Klienten mindestens einmal pro Monat selbst, wenn sie nicht ohnehin die pflegerische Betreuung selbst ausüben. Ein Muster für die Unterlagen ist, wie bereits erwähnt, im Anhang vorhanden. Die Veränderungen im gesundheitlichen Bild und eine damit verbundene Anpassung der pflegerischen, sozialen und sonstigen Betreuungs- und Hilfsmaßnahmen wird derzeit in den Dokumentationsblättern des Klienten festgehalten. Die Externe Case-Managerin besucht ihre Klienten ebenfalls mindestens einmal im Monat. Derzeit gibt es noch keine einheitlichen Dokumentationen, die von allen, im Case-Management-Projekt eingebundenen Betreuungsorganisationen verwendet werden, an einer Vereinheitlichung wird jedoch gearbeitet.

Das Beratungsgespräch ist ein Informationsgespräch, in dem die Case-Managerin die einzelnen Möglichkeiten zur Abdeckung des konkreten Bedarfs aufzeigt. Da es oft für die Betroffenen und die Bezugspersonen schwierig ist, den konkreten Bedarf festzustellen, hilft die Case-Managerin mittels ihrer Fach- und Sachkompetenz auch diesen Bedarf zu bestimmen. Mehrere Alternativen (inkl. Vor- und Nachteile) für die Abdeckung der einzelnen Teilbedürfnisse werden aufgezeigt und eine Optimallösung wird vorgestellt. Dabei wird auch über die einzelnen Leistungserbringer und deren spezifische Besonderheiten und Vorteile beraten. Die Entscheidung, welche Dienste in Anspruch genommen werden, trifft letztendlich der Klient gemeinsam mit den Bezugspersonen. Die Externe Case-Managerin führt auch Aufzeichnungen darüber, welche Klienten an welche Organisationen weiter

vermittelt wurden, um den Prozess für die Entscheidung transparent und nachvollziehbar zu gestalten.

Neben dem – wie bereits erwähnten – laufenden Kontakt der Externen Case-Managerin zu den Pflegedienstleitungen der anderen Pflegedienste und der Organisatoren der hauswirtschaftlichen Hilfsdienstleistungen, hat diese auch permanenten Kontakt zu den Trägern der stationären Einrichtungen der Pflege. In Innsbruck werden Tages- und Kurzzeitpflege derzeit nur von Pflegeeinrichtungen angeboten. Die geriatrische Rehabilitation erfolgt durch das Krankenhaus in Hoch-Zirl, wobei die Pflegedienstleitung auch mit den dort beschäftigten Sozialarbeitern und dem medizinischen Personal in dauerndem Kontakt steht. Der Hausarzt ist für die Verschreibungen, den Patienten betreffend, verantwortlich und er ist ebenso laufend eingebunden. Das Modell sieht vor, und ab Herbst soll dies bereits in allen Stadtteilen der Fall sein, daß der Hausarzt, der in Tirol meist ebenfalls für einen Sprengel zuständig ist und seine Patienten hauptsächlich in diesem Sprengel hat, direkt in das Assessment eingebunden wird und an der Pflegekonferenz teilnimmt.

Bei jeder Neuaufnahme wird nach der Entscheidung durch die Betroffenen für ein bestimmtes Betreuungsbündel eine Pflegekonferenz abgehalten, wodurch die Abstimmung der einzelnen Betreuungsleistungen erfolgt. Diese Pflegekonferenzen werden natürlich auch bei jeder Veränderung des Zustandes auf die notwendigen neuen Erfordernisse des Betreuungsprozesses und die geänderten Bedürfnisse des Patienten angepaßt. Darüber hinaus erfolgen institutionalisierte regelmäßige Treffen (ca. ½-jährlich) der am Betreuungsprozess Arbeitenden auf jeweilige Initiative der Case-Managerin. Die Case-Managerin steht natürlich laufend in Kontakt mit den Klienten und den Angehörigen, damit diese jederzeit auf kompetente Unterstützung bei der Problemlösung zurückgreifen können. Das Ressourcen-Nachweissystem via Internet, das von den Organisationen und dem Case-Management jederzeit abrufbar ist, gewährt einen schnellen Überblick, in welchen Bereichen Leerkapazitäten, in welcher Form, in welchem Ausmaß und zu welchem Zeitpunkt noch zur Verfügung stehen würden. Die Aktualisierung dieser Datenbank erfolgt durch die einzelnen Organisationen selbst (derzeit sind noch nicht alle stationären und ambulanten Betreuungseinrichtungen online) und muß zumindest einmal pro Woche erfolgen. Ansonsten wird der Träger durch den Projekträger – das Institut für Biostatistik – gemahnt. Dieses Ressourcen-Nachweissystem bietet natürlich erst dann den notwendigen Informationsgehalt, wenn alle Anbieter sich aktiv, durch Wartung ihrer Daten, in den Prozess einbringen. Derzeit muß die Case-Managerin noch sehr viel Zeit für telefonischen Recherchen aufwenden, um die nötigen Informationen zu erhalten.

### **Case-Management als politische Entscheidungsgrundlage**

Die Erfahrungen der Case-Management-Stelle werden für die Planung von Pflegestrukturen verwendet. Die Case-Managerin zeigt an konkreten Beispielen auf, wo eine Unterversorgung zu einer sub-optimalen oder sogar nur zufriedenstellenden Betreuungssituation geführt hat. Auch ein Überangebot wird durch die permanente Abfrage der vorhandenen Leerkapazitäten ersichtlich und für die Planung berücksichtigt. Die Erklärung für die Abläufe bei Feststellung von unpassenden Angeboten soll anhand eines Beispiels gegeben werden:

Die Case-Managerin war im letzten Jahr sehr häufig mit dem Problem der Verwahrlosung konfrontiert. Das Betreuungsangebot bot leider eine sehr ungenügende Hilfestellung für die Betroffenen, die meist keine Angehörigen hatten und auch kein soziales Bezugssystem. Meist sind die Betroffenen auch von einer Delogierung bedroht. Aus diesem Grund zeigte die Case-Managerin im Sprengel auf, daß es sich dabei um ein Problem handelt, das durch die vorhandenen Strukturen keiner geeigneten Lösung zugeführt werden kann. Die Geschäftsführung des Sprengels reagierte und nun wurde eine eigene Projektgruppe im Case-Management eingesetzt, in der eine Altenhelferin des Sprengels versucht, die geeigneten Strukturen zu schaffen, um eine problemadäquatere Lösung anzubieten. Dabei wird auch hier darauf Rücksicht genommen, daß in diesem Sozialbereich bereits viele Träger Angebote bereitstellen, daß es aber bisher vor allem an Informationsdefiziten lag, daß keine Kooperationen geschlossen wurden. Diese „Case-Managerin“ für das Projekt „Verwahrlosung“ ist nun damit befaßt, die einzelnen „Helfer“ an einen Tisch zu bringen und über die Verbesserung des sozialen Betreuungsnetzes gemeinsam nachzudenken. Dabei sollen die bestehenden Ressourcen überprüft, die einzelnen Arbeitsschwerpunkte erfaßt und eventuelle Lücken geschlossen werden. Die Bereitschaft zur Mitarbeit wurde bereits von den meisten bekundet und im Herbst wird das erste Setting stattfinden. Dies soll in Form einer Moderation erfolgen und sodann wird Zug um Zug an der Institutionalisierung eines Hilfesystems für diesen besonderen Klientenkreis gearbeitet werden.

Die Case-Managerin kennt sämtliche Anbieter, die in Innsbruck Betreuungsdienstleistungen bereitstellen. Dadurch kann der individuelle Hilfeplan auf die spezielle Situation des Klienten ausgerichtet werden. So schließen sich einige Angebote von vornherein aus; wenn zum Beispiel eine Abendbetreuung benötigt wird und nur die Johanniter Unfallhilfe derzeit bis 22 Uhr ihre Dienstleistungen erbringen, bleibt dem Klienten keine Wahlmöglichkeit. Der Verein Netzwerk ist auf eine Betreuung für Krebspatienten spezialisiert und wird somit als kompetenter Partner bei einer entsprechenden Problemsituation vorgeschlagen. Wie bereits zu Beginn erwähnt, ist jedoch eine

weitere Differenzierung der einzelnen Angebote unumgänglich, damit zukünftig alle Hilfesuchenden adäquate Hilfestellungen erhalten.

Die Case-Managerin nimmt direkt mit den einzelnen Organisationen Kontakt auf und eruiert, ob die gewünschte Leistung zur gewünschten und notwendigen Zeit auch erbracht werden kann. Das „Package-of-Care“ wird von der Case-Managerin zusammengestellt und organisiert und das erste Treffen initiiert. Bei einem gemeinsamen Kennenlernen werden die Hilfeleistungen aufeinander abgestimmt. Wie bereits erwähnt, treffen die Angehörigen und/oder der Klient die Entscheidung, nach Beratung durch die Case-Managerin, welche Hilfeleistungen tatsächlich in Anspruch genommen werden. Die Selbstbestimmung und Eigenverantwortung wird dem Betreuten nicht abgenommen, auch wenn die Maßnahme nach Fachmeinung der Case-Managerin als unzureichend beurteilt wird, der Klient aber nach umfassender Erklärung der Bedenken an seiner Meinung festhält, ist es die Aufgabe der Case-Managerin, das gewünschte Service zu organisieren. Es kommt in keinem Fall zu einer „Zwangsbeglückung“ und einer Entmündigung des Betroffenen. Bei unterschiedlichen Auffassungen zwischen dem Betroffenen und den Angehörigen wird letztendlich die Meinung des Klienten maßgeblich sein.

#### **4. Leistungsprofil des Case-Managements**

Eine selbständige Lebensführung im Privathaus ist meist nur möglich, wenn Angehörige oder sonstige Bezugspersonen bei der Betreuung mitarbeiten. Nach Krankenhausaufenthalt oder einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes bedarf es einer neuen Zusammensetzung des „Package-of-Care“ und einer Abstimmung der Leistungen. Bei alleinstehenden Klienten ist die Versorgung prinzipiell schwieriger und auch die soziale Isolation bei eingeschränkter Mobilität ausgeprägter. Die Case-Managerin befragt den Betroffenen und untersucht, ob es überhaupt im Interesse des Hilfsbedürftigen liegt, alleine zu Hause zu sein.

In Innsbruck wird von den Wohn- und Pflegeheimen der Stadt kein Service angeboten, das bei der Übersiedlung in eine dieser stationären Einrichtungen unterstützt. Die privaten Heime sind hier etwas hilfsbereiter. Grundsätzlich bleiben der Betroffene und die Angehörigen jedoch mit diesem bürokratischen Hürdenlauf allein. Besonders die Hilfs- und Pflegebedürftigen sind damit meist überfordert. Geburtsurkunden und ähnliche Dokumente sind oftmals nicht aufzufinden und die Aufgabe der Case-Managerin besteht darin, die Sozialarbeiterin ihres Teams, im Zuge ihrer unterstützenden So-



zialarbeit, damit zu beauftragen, den Umzug ins Heim durch Bewältigung des bürokratischen Hürdenlaufs vorzubereiten und somit zu ermöglichen.

Betreutes Wohnen wurde in den letzten Jahren politisch forciert. Leider gibt es noch kein Projekt, das tatsächlich die gesteckten Ziele erreicht. In der Reichenau wurde im Jänner diesen Jahres ein neues Wohn- und Pflegeheim eröffnet. In diesem Heim befinden sich in einem separaten Trakt auch betreute Wohneinheiten, wobei eine Grundleistung vom Heim erbracht wird. Um eine Trennung zwischen der stationären Einrichtung und dem betreuten Wohnen zu schaffen, müßten alle, über diese Grundleistungen hinausgehenden Betreuungsleistungen durch die Klienten direkt von ambulanten Anbietern zugekauft werden. Derzeit hat die Heimleitung jedoch ein Akzeptanzproblem bei den betreut Wohnenden zu überwinden, da diese der Meinung sind, daß ihnen Pflegeleistungen kostenlos oder kostengünstiger zugänglich sein sollten, wenn sie schon in einem Wohnheim untergebracht sind. Somit kann davon gesprochen werden, daß es derzeit in Innsbruck leider kein funktionierendes Projekt für betreute Wohneinheiten gibt. Die Anbindung an eine stationäre Einrichtung erscheint jedenfalls als sehr problembehaftet.

Sollte sich der Gesundheitszustand eines Klienten dermaßen verschlechtern, daß die Einweisung in eine Klinik erfolgen muß, bereitet die Case-Managerin diese vor. Die Dokumentation wurde bisher meist an die Klinik weiter gegeben. Bei der Entlassung aus der Klinik mußte jedoch die Erfahrung gemacht werden, daß die Dokumentationen nicht mehr retourniert wurde und die gesammelten Informationen verloren waren. Um diesen Zustand zu verbessern, soll im Herbst mit den verantwortlichen Pflegemitarbeiter/innen der Klinik eine Vereinbarung geschlossen werden, welche die Rückstellung der Dokumentationen gewährleistet. Die Information über eine Entlassung eines Patienten aus der Klinik erfolgt durch die dort beschäftigten Sozialarbeiter/innen, die bemüht sind, der Case-Managerin genügend Zeit einzuräumen, um alles vorzubereiten und auch für die Bereitstellung der Serviceleistungen zu sorgen.

#### **4.1. Innsbrucks Betreuungs-Dienstleister**

##### **4.1.1. Sozial- und Gesundheitssprengel Innsbruck-Stadt**

Der Sprengel als Projektgeber wurde bereits vorgestellt. An dieser Stelle werden der Vollständigkeit halber nochmals seine ergänzenden Serviceleistungen aufgelistet. Die Stadtteilzentren bieten den Bewohnern einen Ort

der Begegnung und sind eine soziale Drehscheibe (Beratung, Information, Krisenintervention, Einzelfallhilfe, ...). Hier bieten neben dem Sprengel, der auch der Aufgabe der Sozialberatung nachkommt, auch andere Vereine und Institutionen ihre Dienste dezentral an (z. B. Mutter-Elternberatung, Jugendamt, Frauen im Brennpunkt, diverse Selbsthilfegruppen, Kinderspielgruppen, ...). Koordiniert werden die Aktivitäten der einzelnen Stadtteile durch die Projektmanagerin und Öffentlichkeitsarbeiterin des Sprengels, die auch stadtübergreifende Projekte initiiert (zum Beispiel das Bürgerbüro, das Ehrenamtlichenzentrum, den Verein Zeittausch) und für diese Aktivitäten sodann eine hauptverantwortliche Stadtteil-Koordinatorin benennt. Die Betreuungsleistungen beinhalten neben der Haushaltshilfe/Heimhilfe die Hilfspflege und auch die Hauskrankenpflege. Als einzige Organisation in Innsbruck besteht das Team der Hauskrankenpflege fast ausschließlich aus diplomiertem Personal. Diese Struktur hat natürlich die Möglichkeit für die Installierung des Case-Management begünstigt. Die Ambulante Suchtpräventionsstelle rundet das Bild ab.

#### **4.1.2. Johanniter Unfallhilfe**

Diese Organisation bietet Hauskrankenpflege und einen Fahrdienst für Behinderte, sowie ältere und gebrechliche Personen an. In der Hauskrankenpflege arbeiten überwiegend Pflegehelfer/innen, die durch Zivildienstler unterstützt werden. Die Teams, nicht wie beim Sprengel stadtteilorientiert, sondern stadtübergreifend in einem „Dienstradl“. Dadurch kann der für den Klienten wichtige persönliche Bezug leider nicht so einfach hergestellt werden. Die Johanniter bieten Abenddienste bis 20 Uhr an, ansonsten wurde das Angebot nicht weiter spezifiziert.

#### **4.1.3. Caritas Altenhilfe und Familienhilfe**

So wie die Johanniter sich auf die Hauskrankenpflege konzentrieren, arbeiten die Mitarbeiter der Caritas schwerpunktmäßig in der Altenbetreuung und Familienhilfe. Bestrebungen, das Angebot auszuweiten gab es immer wieder, diese konnten letztendlich jedoch nicht finanziert werden.

#### **4.1.4. Volkshilfe Innsbruck Stadt**

Dieser gemeinnützige Träger beschäftigt mehrere Haushaltshilfen, die ausschließlich in diesem Bereich tätig sind. Da der Bedarf für diese Leistungen

besonders vormittags gegeben ist, sind die meisten Mitarbeiter/innen der Volkshilfe vormittags teilzeitbeschäftigt.

#### **4.1.5. Hospiz**

Das Hospiz hat sich aus der Caritas gebildet, arbeitet jedoch nunmehr selbstständig. Die Mitarbeiter/innen begleiten die Klienten auf dem letzten Abschnitt ihres Lebens. Demgemäß handelt es sich dabei um eine sehr intensive Betreuungsform, die auch teilweise in einer stationären Einrichtung erfolgt.

#### **4.1.6. Verein Netzwerk**

Das Netzwerk ist auf die Betreuung von Krebspatienten spezialisiert, wofür Diplom-Gesundheits- und Krankenschwestern eingesetzt werden. Auch Psychologen helfen bei der Betreuung mit. Auch hier handelt es sich um eine sehr intensive Betreuungsform, die speziell in späteren Stadien der Erkrankung eine wesentliche Leistung darstellt.

#### **4.1.7. Vinzenzvereine**

Diese ehrenamtlich organisierten und arbeitenden kirchlichen Vereine unterstützen die professionellen Anbieter von Betreuungsleistungen vor allem dadurch, daß sie Besuchsdienste anbieten.

Sollte eine Selbstversorgung mit Mahlzeiten nicht mehr möglich sein, kann entweder auf das „Essen auf Rädern“ der Stadt zurückgegriffen werden, das durch das Rote Kreuz zugestellt wird und in letzter Zeit mit einigen organisatorischen Schwierigkeiten zu kämpfen hatte, worunter auch die Qualität des Angebots litt, oder das von der Volkshilfe organisierte „Essen à la Carte“ bezogen werden. Der Kunde der Volkshilfe hat dabei die Möglichkeit zwischen einem gefrorenen Essen, das er bei Bedarf selbst wärmen kann (oder vom Betreuungsdienst wärmen lassen kann) oder täglich frisch zugestelltem warmen Mittagessen, zu wählen.

Einige kleinere Anbieter versuchen immer wieder im Bereich der ambulanten Betreuung in Innsbruck Raum zu gewinnen, was bis heute aber von wenig Erfolg gekrönt war.

Die Wohnsituation älterer Menschen spielt eine Rolle, wenn es sich um eine Substandardwohnung handelt, die keinen Wasseranschluß hat. Leider gibt es auch heute noch solche Wohnungen in einzelnen Teilen Innsbrucks, wenn diese auch zunehmend modernisiert werden. Für die älteren Menschen ist es oft schwierig zu verstehen, daß sie plötzlich Neuerungen brauchen, die sie während ihres ganzen Lebens nicht hatten, und die ihnen meist auch nicht fehlten. Die Betreuung zu Hause wird dadurch natürlich erschwert. Die stationären Einrichtungen geben ambulanten Diensten jedoch die Möglichkeit, die Pflegebäder zu benutzen. Auch das Fehlen von Liften in älteren Häusern stellt oft ein Problem für die Aufrechterhaltung der Selbständigkeit der Betroffenen dar. Wohnt ein älterer Mensch im vierten oder fünften Stock ohne Lift und die Mobilität ist eingeschränkt, ist er auf die Hilfe von Außen angewiesen. Dies sind nur einige Beispiele für die Probleme, welche die Wohnsituation mit sich bringt.

Ein weiteres Problemfeld für die Betreuung ist die Zunahme an Verwirrten älteren Mitbürger. Diese sind sehr oft alleinstehend und vergessen elektrische Geräten abzdrehen. Die damit verbundenen Gefahren können eigentlich nur dadurch eingedämmt werden, daß eine ständige Betreuungsperson anwesend ist, was aber meist für die Betroffenen finanziell nicht leistbar ist.

Für den Eintritt ins System des Case-Managements und für die Betreuungsleistungen insgesamt spielt die Einkommenssituation eine eher untergeordnete Rolle. In Innsbruck gibt es vom Land und der Stadtgemeinde vorgegebene soziale Tarife, die sich folgendermaßen berechnen:

Monatliches Nettoeinkommen

abzüglich der Kosten für die Miete (bis zu einer max. Obergrenze von 7.000 Schilling)

abzüglich eines Freibetrages, der dem Sozialhilferichtsatz entspricht

---

Zwischensumme: davon werden

- 1% für Haushaltshilfeleistungen und Heimhilfe (Begleitungen, Spaziergänge, Botendienste, Aufräumen, Putzen, ...)
- 1,5 % für Hilfspflegedienste und
- 2% für nicht-medizinische Hauskrankenpflege (vorwiegend Grundpflege)

pro Stunde verrechnet. Für soziale Härtefälle besteht im Sprengel, nachdem es sich dabei um die Einrichtung der Stadtgemeinde handelt, die Möglichkeit einen Mindestsatz von 100 Schilling pro Monat zu verrechnen. Der Aufwand, der Verrechnung des Mindestsatzes verbunden ist, ist teilweise größer als die finanzielle Einnahme, aber wie ein Sprichwort so schön sagt:

„Was nichts kostet ist nichts wert“, dient dieser Beitrag dazu, daß auch finanziell schwächer Gestellten der Dienstleistungscharakter bewußt wird. Bezieht der Klient zusätzlich Pflegegeld, werden unabhängig von der jeweiligen Stufe des Pflegegeldes zusätzlich

- 30 Schilling pro Haushaltshilfestunde
- 60 Schilling pro Hilfspflegestunde sowie
- 85 Schilling pro Hauskrankenpflegestunde

verrechnet.

Diese Selbstbehalte reichen nicht aus, um die finanziellen Aufwendungen der Träger zur Gänze abzudecken, aus diesem Grund finanzieren die Stadtgemeinde und das Land Tirol die Hilfs- und Pflegeleistungen zu einem beträchtlichen Teil mit. Die Aufteilung der Gesamtkosten, welche die öffentliche Hand finanziert, erfolgt dabei nach einem Kostenschlüssel, der im Jahr 1998: Stadt 35 % zu Land 65 % betrug. Diese Teilung der Finanzierung ist auf die gesetzlich vorgeschriebenen Zuständigkeiten zurückzuführen – so sind die Länder für die Pflege zuständig, die Altenbetreuung fällt in den Aufgabenbereich der Kommunen.

Die medizinische Hauskrankenpflege wird zur Gänze vom Krankenversicherungsträger direkt an den Leistungserbringer gezahlt.

Ein Verbleib zu Hause ist deshalb grundsätzlich, unabhängig von der Einkommenssituation möglich, die Frage, ab wann eine Unterbringung in einem Heim als sinnvoller erachtet wird, kann derzeit nicht aufgrund von rationalen Entscheidungskriterien getroffen werden. Sollte zum Beispiel die Lebensqualität als Grundlage für die Entscheidung dienen, oder der finanzielle Aufwand. Derzeit – wurde von der Case-Managerin berichtet – wird eine Kosten-/Nutzenrechnung der monetären Aufwendungen durchgeführt. Solange ein Verbleib zu Hause kostengünstiger oder gleich teuer wie ein stationärer Aufenthalt ist, fällt die Entscheidung zugunsten der ambulanten Strukturen. Es wird dadurch jedoch klar ersichtlich, welche große Rolle die ehrenamtliche Hilfe in der Betreuung spielt. Diese Art der Entscheidung schließt natürlich auch die ganzen externen Effekte aus, die aber für die Betroffenen eine wichtige Rolle spielen.

## **5. Schlußbetrachtung**

Die Umstrukturierung und Neuorientierung der ambulanten Anbieter, insbesondere des Sozial- und Gesundheitssprengels Innsbruck-Stadt ist der-

zeit in vollem Gange. Nachdem die verantwortlichen Entscheidungs- und Verantwortungsträger im Verein das Case-Management als ein dynamisches Modell implementiert haben und laufend die gewonnenen Informationen für die Anpassung des Prozesses benutzen, bleibt es spannend abzuwarten, wie dieses System zuletzt festgeschrieben wird.

## **Diskussion des Berichtes aus Österreich**

### **Wendt:**

Ich glaube, es wäre gut, wenn Sie die spezifisch österreichische Unterscheidung von „externem Case Management“ und „internem Case Management“ noch einmal erläutern würden.

### **Saischek:**

Die Diktion „externes“ und „internes“ Case Management hat folgenden Hintergrund: Das externe Case Management ist als der große Rahmen zu sehen, auf ganz Innsbruck bezogen, in dem alle Altenpflege- und Hilfeleistungen aller Anbieter im Sinne eines „care package“ koordiniert werden sollen. Jeder Anbieter hat seine speziellen Besonderheiten: Manche bieten Abenddienste oder Wochenenddienste an, manche sind spezialisiert auf krebskranke Patienten. Die Caritas bietet eine umfassende ambulante Familienbetreuung und Altenbetreuung an, der Sprengel ist im Bereich der Hauskrankenpflege mit diplomiertem Personal sehr präsent, die Johaniter-Unfallhilfe beschäftigt mehr Pflegehelfer. Für die Betroffenen ist es aber unübersichtlich, welches Angebot für sie am besten geeignet erscheint – noch dazu, weil sie meistens mehrere Hilfeorganisationen benötigen und nicht nur Hauskrankenpflege oder Altenhilfe. Das geht wirklich von: „Wer leert den Müllkübel aus?“ bis hin zum medizinischen Hauskrankenpfleger. Um dem Patienten oder Klienten somit diese Entscheidungen zu erleichtern, wird vom externen Case Management ein Pflegeplan zusammengestellt. Dieser Pflege- und Betreuungsplan („Pflegeplan“ wäre zu eng definiert) beinhaltet Vorschläge, wie der Bedarf am besten abgedeckt werden könnte. Der Klient wählt selbstständig aus, was er von diesem Package haben möchte.

Das interne Case Management wäre sozusagen die vereinsinterne Mikroebene gegenüber dem externen Case Management auf der Makroebene. Nachdem der Sprengel nicht nur Koordinator – im Sinne des Case Management – ist, sondern auch selbst Anbieter (im Bereich der Hauskrankenpflege, Haushaltshilfe, Altenhilfe), macht es Sinn, auch intern nach den Grundsätzen des externen Case Managements zu arbeiten und die selben Grundsätze zu verwirklichen. Aus diesem Grund wurde der Begriff differenziert in externes und internes Case Management.

**Ziller:**

Diese Erläuterung beantwortet noch nicht alle Fragen, die man an diese Differenzierung stellen kann. Was ich nachvollziehen kann, ist die Parallelität zu dem, was wir in mehreren Beiträgen zu Mikro- und Makroebene gehört haben: Die eher planerische Ebene, die Angebotsvielfalt, auf der Leistungsanbieterseite und der konkrete Hilfebedarf auf der Seite des einzelnen Klienten. In Ihren Ausführungen taucht aber noch eine Unterscheidung auf, die ich nicht unproblematisch finde: Nämlich die Unterscheidung von externem Case Management als das, was im unmittelbaren Verhältnis zwischen Case Manager und Klient stattfindet, also sozusagen der Außenbezug der Dienstleistungsinstanz Case Management, bezogen auf den Klienten; und internes Case Management wäre dann das, was sich sozusagen im Verborgenen, im Binnenbereich der Case Management-Instanz abspielt. Eine solche Unterscheidung würde ich, aus meiner Sicht, insoweit für problematisch halten, als derjenige, der den Außenbezug zum Klienten gestaltet, auch derjenige sein muss, der im Innenverhältnis die Verantwortung hat. Also der *responsabile del caso* in der Emilia-Romagna hat die Verantwortung aus dem Klientenbezug heraus auch nach innen, was die Organisation, die Vermittlung, die Koordination usw. angeht. Diese ungeteilte Fallverantwortung des *responsabile del caso* halte ich für vorbildlich. Da sehe ich einen gewissen Bruch in Ihrer Unterscheidung.

**Saischek:**

Es ist richtig, dass es noch nicht das Ende des Weges ist. Das externe Case Management befasst sich vor allem mit planerischen Dingen, aber auch mit dem konkreten Hilfebedarf. Das interne Case Management sollte aber den Außenbezug genauso haben. Es ist sehr wichtig, dass wirklich der Klient im Mittelpunkt steht, auch intern.

Da das externe Case Management aber auch mit anderen Anbietern arbeitet, ist es natürlich schwierig, den Johannitern (oder wem auch immer) die interne Struktur vorzuschreiben. Der Fallverantwortliche, der *responsabile del caso*, ist bei uns eher der externe Case Manager. Nur versucht man, durch die Struktur im eigenen Betrieb den Externen zu entlasten. Ziel dieses Weges wäre, dass es in jedem Stadtteil einen gibt, der dafür verantwortlich ist. Und wenn es nach den Verantwortlichen aus Stadt und Land geht, wird letztendlich dann die Bezirksschwester, die auch teilweise Klienten betreut, zugleich überwachen, wie das Team arbeitet, ob die Diplomkrankenschwester alles richtig macht usw. Wenn man jetzt den Johannitern sagt, dass Anbieter gleich Koordinator ist, würden sie es allerdings jetzt noch schwer verarbeiten können.



**Cappell:**

Das provoziert mich doch zu dem Einwand, ob das tatsächlich die ideale Lösung ist. Wir haben es in Deutschland jetzt gerade soweit gebracht, dass den Anbietern von Pflegeleistungen vorgeschrieben wird, dass sie eine Pflegeplanung machen, dass sie die pflegerischen Bedarfe der Patienten und Klienten erfassen. Sollte man das wieder herausnehmen und einem externen Case Manager überantworten – oder hat ein Case Management nicht eher die Aufgabe, zu sehen, dass diese Pflegeplanung passiert, aber nicht, sie *im Detail* zu steuern?

Noch eine Frage: Gibt es auch Zugangswege zu den Diensten am externen Case Manager vorbei?

**Saischek:**

Derzeit gibt es noch Zugangswege am externen Case Management vorbei. Pflegeplanung gibt es in Österreich im Prinzip auch, es ist im Berufsbild der Diplomkrankenschwester verankert, eine Pflegeplanung durchzuführen. De facto schaut es nur so aus, dass es keine Pflegeplanung gibt, es gibt auch keine Dokumentation. Das heißt, Papier ist geduldig, und im Gesetz steht es zwar drin, aber es passiert nicht. Aus diesem Grund finde ich es sehr sinnvoll, wenn ein Case Manager außerhalb der eigenen Organisation damit befasst ist, auch zu überprüfen, ob das wirklich eingehalten wird, was der Klient will. Teilweise wird auch überversorgt und es ist nicht so, dass der Klient genau das erhält, was er braucht. Teilweise sind die Klienten nicht in der Lage, ihre Bedürfnisse wirklich zu präzisieren, und der Case Manager hat in diesem Fall die Aufgabe, als Anwalt des Klienten zu fungieren und auch teilweise Kommunikationshindernisse aus dem Weg zu schaffen.

Ich halte es für sehr sinnvoll, wenn außerhalb der eigenen Pflegeorganisation oder der pflegenden Organisation noch jemand da ist, der den Prozess evaluiert, begleitet und kontrolliert.

**Florea:**

Welche Ausbildung und welche Vorbereitung hat der externe Case Manager? Ist er eine Pflegekraft?

**Saischek:**

Vom Berufsbild her ist der externe Case Manager ebenfalls eine Diplomkrankenschwester. Es schaut jedoch so aus, dass diese Dame Erfahrungen

in der Leitung einer ambulanten und stationären Struktur hat, insgesamt Vordienstzeiten von 15 Jahren und zusätzlich eine dreijährige Ausbildung für Sozialmanagement.

Für das externe Case Management wird derzeit das Gehalt direkt von der öffentlichen Hand gezahlt. Der Klient bezahlt nichts für das externe Case Management. Es steht zur Diskussion, dafür etwas zu verlangen und sozusagen den Nutzen, der geschaffen wird, auch vom Klienten durch einen Selbstbeitrag abzudecken.

**Wendt:**

Die Diskussion zeigt, dass es an vielen Stellen – und eben hier auch – an dem fehlt, was im anglo-amerikanischen Raum *purchaser-provider-split* meint, nämlich dass eine klare Trennung zwischen denen, die Leistungen beschaffen, und denen, die Leistungen erbringen, erfolgt. Wenn man das nämlich macht, kann man auch klar trennen zwischen der Gesamtplanung, die dem Case Manager obliegt, und dem, was eben Pflegeplanung genannt wurde, was den Fachkräften obliegt. Jede leitende Pflegekraft ist darin geschult, eine Pflegeplanung für die Fälle, die sie betreut, zu machen, aber erst, nachdem entsprechende Vorgaben durch die Fallführung oder die Fallverantwortung da sind.

**Saischek:**

Der unvollkommene Markt im Bereich der Pflege wirkt sich natürlich sehr gravierend aus. Die Informationen sind unvollständig, meist fällt der Zahler und der Konsument nicht unmittelbar zusammen, weil die Klienten nur einen kleinen Selbstbeitrag bezahlen und nicht mehr. Das bringt natürlich die Probleme mit sich, dass ein Case Manager gebraucht wird und nicht der Klient für sich allein entscheidet (wie es in der Wirtschaft wäre: wenn ich mit einem Unternehmen nicht zufrieden bin, dann nehme ich ein anderes). Die Art der Leistung ist einfach schwieriger zu beurteilen, als wenn ich ein Paar Schuhe kaufe.

**Lowenstein:**

Ich habe noch eine andere Frage: Sie erwähnten, dass Sie Schulungen anbieten, um die beruflichen Fähigkeiten zu trainieren. Welche Art von Fähigkeiten setzen Sie voraus? Was beinhalten diese Kurse, und wie lange dauern sie?

**Saischek:**

Die Kurse haben noch nicht begonnen, weil es auch ein Problem des Budgets ist. Die Regierung sagt, es werde lange dauern, bis sie das Budget hat, vielleicht bis zum nächsten oder übernächsten Jahr. Die Krankenschwestern sollten zusätzlich sozialarbeiterische Qualifikationen erhalten, sodass sie beides können, Sozialarbeit und auch die Pflege zu Hause. Dann hätte man nicht nur eine Fachrichtung, sondern beide Professionen in einer Person.

**Marrugat:**

Wenn Sie eine Krankenschwester in einem Kurs zusätzlich zur Sozialarbeiterin machen und eine Sozialarbeiterin zusätzlich zu einer Krankenschwester, was sagen die Berufsverbände dazu? Denn in diesem Fall übernimmt jeder die Kompetenzen des anderen.

**Saischek:**

Von den Berufsverbänden her besteht sicherlich ein Problem. Es gibt vereinzelt Fachkräfte, die beide Professionen beherrschen, das wäre das Optimum für den Tiroler Raum. Derzeit ist es so, dass die reinen Sozialarbeiter sagen, sie wären die optimalen Case Manager. Umgekehrt sagen die diplomierten Pflegekräfte „Das Sozialarbeiterische kann ja jeder“. Wir haben die Erfahrung gemacht, dass in früheren Jahren die Sozialarbeiter die Case Manager waren. Das war ein großes Problem, weil medizinische oder pflegerische Rahmenbedingungen nicht beachtet wurden. Es gab Vorfälle, in denen ein Patient im Case Management (in der früheren Form) begleitet wurde, aber aus medizinischen Gründen anschließend in die Klinik gebracht werden musste, weil sehr wichtige medizinische Grundlagen außer Acht gelassen wurden, die sofort berücksichtigt worden wären, wenn eine diplomierte Fachkraft das gesehen hätte. Das heißt, das soziale Umfeld spielt eine große Rolle für den Plan, aber natürlich auch der Gesundheitszustand des Patienten. Teilweise ist es dann sogar zur Gefährdung des Patienten gekommen, weil man einfach vernachlässigt hat, den Gesundheitszustand zu berücksichtigen.

**Engels:**

Die Frage von Frau Marrugat zielte auch darauf, ob es nicht eine zu hohe Anforderung für eine Person ist, mehrere Kompetenzen in sich vereinigen zu müssen. Was Sie jetzt schilderten, betrifft den Fall, dass eine Kompetenz unterbelichtet ist, also z.B. nur sozialarbeiterische Kompetenz – es liegt auf der Hand, dass das ein Problem wäre. Aber die andere Frage wäre, ob es

sinnvoll ist, die Kompetenzen in einer Person durch Mehrfachqualifikation zu fordern, oder ist es sinnvoller, die Kombination organisatorisch vorzunehmen, indem man die Arbeit multidisziplinär organisiert?

**Ziller:**

Das ist die Diskussion um das „eierlegende Wollmilchschwein“, also ein Gebilde, das alles kann. Ich glaube, das kann man so nicht diskutieren. (Jeder von Ihnen weiß, dass wir Juristen „alles können“, aber das stimmt natürlich auch nicht.) Wenn ich mich in ein interdisziplinäres Handlungsfeld begeben – und das muss ich in meiner Berufsrolle auch manchmal – dann muss ich Grenzüberschreitungen vornehmen, und das muss ich von jeder Profession verlangen, die sich auf einem interdisziplinären Feld bewegt. Helfen kann man mit vielerlei Mitteln: Es gibt Fortbildungsmöglichkeiten, und es soll auch Fortbildungsmöglichkeiten geben, die interdisziplinär angelegt sind. Es wäre eine sehr wichtige Forderung aus der Erfahrung der Projekte heraus, dass in Zukunft solche Angebote zu entwickeln sind. Man sollte nicht den allumfassenden Grundberuf mit „Allkompetenz“ fordern, das ist eine Omnipotenz-Fantasie, die sich nie einlösen lässt; sondern ein kompetentes Handeln in der eigenen Profession mit der inneren Bereitschaft, sich hinüber zu begeben auf die andere Seite, wo dann andere sind, die wieder ihre spezielle Kompetenz haben. Das macht auch Spass, das ist eigentlich das Schöne an dieser Unternehmung.

**Saischek:**

Es ist wirklich so, dass das Ziel ein interdisziplinäres Team wäre. Aber wir haben es heute schon diskutiert: Der Weg dorthin wird noch länger sein, weil die interdisziplinäre Sichtweise und das Geltenlassen der anderen Kompetenz derzeit noch nicht verbreitet sind. Jeder glaubt, ausschließlich die Weisheit gepachtet zu haben. Und das Ziel wäre (aber ich glaube, das wird sicherlich noch fünf bis zehn Jahre dauern), dass man jedem seine Kompetenz zugesteht und gemeinsam als wirkliches *Team* arbeitet.

**Lowenstein:**

Warum versuchen Sie es nicht anders und konfrontieren z.B. die Krankenschwestern mit Fragen der Sozialarbeit und umgekehrt die Sozialarbeiter mit pflegerischen Fragen? Dann können Sie entscheiden, wer der Case Manager sein sollte. Ich denke, das ist eines der Probleme, die wir hier diskutieren müssen: Wer ist die geeignete Person, Case Manager zu sein? Ich glaube nicht, dass es da nur *ein* Modell gibt. Wenn der Sozialarbeiter Case

Manager ist, kann er einfühlsam genug sein, zu wissen, wann die Krankenschwester oder ein Arzt herangezogen werden sollte, oder umgekehrt.

**Fabrizio:**

Dazu einige Anmerkungen. Erstens: Zurzeit kann noch keiner beanspruchen, die Fähigkeiten zu einem guten Case Manager zu besitzen. Das ist ein guter Ausgangspunkt. Deshalb sollten wir etwas aufbauen, das jedem und von jeder Profession aus zugänglich ist und das die Möglichkeit bietet, etwas Neues zu lernen.

Zweitens: Es gibt einen gemeinsamen Punkt, den nicht die professionellen Fachkräfte darstellen, sondern die ältere Person, die unterstützt wird. Wenn wir zugestehen, dass diese Person in mehreren Rollen zugleich wahrgenommen werden muss, dann können wir auch entsprechende Lösungen finden. Das Problem der verschiedenen Professionen als Ausgangspunkt zu nehmen, wird uns nicht sehr weit bringen. (Übrigens ist es in unserem Gesetz so entschieden worden, dass der Case Manager ein Sozialarbeiter ist. Das widerspricht dem, was ich gerade gesagt habe, was aber meine persönliche Meinung ist).

Drittens müssen wir vorsichtig sein, wenn wir von *Evaluation* sprechen, weil dies mit enormen Kosten verbunden ist. Wir müssen versuchen, die Verpflichtung zur Evaluation auf die Ergebnisse abzustimmen, die durch Teamarbeit erreicht werden können.

**Ernst:**

Ich habe keine Frage, sondern eine Anmerkung. Ich weiß nicht, ob es das auch in Österreich gibt, aber in Belgien gibt es Krankenschwestern, die haben die Basisausbildung als Krankenschwester und zusätzlich eine Spezialisierung, entweder für die Intensivstation oder als Hebamme, oder auch als Sozialarbeiter. Das würde dann, glaube ich, das Problem lösen.

Eine andere Bemerkung: Die Idee in Belgien war, keine Stelle als „Case Manager“ einzuführen, sondern dies als Funktion einer Teamarbeit zu sehen, in der jeder ein Case Manager ist und der Patient im Mittelpunkt steht. So kann die Krankenschwester Case Manager sein, der Sozialarbeiter kann das sein, der Patient, die Familie, aber auch die Leute, die außerhalb des Krankenhauses arbeiten könnten das übernehmen. Eigentlich sollte ein Teamgeist entstehen, wir nennen das *esprit de group*, der mehrere Professionen einbezieht, sodass der Case Manager am Anfang vielleicht die

Funktion hat, die Mitarbeiter anzulernen, aber nachher vielleicht nicht mehr gebraucht wird, weil jeder in diese Richtung arbeiten kann.

**Saischek:**

Ich glaube, auch in den Niederlanden gibt es diese Zusatzausbildung – genau das wäre das Vorbild für den Case Manager, nämlich, dass beide Kompetenzen vorhanden sind. Die Diskussion, ob jetzt die Pflegekraft oder der Sozialarbeiter Case Manager wird, wurde im jetzigen Projekt nicht geführt, da man sich in Grundsatzdiskussionen verstricken würde und die beiden Verantwortlichen – nämlich die Pflegekraft und die Sozialarbeiterin – permanent um ihre Kompetenz streiten würden. Man kommt zu keiner Entscheidung, wenn man den beiden Fachkräften die Entscheidung überlässt, weil sie sich beide selbst für kompetent und den anderen in diesem Fall für nicht kompetent halten. Aus diesem Grund hat man den Weg gewählt, dass einer das Sagen hat, der sich natürlich des Anderen, seiner Fähigkeiten, versichert und diese auch nutzen kann.

**Wendt:**

Zu den verschiedenen Berufsansichten, was die Kompetenz betrifft, kann man ergänzend auf das amerikanische Beispiel hinweisen: Dort hat man die *certified case managers*, die entweder im Grundberuf Sozialarbeiter oder Pflegekraft sind und die dann ein Zusatzstudium, meist als Fernstudium, machen und dann geprüft, zertifiziert und dann akkreditiert werden. Das ist im Hinblick auf freie Berufsausübung, über die wir bisher ja noch gar nicht gesprochen haben, durchaus ein interessantes Modell. Es gibt Zehntausende von „CCMs“, also von *certified case managers* in den USA.

**Lowenstein:**

Well, I can suggest another model, that we started this year. I opened a department of ... (?), which is interdisciplinary and at ist meets we have social workers, we have nurses, we have a physician, we have other *allied* (?) health professions. So maybe the idea is to train a *..ontologist* (?). That is a nursing background, social work background or a physiotherapist background and give him the additional skills needed so he can perform case management skills.

Ich kann noch ein anderes Modell vorschlagen, das wir in diesem Jahr begonnen haben. Wir haben eine Weiterbildungsform eingerichtet, die interdisziplinär ist und auf deren Treffen wir Sozialarbeiter, Krankenschwestern, Ärzte und andere Fachkräfte aus dem Gesundheitsbereich haben. Die Idee

ist, einen *Gerontologen* auszubilden, der einen Hintergrund als Pfleger, Sozialarbeiter oder Physiotherapeut hat und ihm die zusätzlichen Fähigkeiten zu geben, so dass er als Case Manager arbeiten kann.





# **Vereinigtes Königreich**

## **Case oder Care Management im Vereinigten Königreich**

D. Challis  
R. Darton  
J. Hughes  
K. Stewart  
K. Weiner

PSSRU (Personal Social Services Research Unit)

University of Manchester



## 1. Hintergrund und Kontext des Berichts

Die Berichtstruktur wird von dem im ISG Dokument „Evaluation des Case Management“ formulierten Fragenkatalog festgelegt. Da die Struktur auf eine Beschreibung und einen Vergleich zahlreicher, heterogener Pilotprojekte ausgerichtet ist, war es mit geringfügigen Schwierigkeiten verbunden, das Konzept des VK an diese Struktur anzupassen. Im Gegensatz dazu ist das Care Management des VK als Teil der Pflichten des Sozialhilfbeamten anzusehen, von denen es allein in England 150 gibt.

Das Material zu diesem Bericht stammt aus zwei grundlegenden Quellen. Die erste ist ein Forschungsprogramm zu intensivem Care Management, das von der PSSRU (*Personal Social Services Research Unit* – Persönliche Forschungseinheit zum Sozialdienst) seit einigen Jahren im VK durchgeführt wird. Die zweite bezieht sich auf eine nationale Studie, der sog. *Mapping and Evaluation of Care Management Arrangements for Older People and Those with Mental Health Problems* („Skizzierung und Evaluation der Care Management Einrichtungen/Angebote für Ältere und Geistig Behinderte“), die vom Gesundheitsministerium des VK finanziert wurde. Beide werden im folgenden beschrieben.

### 1.1 PSSRU – Studien zum Intensiven Care Management

Die PSSRU führte zahlreiche Studien betreffend Schwerstpflegebedürftigen durch, vor und während der kommunalen Pflegeänderungen. Einige wurden in dem Weissbuch „Pflege“ (Cm 849, 1989) als Beispiele zitiert. Sie werden in der folgenden Tabelle 1 zusammengefasst.

**Tabelle 1 PSSRU – Studien zum Intensiven Care Management**

Studie	Rahmen	Zielgruppe
Pflegesystem der Gemeinde in Kent	Soziale Pflege / SSD	Wohnheim
<b>Pflegesystem der Gemeinde in Gateshead</b>	Soziale Pflege / SSD	Wohnheim und System
Erstes Gesundheitspflegesystem in Gateshead	SSD /	Krankenhaus, Pflege- oder Wohnheim
Pflegeprojekt der Gemeinde in Darlington	Geriatrische MDT / SSD	langer Krankenhausaufenthalt, Pflegeheim
<b>Care Management Pflegesystem in</b>	<b>Alterspsychiatrie der Gemeinde / SSD</b>	Demenz, hohes Risiko stationärer Einweisung

## Lewisham

Einige der frühesten Studien des Care Management im VK befassten sich mit den Systemen in Thanet, Gateshead, Darlington und Lewisham (Challis und Davies, 1986; Challis et al, 1990, 1995, 1997; Davies und Challis, 1986). Das Modell des Care Management, das in diesen Systemen entwickelt wurde, sollte sicherstellen, dass eine verbesserte Durchführung der Hauptaufgaben des Care Management zu einer effektiveren und effizienteren Langzeitpflege von Schwerstpflegebedürftigen beiträgt. (Challis und Davies, 1986; Challis et al, 1990; Davies und Challis, 1986). Die Ressourcenkontrolle innerhalb eines allumfassenden Kostenrahmen durch individuelle Care Manager wurde entwickelt, um größere Flexibilität bei der Bedarfsdeckung und eine Integration der bruchstückhaften Dienste in ein geplantes Pflegenetzwerk zu erlangen, um eine realistische Alternative zu stationärer Pflege von schwerstpflegebedürftigen älteren Personen zu bieten. Das Care Management Schema ist in Tabelle 1 zusammengefasst. Die ersten beiden Studien konzentrierten sich auf Case Management im Bereich der sozialen Pflege. Die darauffolgenden Initiativen befassten sich auch mit Interventionen des Case Management in dem gemeinsamen Bereich der Gesundheits- und Sozialpflege, beides im primären und sekundären Pflegebereich, womit sowohl die Situation der geriatrischen, als auch Alterspsychiatrie abgedeckt wird.

In den Studien zur sozialen Pflege (Challis und Davies, 1986; Challis et al, 1990) reduzierte dieser Ansatz den Bedarf an stationärer Pflege für Schwerstpflegebedürftige erheblich. Merkliche Verbesserungen wurden auf der Ebene der Zufriedenheit und des Wohlbefindens älterer Menschen und ihrer Pfleger erreicht. Zudem wurde dies bei keinem zusätzlichen Kostenaufwand für die sozialen Dienste, den Nationalen Gesundheitsdiensten (*National Health Service* – NHS) und das Schema der Sozialpflege erreicht. Mit ähnlichen Ergebnissen wurde im Rahmen der Case Management Dienste in Gateshead ein Pilotprojekt in dem Bereich der primären Pflege für den gesundheitlichen und sozialpflegerischen Sektor entwickelt (Challis et al, 1990), mit Inputs einer Krankenschwester als Care Manager und einem Juniorspezialist auf Teilzeitbasis.

Ein ähnlicher Ansatz zum Care Management wurde mittels eines multidisziplinären Schemas für besonders hilfebedürftige ältere Menschen getestet, das an einen geriatrischen Dienst anknüpfte (Challis et al, 1989, 1991a, b, 1995). Hier waren die Care Manager, die vom Sozialamt eingestellt waren, Mitglieder eines multidisziplinären geriatrischen Teams, dessen restliche Mitglieder überwiegend Angestellte des Gesundheitsdienstes waren. Die Care Manager innerhalb dieser Dienste entwickelten nicht nur ein flexibles Budget, sondern waren auch in der Lage die Arbeitszeit der vielfältig ein-

setzbaren Pfleger, die die Rolle einer häusliche Hilfe, einer Pflegekraft und einer paramedizinischen Unterstützung übernahmen, zu koordinieren. Verbesserungen hinsichtlich des Wohlbefindens der älteren Menschen und eine Senkung des Stresses für die Pfleger wurden für diejenigen, die diese neuen Leistungen erhielten, beobachtet und verglichen mit Patienten, die zur dauerhaften Pflege in Krankenhäusern untergebracht waren. Diese Vorteile wurden bei geringeren Kosten erreicht; Kosten, die normalerweise für solche Patienten aufgewandt werden (Challis et al, 1995) und die vergleichsweise höheren Kosten der Krankenhauspflege gegenüber anderen stationären Einrichtungen widerspiegeln.

Mit dem Lewisham Schema wurde ein ähnliches Modell des Care Managements für ältere Menschen mit Demenz entwickelt, mit Leistungen der Kommune für die mentale Gesundheit älterer Menschen (Challis et al, 1997). Verglichen mit anderen bereits bestehenden Diensten bewirkte das Schema scheinbar nur, dass der Verbleib im eigenen Heim im zweiten Jahr der Unterstützung wahrscheinlicher wurde. Der Effekt eines kommunalen Besitzes/Haltung blieb so „gedämpfter“ als in den anderen PSSRU Case Management Studien. Allerdings wurde deutlich, dass Patienten aus beiden Gruppen (der Versuchsgruppe und der Vergleichsgruppe) gleichermaßen Unterstützung von Diensten der Alterspsychiatrie erhielten, die relativ reich an Ressourcen und an die Kommune angeschlossen waren; dies ist in keiner Weise charakteristisch für weite Teile des VK. Auffällig war ein verbessertes Wohlbefinden der älteren Menschen und – weit bedeutender – auch der Pfleger, die Unterstützung durch das intensive Care Management erhielten. Die Kosten jedoch für diesen Gewinn im Wohlbefinden waren bedeutend höher als die der Versuchsgruppe.

Zusammenfassend zeigen die Erkenntnisse aus diesen intensiven Care Management Studien der PSSRU eine verbesserte Effektivität in der sozialpflegerischen Versorgung mit besseren Ergebnissen zu gleichen oder geringfügig niedrigeren Kosten. Allerdings konnten diese Erkenntnisse nicht zu einer breiteren Anwendung des Care Management-Ansatzes auf weniger pflegebedürftige Individuen führen. Kernelemente, die mit den dargestellten Ergebnissen zusammenhängen, beinhalteten eine differenzierte Bedarfsdeckung; angemessene Zielsetzung; Entwicklung eines Budget; regelmäßigen Kontakt des Care Managers zu den Leistungsempfängern und geeignete Netzwerke zu Spezialisten der Gesundheitspflege.

## **1.2 PSSRU Skizzierung und Evaluation der Care Management Studie**

Diese Studie begann im Jahre 1997 mit einer Erhebung der Care Management Angebote in allen englischen Lokalbehörden. Die Studie hat drei Phasen und wurde entwickelt, um die auftretenden Modelle des Care Management zu identifizieren und zu kategorisieren, sie systematisch zu beschreiben und die Kosten und Leistungen dieser unterschiedlichen Angebote zu evaluieren. Während der Phase der Erhebung wurden Informationen über Care Management Angebote für alle Gruppen erwachsener Leistungsempfänger in folgenden breitgefächerten Bereichen ermittelt: organisatorische Arrangements; Erbringen von Grundleistungen; funktionale Arrangements; und praktisches Care Management. Ein zweiter Satz Fragebögen befasste sich im Detail mit Care Management Angeboten und Leistungen insbesondere für ältere Menschen. 110 der insgesamt 131 Institutionen sandten ausgefüllte Fragebögen zurück, was einer Bearbeitungsrate von 84 % entspricht (Gesundheitsamt, 1998). Die hohe Quote der Antworten deutet darauf hin, dass diese Daten für das Care Management in England durchaus repräsentativ sind.

## **1.3 Der Bericht**

Bei der Vorbereitung des Berichtes wurde Material aus zahlreichen Quellen verwendet, da wir uns in der günstigen Ausgangssituation befinden, ein einzigartiges nationales Bild des Auftretens von Care Management in den VK zu haben, nämlich von frühen zielgerichteten Studien des intensiven Care Managements bis zu repräsentativem nationalen Material zu organisatorischen Formen und Prozessen laufender Care Management Arrangements. Um einen annehmbaren Grad der Vergleichbarkeit mit der Arbeit anderer Länder zu ermöglichen, wurden Daten einer Institution als Fallstudie – Gebiet C – verwendet, diese wurden jedoch zu Vergleichszwecken in nationalen Kontext gesetzt. Wäre dies nicht so gemacht worden, wäre die Anwendung solch reichhaltiger Daten zur Verdeutlichung der komplexen Problematik des Care Management für Ältere fehlgeschlagen. Dementsprechend werden in den folgenden Abschnitten Informationen auf Grundlage der nationalen Daten und die spezifischen Antworten der Untersuchungsstelle dargestellt.

## 2. Der nationale Kontext

### 2.1 Der Kontext der nationalen Politik hinsichtlich der Pflege älterer Menschen

Der Leistungswandel in dem VK spiegelt etwas wider, das als breitere kommunale Pflegekonvergenz bezeichnet werden kann, wobei die Ähnlichkeit der Ziele trotz deutlicher Unterschiede in der organisatorischen Struktur und den Finanzierungsmodellen widergespiegelt werden (Challis et al, 1995). Die zu identifizierenden Trends erfordern einen Wandel im Bereich der Leistungsorganisation auf drei eng verwandten Gebieten: erstens, weg von einer stationär ausgerichteten Versorgung; zweitens, die Stärkung und der Ausbau der Abstufung und den Inhalten der häuslichen Pflege; und drittens, die Entwicklung einer Reihe von Methoden zur Koordinierung des Care und Case Managements (Challis, 1992, 1994a). Nach einem rapiden Anstieg der Pflege in Wohnanlagen oder Pflegeheimen, hauptsächlich für ältere Menschen und finanziert durch den öffentlichen Sektor ohne Kontrolle über den Bedarfsanspruch, hat die Regierung des VK 1989 eine wichtige politische Richtlinie herausgegeben mit dem Titel „Pflege und Fürsorge“ („*Caring for People*“; Cm 849, 1989). Diese Richtlinie legte sechs Hauptziele fest (§1,1,1).

- Förderung der Entwicklung von Tages-, Haus- und Unterstützungsdiensten, um denjenigen, die Möglichkeit zu geben, im eigenen Heim zu verbleiben, bei denen dies machbar ist.
- Sicherstellung, dass Leistungsanbieter dem Bedarf der Pflegenden höchsten Vorrang geben.
- Qualitativ hohes Assessment und Case Management als Eckpfeiler der kommunalen Pflege.
- Förderung eines blühenden unabhängigen Sektors zusätzlich zu den öffentlichen Leistungen.
- Klärung der Verantwortlichkeit von Institutionen (hauptsächlich zwischen den Gesundheits- und Sozialpflegeinstitutionen)
- Erhöhung des Geldwertes durch Reduktion der Neigung, stationäre Pflege stärker zu finanzieren.

Den Sozialämtern, die die Hauptinstitution für die Versorgung mit sozialer Pflege sind und durch Lokalregierungen geleitet werden, wurden neue Möglichkeiten der Finanzierung und Verantwortlichkeit gegeben. Sie wurden verantwortlich gemacht, sowohl das Assessment des Bedarfs, als auch die Zusammenstellung der Leistungen, die auf einen solchen Bedarf zugeschnitten sind, durchzuführen, und für die Bereitstellung von Care Managern zur Beobachtung, Überprüfung und als (einzige) Kontaktperson für

diejenigen, die Leistungen erhalten, zu sorgen. Hauptsächlich finanzieller Druck durch eine alternde Bevölkerung und Unregelmässigkeiten in der Finanzierung, die eine Neigung zur Unterbringung älterer Personen in der stationären Pflege hervorruft, anstatt das langfristige politische Ziel einer Versorgung durch häusliche Pflege zu verfolgen, begründete diese politische Linie (Challis, 1993). Die Regierung gab zur Orientierung separate Dokumente über das Care Management heraus, jeweils für Manager und Ärzte innerhalb der Institutionen. (SSI/ SWSG, 1991a, b).

Ausschlaggebend für die Entwicklung der Care Management Angebote in den sozialen Diensten des VK war die vollständige Umsetzung des Nationalen Gesetzes zum Gesundheitsdienst und der kommunalen Pflege im Jahre 1993. In den 90er Jahren wurde in dem VK der Kontext, in dem das Care Management durchgeführt wurde, beschrieben als „Schlüsselrolle innerhalb des Rahmen, in dem die Integration sozialer und ökonomischer Kriterien unter Beachtung des Serviceangebotes erfolgt, und in dem der Ausgleich zwischen Bedarf und Ressourcen, Mangel und Wahl stattfindet“ (Challis, 1992). Auf Grundlage einer detaillierten Politik, leitenden und praktischen Richtlinien, die vom Gesundheitsamt (DoH, 1990; SSI/ SWSG, 1991a, b) herausgegeben wurden, wurde das Care Management durchgeführt. Trotzdem blieb weiterhin ein grosser Spielraum für Interpretationen der Richtlinien in jenen Bereichen, die die Art des Care Managements und den Typ des Leistungsempfänger, für welche es eine angemessene Lösung darstellte, betrafen.

## **2.2 Die Rolle des Care Managements innerhalb der Institutionen wie durch die Politik definiert**

Drei grundlegende Faktoren beeinflussen die Entwicklung des Care Managements. Erstens bestand ursprünglich eine Zersplitterung der Dienstleistungen mit der Notwendigkeit, diese zu koordinieren. Vor den Reformen von 1993 waren die Sozial- und Gesundheitspflegeinstitutionen sowohl innerhalb als auch untereinander sehr bruchstückhaft. Die Spaltung innerhalb der Institutionen entstand durch einerseits interne Führungsmuster der Verantwortlichkeit und andererseits durch inter-professionelle Revierkontrolle. Nach 1993 wurde die Spaltung zwischen den zahlreichen Leistungsanbietern, deren Zuwachs eine Folge der neuen Reformen war, immer deutlicher; zudem wurde die Spaltung innerhalb einer Institution und der Institutionen untereinander als Folge eines Verlustes an Anbietern mit tatsächlicher Monopolstellung deutlich. Ein zweiter Faktor war die Notwendigkeit einer Kostenkontrolle, angeregt durch die Notwendigkeit, die starke Ausbreitung der Wohn- und Pflegeheimen zu verringern; den finanziellen Anreiz für die sta-



tionären Methoden der Pflege zu beenden; und um einen stärkeren Wettbewerb zwischen Pflegeanbietern zu fördern, damit bessere Leistungen zu günstigeren Kosten angeboten werden. Ein dritter Faktor war der zugrundeliegende Trend den Schwerpunkt der Pflege zu verlagern, was einen Versuch beinhaltete, die Ebene und Art der häuslichen Pflege zu verbessern; mit dem Ziel, denjenigen einen Verbleib im eigenen Heim zu ermöglichen, die dies wünschen, und die Bandbreite der Wahlmöglichkeiten für den Konsumenten zu erweitern, nicht nur zwischen ambulanter und stationärer Pflege, sondern auch zwischen den Anbietern dieser Pflegeformen. Eine verbesserte ambulante Pflege für hilfebedürftige Personen erfordert einen zunehmenden Grad an Individualisierung und Koordination, das mit dem Care Management verbunden wird.

Das letzte Weissbuch „Modernisierung des Sozialdienstes“ (Cm 4169, 1998) betonte wiederholt die Rolle des Care Managements: „Im April 1993 breitete sich die Verantwortung der Sozialdienste für Personen mit Bedarf an Langzeitpflege erheblich aus. Bis dahin wurden Personen, die in unabhängigen Wohn- bzw. Pflegeheimen lebten, durch Leistungen der DSS (Soziale Sicherheit) finanziert. Die Reformen in der kommunalen Pflege übertrugen die Verantwortung für beides, sowohl die Finanzierung der Art der Pflegeunterbringung (wie gehabt auf Grundlage einer Bedarfsprüfung) als auch die Durchführung eines Assessment des individuellen Pflegebedarfs des Betroffenen und eine Sicherstellung, dass die benötigte Pflege dem Bedarf des zu Pflegenden entspricht, dem Sozialdienst. Diese Ausrichtung auf ein individuelles Care Management, das darauf abzielt, mehr Menschen in ihren eigenen Heimen zu helfen, war die grundlegende Änderung des Systems.“

### **2.3 Care Management im Pflegeprozess**

Die Umsetzung des Care Management durch Sozialdienststellen war umfassender definiert und versorgte eine größere Zielgruppe der Bevölkerung als in den PSSRU-Studien. Der offizielle Leitfaden zum Care Management für Manager und Fachärzte legte den Prozess für die Auswahl derjenigen, für die Care Management zutraf, nicht explizit (SSI/ SWSG 1991a, b) fest. Vielmehr wurde Care Management in diesen Studien grob als ein Prozess definiert, der Dienstleistungen auf den individuellen Bedarf zuschneidet, wobei das Assessment als ein integrierter Teil des Care Management-Prozesses angesehen wird. Assessment wird als ein Set von sieben Grundaufgaben angesehen, die in der Literatur zu Care Management in den meisten Ländern enthalten sind. Diese Hauptaufgaben sind: Veröffentlichung von Informationen, Bestimmung der Assessmentstufe, Bestimmung

des Bedarfs, Pflegeplanung, Umsetzung des Pflegeplans, Überwachung und Überarbeitung. Natürlich kann argumentiert werden, dass eine solche Definition des Care Managements Elemente enthält, die zwar notwendig, aber allein nicht ausreichend sind (Challis et al, 1995) und so unvermeidlich das Risiko besteht, dass die Care Management Modelle, die darauf ausgerichtet sind, weite Teile der Leistungsempfänger in der Bevölkerung intensiv zu unterstützen, zu stark verallgemeinert werden.

### **3. Organisatorische und funktionale Merkmale des Care Managements**

Care Management ist eine Aufgabe der Lokalbehörden des Sozialamtes, einer Organisation mit einem spezifischen Verantwortungsbereich, das vom „Gesetz zur Pflege, Wohlfahrt und dem Schutz von Kindern, Personen mit einer Behinderung, Personen mit einer Lernbehinderung, Personen mit mentalen Störungen und hilfebedürftige ältere Personen“ bestimmt wird. Derzeit gibt es in England 150 Sozialämter, innerhalb derer es zahlreiche Definitionen des Care Management gibt, die im allgemeinen das Care Management sehr begrenzt als einen Prozess beschreiben, den die meisten Individuen, die Sozialpflege erhalten, durchlaufen. Folglich handelt es sich um eine geriatrische Definition, und keine, die das Care Management als eine bestimmte Lösung für eine festgelegte Zielgruppe sieht. Insgesamt 65 % der angesprochenen Institutionen definierten Care Management als einen organisatorischen Prozess, 15 % bezeichneten es als eine spezielle Aufgabe und 20 % definierten es als beides, eine spezielle Anstellung und einen organisatorischen Prozess. Eine allgemeingültige Definition dieser Aktivität ist somit umstritten. Insgesamt gesehen, gab es wenig Hinweise auf ein intensives Care Management im Altenhilfedienst, das nur bei 6 % der Lokalbehörden festgestellt wurde.

Im Gebiet C betrug die Bevölkerung innerhalb der Lokalbehörde 500.000 Personen. Hier wird Care Management eher als ein organisatorischer Prozess gesehen, nicht als spezifische Aufgabe. Innerhalb der Institution wurden keine Leistungen eines intensiven Care Managements erbracht.

#### **3.1 Mitarbeiter – Anzahl, Qualifikation, andere Mitarbeiter, Freiwillige**

Allgemein kann gesagt werden, dass eine Vielzahl der Mitarbeiter im Sozialdienst die Aufgaben des Care Management zur Pflege älterer Menschen übernimmt. Dies variiert innerhalb der verschiedenen Behörden, die Care Manager, Sozialarbeiter, Berufstherapeuten beschäftigen. Gelegentlich

übernehmen andere Mitarbeiter aus dem Gesundheitsdienst, wie z.B. Gemeindefrankenschwestern, bestimmte Aufgaben des Care Managements, wie beispielsweise den Beitrag zu einem Assessment. Insgesamt wurde Care Management durch Mitarbeiter des Nationalen Gesundheitsdienstes (NHS) im Altdienst in 21 % der Behörden durchgeführt.

In der Institution C waren die beiden Hauptgruppen, die Care Management durchführten, die Sozialarbeiter und die Gemeindepfleger, wobei letztere grundsätzlich als Assistenten der Sozialarbeiter angestellt wurden. Sozialarbeiter sind durch eine national anerkannte Qualifikation zur Sozialarbeit geeignet, dementsprechend auch die Berufstherapeuten. Mitarbeiter des NHS arbeiten in dieser Behörde nicht als Care Manager.

### **3.2 Team Organisation, Rahmen und physische Ressourcen**

Details darüber wurden gesammelt, inwieweit das Sozialamt eine Führungs- und Funktionsfragen betreffende Unterscheidung traf zwischen dem Erwerb und der Versorgung mit Funktionen bei der Bereitstellung häuslicher Pflege. Ca. die Hälfte aller Behörden traf diese Unterscheidung der Funktionen vor oder im Laufe des Jahres 1993. Nicht überraschend ist, dass die Mehrheit der Behörden die Care Manager lediglich im Erwerbssektor einsetzten, da diese verantwortlich waren für die Entscheidung über welche und wieviel individuelle Pflege organisiert werden sollte. Weitaus bedeutender sind die 17 % der Behörden, die berichteten, dass Care Manager in beiden Sektoren – dem Erwerbssektor und der Versorgungseinheit ihres Amtes – eingesetzt wurden. Dies zeigt die organisatorischen Schwierigkeiten, die eine starre Unterscheidung verursachen kann.

44 % der Lokalbehörden berichteten, dass Care Management für Ältere von Teams durchgeführt wurden, die sich auf jene Klientengruppe spezialisiert haben. 96 % der Behörden berichteten, dass ihre Sozialarbeiter oder Care Manager in Krankenhäusern „stationiert“ waren. Während etwas mehr als die Hälfte der Behörden berichtete, dass sie spezialisierte Mitarbeiter beschäftigen, die mit der Pflege älterer Menschen in Krankenhäusern betraut sind, gab es eine beachtenswerte Vielfalt unter den Behördentypen.

In der Institution C wurden Care Manager in Spezialistenteams eingesetzt, die auf die Unterstützung älterer Menschen ausgerichtet waren; zusätzlich waren Mitarbeiter in Krankenhäusern stationiert, die auf Arbeit mit Älteren spezialisiert waren. Ihre Funktion bestand vornehmlich in der Krankenhausentlassung. Care Management wird durch Sozialarbeiter, Assistenten, berechnigte Gemeindepfleger, und Berufstherapeuten durchgeführt, die im

Sozialamt angestellt sind. Mitarbeiter haben Zugang zu einer Reihe technologischer Hilfsmittel, die für eine moderne und effektive Berufspraxis erforderlich sind. Jene Mitarbeiter standen während eines Arbeitstages von 8:45 Uhr bis 17:00 Uhr zur Verfügung. Der größte Teil des Kontaktes zu den Mitarbeitern, die Care Management leisten, besteht in Hausbesuchen bei älteren Menschen und ihren Pflegern.

Die Institution C besitzt ein System der Computererfassung, das für Mitarbeiter, die Aufgaben des Care Management übernehmen, sowohl vom Krankenhaus, als auch den Sozialämtern und den Praxen der Fachärzte aus zugänglich ist. Die gespeicherten Informationen enthalten persönliche Daten, medizinische Informationen, Daten des Assessments, Diagnosen, Pflegepläne, erhaltene Leistungen, Kosten der Leistungen und eine Überarbeitung der Ergebnisse. Das Computersystem enthält auch einen Leitfaden zu den Leistungen für Ältere und ihre jeweiligen Kosten. Das Computersystem ist in der Lage den Managern folgendes in einem zugänglichen Format zur Verfügung zu stellen: Budget-Allokation, Ausgaben für kommunale „Pflegepakete“; Ausgaben für Wohn- bzw. Pflegeheime; und gesammelte Informationen über Leistungsnutzer.

Care Manager werden von den Sozialämtern eingestellt und sind somit Angestellte des öffentlichen Sektors, was in dem VK generell so gehandhabt wird. Weitaus grössere Bedeutung kommt dem Platz des Care Managements innerhalb der Leistungen für ältere Menschen zu. Die meisten Care Manager sind in Spezialistenteams für Altendienste zu finden, andere in Allgemeinpraxen und Krankenhäusern. Das Gleichgewicht des Standortes innerhalb der Rahmen beeinflusst wahrscheinlich die Art der Lösungen und die Zielgruppe, die von den Care Managern betreut wird.

### **3.3 Finanzielle Ressourcen**

Das Sozialamt ist finanziell verantwortlich für den Erwerb der Leistungen, um den ermittelten Bedarf der älteren Menschen zu decken. Die erbrachten Leistungen werden anhand der Lebensumstände des älteren Pflegenbedürftigen berechnet. Während die Leistungssätze der Pflegeangebote in Wohn- und Pflegeheimen national definiert sind, werden die genauen Pflegesätze der ambulanten Pflegeleistungen von den Lokalbehörden festgelegt.

Die Ebene des Leistungsangebots, das den Älteren Unterstützung gewährleisten, ist im Hinblick auf die Politik der einzelnen Behörden sehr variabel, obwohl die gegenwärtige Regierung darauf hinarbeitet, den Grad der Varia-

tionen zwischen den verschiedenen Teilen des Landes durch die Schaffung eines Nationalen Leistungsrahmens zu verringern.

Die Diskussion um die Ebene der Ressourcen, die den Care Managern zu Verfügung stehen, fällt unter den Posten der Pflegeplanung.

#### **4. Der praktische Inhalt und Prozess des Care Managements**

##### **4.1 Assessment**

Den umfassendsten Überblick enthielt eine Analyse der 50 vorhandenen umfassenden Assessment-Dokumente, die von den Anbietern der Sozialdienste des ganzen VK verwendet wurden. Er zeigte, dass die Mehrzahl der Assessment-Dokumente allgemein gehalten waren, weniger als ein Viertel die Leistungen sowohl des Gesundheits- als auch des Sozialdienstes in Anspruch nahmen, und nur wenige darauf ausgerichtet waren, in Wohn- bzw. Pflegeheimen angewandt zu werden. Die Evaluation brachte eine grosse Variation in Inhalt und Qualität der Informationen zu Tage, und keine klare Verbindung zwischen den festgestellt Problemen und der Formulierung einer passenden Lösung. Die Deckung des Pflegebedarfs war mit Depression/ Angstzuständen, kognitive Störungen und Verhaltensauffälligkeit weitgefasst. Das Assessment der Aktivitäten des täglichen Lebens war inhaltlich ziemlich konsistent, jedoch nicht immer strukturiert. Aus dieser detaillierten Analyse lässt sich weiterhin schließen, dass die Unbeständigkeit der Assessment-Instrumente hoch, ihre Vergleichbarkeit und Kapazität zur Schaffung einer standardisierten Information jedoch gering ist (Stewart et al, 1999).

Care Manager, Sozialarbeiter und Berufstherapeuten bildeten die Hauptgruppen, die für die Koordination des Assessments verantwortlich waren (65%, 87 % und 69 % für alle Lokalbehörden). Ausserdem ist beachtlich, dass ein Viertel aller Behörden andere Mitarbeiter des Gesundheitsdienstes anstellte, um die Assessments zu koordinieren. In dieser Kategorie wurde von einer Vielzahl von Fachkräften berichtet, die sowohl kommunale als auch allgemeine Pflegemitarbeiter beschäftigen.

Die Zahl der genannten Assessment-Stufen variiert. Nur ein kleiner Teil der Behörden verwendete eine einzige Assessment-Stufe für jede Gruppe von Pflegebedürftigen. Die Mehrheit hatte ein differenziertes Assessment mit variierenden Stufen, wobei ca. die Hälfte ein 2-stufiges Assessment für Dienstleistungen an ältere Personen durchführte. Kommentare der Antwortenden zeigten, dass die Definitionen der Stufen von Prozess und Doku-

mentation abhängig waren. So führten einige Behörden z.B. ein professionelles Assessment als Teil ihres umfassenden Assessments durch, wohingegen andere dies als eine weitere Ebene definierten. Die maximale Anzahl der genannten Assessment-Stufen lag bei sechs. Fast alle Behörden nannten die Leistungsebene, die der Pflegebedürftige benötigt, in ihrer Definition der Assessment-Stufen. Anscheinend wurden die anderen vorgegebenen Definitionen eher von großstädtischen Behörden herangezogen. Lediglich ein kleiner Teil der Behörden spezifizierte die Gesichtspunkte ihrer Definitionen anders als vorgegeben, darunter fallen z.B. „Komplexität“ und „Risiko“. Zahlreiche Behörden sagten jedoch, dass eine sehr grosse Überlappung zwischen den einzelnen Kategorien bestünde, was am ehesten mit dem Begriff „Komplexität“ beschrieben werden kann. Natürlich sollte eine grosse Wechselbeziehung zwischen diesen Kategorien bestehen, da Schwerstpflegebedürftige beispielsweise oft von besser ausgebildeten Mitarbeitern betreut werden und auch mehr Leistungen von zahlreichen Institutionen erhalten und somit aller Wahrscheinlichkeit nach höhere Pflegekosten haben.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass mehr als die Hälfte der Behörden eine allgemeine Assessment-Dokumentation durchführen, um alle Klientengruppen abzudecken. Fachmännische Dokumentation wurde im Bereich der Leistungen für Ältere sehr selten durchgeführt, mit einem Anteil von lediglich 4 % der Behörden.

In der Institution C wurde ein 2-stufiges Assessment verwendet: das erste ein äusserst komplexes und detaillierteres Assessment für die Fälle, in denen ein höherer Kostenaufwand zu erwarten oder komplexere Lösungen wie die Unterbringung im Pflegeheim wahrscheinlich erscheinen; das zweite weniger komplex. Das komplexere Assessment ist ausgerichtet auf Klienten mit einem höheren (Pflege)Bedarf. Die Politik sieht qualifiziertere Mitarbeiter vor, die dieses komplexe Assessment übernehmen, so dass das weniger komplexe den weniger gut ausgebildeten Mitarbeitern überlassen wird. Die Assessment-Dokumentation wird für alle Erwachsenen allgemein durchgeführt. Risikoeinschätzung ist auch Teil der Dokumentation und richtet sich nach der Gefährdung anderer und dem Risiko eines Sturzes.

## **4.2 Der medizinische Beitrag**

Kein vorgeschriebener medizinischer Beitrag ist im Assessment-Prozess des Care Managements vorgesehen und die Arrangements hängen von der lokalen Übereinkunft zwischen den Gesundheits- und Sozialdiensten ab. In der Institution C wird der Gesundheitsdienst normalerweise nur von einem

Allgemeinarzt, einer Krankenschwester oder einem Krankenhausberater geleistet, wenn eine Unterbringung im Pflegeheim vonnöten ist.

### **4.3 Lektionen des Care Management für den Planungsprozess**

Im allgemeinen ist die Verbindung zwischen dem Care Management und der Bereitstellung von Leistungen nicht ausreichend gegeben. Das Feedback, das über den Vertragsablauf und den Prozess der Bereitstellung informiert – und damit zusammenhängend die Art und Weise der Leistungen beeinflusst – informiert auch über die Schwierigkeiten der Care Manager, den Bedarf mit den zur Verfügung stehenden Leistungen zu decken und stammt aus zwei Quellen: erstens den Team Managern und zweitens den Treffen der Care Manager mit ihren Vorgesetzten.

### **4.4 Erstellung des Pflegeplans**

Im allgemeinen entspricht die Verteilung der Mitarbeitergruppen, die für die Umsetzung des Pflegeplans verantwortlich sind, in etwa der Koordination der Assessments, oder mit anderen Worten: in erster Linie sind dies Care Manager, Sozialarbeiter und Berufstherapeuten. Allerdings schienen eher die Assistenten der Sozialarbeiter und die Care Manager der häuslichen Pflege für die Umsetzung des Pflegeplans verantwortlich zu sein. Der verstärkte Einsatz von Care Managern der häuslichen Pflege mag die Fortführung der Tradition einer direkten Allokation der Nachfrage auf einer niedrigen Ebene ambulanter Pflege repräsentieren, die von den Ämtern bereit gestellt werden, so dass eine Bearbeitung der zahlreichen Hilfeanfragen ermöglicht wird.

Das Ausmass, in dem die Kosten der Pflegepakete kalkuliert werden, wurde untersucht, jedoch ohne Unterscheidung zwischen den realen und den fiktiven Kosten. Insgesamt beinhaltet die Kostenkalkulation der meisten teilnehmenden Einrichtungen (61%) sowohl die im Haus geleisteten als auch die extern erworbenen Dienstleistungen bei der Erstellung des Pflegeplans. Eine nicht unerhebliche Minderheit der teilnehmenden Einrichtungen (28%) kalkulierte nur die extern erworbenen Kosten. Lediglich zwei Einrichtungen schlossen keinen Bestandteil des Pflegepakets in ihre Kostenkalkulation ein. Eine kleine Gruppe der Teilnehmer (10%) deutete darauf hin, dass zusätzlich zu der Kalkulation externer Dienstleistungen, auch die internen Leistungen teilweise berechnet wurden. Dies betraf lediglich ein paar Dienstleistungen wie „ausschließlich häusliche Pflege“ oder „keine Tagespflege oder Essen auf Rädern“, bisweilen auch nur bestimmte Gruppen von Pfl-

gebedürftigen. Eine Höchstgrenze für Leistungen an ältere Personen setzten 76 % aller Einrichtungen, im Vergleich zu der Höchstgrenze für Personen mit Behinderungen bei 64 % der Einrichtungen, 59 % für diejenigen mit mentalen Störungen und 58 % für diejenigen mit Lernbehinderung. Dies könnte ein Indikator für Budgetrestriktionen sein, da der Pflegeumfang für ältere Menschen den größten Anteil der Ausgaben einer Behörde bildet. Die Höchstgrenzen für kommunale Pflegepakete für Ältere und Personen mit mentalen Problemen lagen im Durchschnitt leicht unter denjenigen für Personen mit einer Körper- oder Lernbehinderung (Mittelwerte lagen bei £234, £234, £306 bzw. £294). Zum größten Teil stützten sich diese Höchstgrenzen auf die Kosten einer äquivalenten Unterbringung in Wohn- und/ oder Pflegeheimen. Andere Kriterien beinhalteten das zur Verfügung stehende Budget und das „Bedürfnis“, d.h. die Höchstgrenzen unterschieden sich je nach Grad des ermittelten Bedürfnisses. Einige Einrichtungen wiesen darauf hin, dass sich die Höchstgrenze eher am Zeitaufwand der häuslichen Pflege berechnet als an einem tatsächlichen Barbetrag, was möglicherweise die Entwicklung indikativer Pflegepakete erklärt. Diese Initiative könnte auch darauf hindeuten, dass die Einrichtungen eine Versorgung durch die Kommune der stationären Pflege vorziehen. Die Definition einer „Höchstgrenze“ und die Abstufung dieser Grenze sollte im Hinblick auf die Lösungen, die bei der Kostenkalkulation (einzelner) Bestandteile der Pflegepakete herangezogen wurden, von den Einrichtungen betrachtet werden. Dies erscheint insbesondere deshalb angemessen, da z.B. 82 % aller teilnehmenden Einrichtungen für die Ausgaben im Bereich der kommunalen Pflegepakete für Ältere eine Höchstgrenze gesetzt hatten. 61 % wiesen allerdings darauf hin, dass sie alle Bestandteile der Pflegepakete berechneten. Mit anderen Worten, bei einer Reihe von Einrichtungen wurden Höchstgrenzen lediglich für bestimmte Bestandteile der Pflegepakete angesetzt.

In der Institution C waren die Mitarbeiter, die hauptsächlich für den Pflegeplan verantwortlich waren, Sozialarbeiter, Gemeindepfleger und Berufstherapeuten. Alle Bestandteile des Pflegepaketes wurden berechnet, sowohl die öffentlichen Leistungen der Einrichtungen als auch externe Leistungen. Pro Fall wurde ein wöchentliches Limit gesetzt, das – unterteilt nach Kategorien – vom Grad des ermittelten Bedarfs abhängig war. Für die Care Manager besteht ein gewisser Entscheidungsspielraum bei der Zuweisung von Ressourcen oder bestimmten Leistungen zur Unterstützung älterer Menschen, ohne Abstimmung mit den Managern der nächsten Ebene. Mit anderen Worten, die Einrichtung gibt den Mitarbeitern vor Ort die Möglichkeit, Budgetentscheidungen bei der Zusammenstellung von Pflegepaketen zu treffen. Der Care Manager wird nach dem Assessment die weitere Vorgehensweise, die angemessen erscheint, mit der älteren Person und ihrem Pfleger diskutieren, wobei der Kostenfaktor, der vom Grad der Abhängigkeit



der älteren Person bestimmt wird, einkalkuliert wird. Für den Care Manager ist es möglich, die Ebene, die durch die Kostenhöchstgrenze festgelegt wird, durch Verhandlungen mit dem Manager auszudehnen. So liegt es in der Verantwortung des Care Managers, die benötigten Leistungspakete zu arrangieren, um den Pflegeplan umzusetzen.

#### **4.5 Überprüfung**

Bei den meisten teilnehmenden Einrichtungen (86%) beinhaltete die Überprüfung in der Regel auch einen direkten Kontakt zum Leistungsempfänger, bei knapp der Hälfte der teilnehmenden Einrichtungen umfasste sie aber nur Informationen, die von den Pflegern weitergereicht wurden. 30 % der Einrichtungen erhielten ihre Informationen von den Pflegern nur sporadisch. In über 50 % der Einrichtungen wurden diese Überprüfungen telefonisch durchgeführt, und bei etwa 30 % der Einrichtungen wurde diese per Post oder durch eine andere Einrichtung durchgeführt. Ein allgemeiner Beschwerdegrund der Einrichtungen war, dass die Überprüfungen aufgrund des Anforderungsdrucks durch das Assessment neuer Fälle vernachlässigt wurden. In manchen Einrichtungen beschränkte sich das tatsächliche Care Management auf ein Assessment und die anfängliche Prozess der Serviceplanung.

In der Institution C beinhalteten die Überprüfungen der kommunalen Pflege in der Regel sowohl den direkten Kontakt mit der älteren Person als auch Informationen von den Pflegern. Bisweilen wurden diese telefonisch oder von einer anderen Einrichtung durchgeführt. Care Manager sind für die individuelle Überprüfung verantwortlich, obwohl manche Fälle mit weniger komplexem Bedarf nicht als „offene“ Fälle behandelt werden und somit nur überprüft werden, wenn die Pflegeanbieter oder die Klienten selbst Probleme ansprechen.

#### **4.6 Beteiligung der älteren Personen und ihrer Familie**

Die Bedeutung der Wahlmöglichkeit und der Beteiligung wurde nun als politisches Ziel festgelegt. Das Recht der Pfleger auf ein Bedarfs-Assessment als ihr eigenes Recht wurde in der Gesetzgebung verankert, nachdem das Pflegegesetz rechtskräftig wurde. In der Praxis jedoch scheinen die Formen des Assessment diese Bedürfnisbereiche nicht in ausreichendem Masse anzusprechen. Der Schlüsselbereich, in die Beteiligung des älteren Menschen und seiner Familie gewinnbringend entwickelt werden könnte, liegt in

dem Prozess der Überprüfung, die dem Assessment und der Umsetzung des Pflegeplans folgt.

## **5. Ausführung und Ergebnisse des Care Management**

### **5.1 Effektivität und Care Management**

Der grösste Teil der Evaluationsrecherchen zu Care Management Programmen befasste sich mit der intensiven Unterstützung von Schwerstpflegebedürftigen oder hohe Risikogruppen sowohl im Hinblick auf die mentale Gesundheit als auch auf das Altern. Der Schwerpunkt dieser Studien lag auf der Bevölkerung, die mit grosser Wahrscheinlichkeit in ein Krankenhaus oder eine Pflegeeinrichtungen eingewiesen werden oder wieder aufgenommen werden sollen. Trotz dieser Unterschiede und der Schwierigkeit, verlässliche und beständige Definitionen von Attributen wie starke mentale Störungen oder das Risiko einer Einweisung in ein Pflegeheim zu gewinnen, sind die Befunde in einem hohen Maße konsistent. Die Ergebnisse beinhalten Gemeindebesitz, die Lebensqualität und die Pflegequalität. Einige Faktoren, die mit die Wirksamkeit der Ergebnisse im Pflegemanagement zusammenhängen, konnten aus zahlreichen Studien gewonnen werden. Die Ergebnisse werden in Tabelle 1 zusammengefasst. Wie daraus zu ersehen ist, beinhalten sie eine integrierte Finanzierung des Programms, Klarheit und Genauigkeit der Zielbevölkerung, klare Dienstleistungsziele, kontinuierliche Bearbeitung und logische Verbindungen zwischen den Modellen des Care Management, seinen Zielen und den Anreizen, die die Strukturen den Ärzten, die für die Umsetzung zuständig sind, geben. Auf der praktischen Ebene könnte dies auf Faktoren wie z.B. die angemessene Grösse der Fälle und die Mittel, die eine kreative Beantwortung des festgestellten Bedarfs ermöglichen – durch Mechanismen wie die Übertragung des Budgets – hinweisen. Durch integrierte Finanzierung konnten künstliche Grenzen und falsche Anreize vermieden werden, die durch den organisatorischen Druck des engen finanziellen Rahmens entstehen. Eine genaue Definition der Zielbevölkerung, zusammen mit einem System der Überprüfung und des Assessments, kann sicherstellen, dass Care Management – mit seinen unvermeidbar höheren laufenden Kosten – denjenigen gewährt wird, für die es am angemessensten ist.

**Tabelle 2: Einige Faktoren, die mit der Effektivität der Ergebnisse des Care Management zusammenhängen**

Integrierte Finanzierung des Programms
Logische Verbindungen zwischen dem Pflegemodell, den Programmzielen und den Anreizen auf Praxisniveau
Klare Dienstleistungsziele
Präzise und klare Abgrenzung der Zielbevölkerung
Kontinuierliche Bearbeitung

Klare Leistungsziele stellen einen Fokus für Management und Überwachung von Care Management Programmen dar, entweder hinsichtlich des Bedarfs der Empfänger, der Leitsungsprozesse wie beispielsweise Kosten, oder der Ergebnisse wie z.B. Krankenhauseinweisung, Gemeindebesitz oder Lebensqualität. Für die Kontinuität der Bearbeitung wird der gleiche Arzt herangezogen, der auch für Assessment, Überwachung und die Überarbeitung der Fälle verantwortlich ist, und dem der Gewinn aus dem Feedback von effektiven und ineffektiven Strategien – sowohl auf dem Niveau individueller Fälle, als auch im allgemeinen – mitgeteilt wird. Logische Verbindungen zwischen den Programmzielen, dem Umfeld und der Praxisanreize spiegeln die Notwendigkeit einer Übereinstimmung von praktischer Umgebung und den übergeordneten Zielen wieder. Z.B. müssen solche Komponenten wie flexible Lösungsmuster, eventuell durch eine Übertragung des Budgets, dem Care Manager zur Verfügung stehen, falls ein Programmziel auf individuell zugeschnittene Dienstleistungen ausgerichtet ist. Ohne eine derartige Flexibilität oder in Fällen, in denen es mit erheblichen Schwierigkeiten verbunden ist, über die Standardlösungen hinaus andere Leistungen anzubieten, besteht der Anreiz für den Facharzt lediglich darin, den Bedarf in einer herkömmlichen Weise zu decken, anstatt die Pflege zu individualisieren.

## **5.2 Aktivitäten der Einrichtungen bei der Bewertung der Ergebnisse**

Die Institution C hat ein System zur Bewertung der Ausführung entwickelt, um Ziele für die verschiedenen Ebenen der Mitarbeiter innerhalb der Organisation zu verbinden. Das System basiert auf der Arbeit von Challis und Warburton (1996) innerhalb der Einrichtung. Der angewandte Rahmen deckt den Bedarf, den Prozess, die Zwischenergebnisse und spiegelt Kriterien wieder, die in dem Weissbuch „Modernisierung und Soziale Dienste“ (Cm 4169, 1998) spezifiziert wurden.

### **5.3 Interventionen des Care Management – Determinanten des Einflusses**

Die in Tabelle 2 aufgeführten Faktoren stellen die Hauptbereiche dar, die die Kapazität des Care Managements zur Deckung des Bedarfs beeinflussen. Spezifische Lösungen, die die Schwerpunkte – wie sie im ISG-Plan aufgeführt werden – behandeln, werden im folgenden dargestellt und sind Auszüge aus zahlreichen Care Management Programmen.

*Wahrung der Unabhängigkeit nach einer Krankenhausentlassung oder einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes:* Ebenen der häuslichen Pflege; Bereitstellung eines flexiblen Care Managements sind Schlüsselfaktoren.

*Hauptarten einer Intervention:* Einkaufsdienste; häusliche Pflege; ambulante Betreuung; tägliche Mahlzeitendienste sowohl mittags als auch abends.

*Bedarf der Klienten:* ADL Probleme, kognitive Störungen und assoziiertes ADL mit Verhaltensstörungen; Stresssituationen für pflegende Familienangehörige; Verlust der Kontrolle über das eigenen Leben.

*Unterstützung durch die Familie/ Nachbarn:* Regelmässige und verlässliche Unterstützung von den Pflegern ist ein unabdingbares Element, das die Integration der Leistungen in verlässliche, ausreichende und effektive Pflegepakete gewährleistet. Damit wird sichergestellt, dass kein kritischer Bedarf oder Zeitpunkt missachtet wird. Die Reihenfolge der Pflegequellen müssen in ein abgestimmtes und angemessenes Paket integriert werden, wobei die effektive Kommunikation über diese Abstimmung in den Verantwortungsbereich des Care Managers fällt. Ein Pflegeplan in Form eines wöchentlichen Zeitplanes, der die jeweiligen Beiträge im Hinblick auf Zeit und Aufgaben den verschiedenen Parteien zuweist, kann sehr wertvoll sein.

*Determinanten der individuell zugeschnittenen Pakete:* Das Ausmass der Ressourcenkontrolle durch den Care Manager; die Anzahl der Fälle für den Care Manager; Können und Training der Care Manager zur Überwachung der Leistungen und in der Unterstützung.

*Bereitstellung von lokalen Leistungen:* Verglichen mit dem nationalen Standard verfügt das Gebiet C über keinen besonders hohen Anteil an Leistungsangeboten für Ältere. Dennoch verfügt es über einen überdurchschnittlichen Grad an Innovationen – fachmännische Einkaufsdienste für Ältere; Assessment der hilfebedürftigen Älteren in der Kurzzeitpflege eines Pflegeheims; fachmännische Schemata zur Krankenhausentlassung; Mahl-

zeitendienste während des Tages und in der Nacht, sieben Mal wöchentlich; grundlegende Versorgung mit häuslicher Pflege –, die für das VK als Ganzes untypisch sind.

*Einfluss der Familie, der Wohnungs- und finanziellen Situation der älteren Person:* Die Bereitschaft der Familie, die Unterstützung fortzusetzen, kann ein wichtiger Bestandteil des für die kommunale Pflege sein, insbesondere in Fällen mit Alzheimer. Die Möglichkeit einer Unterbringung bei Spezialisten eignet sich besser für kosten-effektivere Lösungen in der häuslichen Pflege als in Fällen, in denen diese Möglichkeit nicht gegeben ist. Trotzdem ist in der Politik und Praxis die Trennung zwischen Unterbringung bedarfs und der Versorgung mit sozialer Pflege grösser als die Trennung der gesundheitlichen und sozialen Pflege. Die finanzielle Situation älterer Personen kann Einfluss darauf haben, ob die Pflege ausserhalb der traditionellen, öffentlich angebotenen Dienste erworben wird. Ausserdem ist davon auch abhängig, ob die ältere Person ohne vorherige Bedürfnis- und Berechtigungsprüfung Zugang zu Wohn- bzw. Pflegeheimen erhält.

## 6. Schlussfolgerungen

Schlüsselfaktoren, die die Care Management Arrangements unterscheiden, wurden 1994 in einer Übersicht für das Gesundheitsministerium (Challis, 1994b) zusammengefasst und werden in der folgenden Tabelle 3 dargestellt. Das bis heute festgestellte Resultat vermittelt den Eindruck, dass eine Reihe dieser Punkte sehr beständig blieben.

**Tabelle 3: Schlüsselfaktoren bei der Entwicklung des Care Management**

1. Definition der Art, Struktur und Ziele des Care Managements
2. Einfluss externer Faktoren
3. Zielbevölkerung einschliesslich der Gruppe von Pflegebedürftigen; Methoden einschliesslich des Assessments.
4. Care Management als Prozess und intensives Case Management; die Balance zwischen diesen beiden Aktivitäten?
5. Art des Care Managements; administrativ oder eher extensiv?
6. Ortung des Care Managements; SSD, Nationale Gesundheitsdienste (NHS), extern; Zugang zu NHS Mitarbeitern.
7. Funktionsweise des Care Management; Rollenverteilung; Ausgleich zwischen Assessment und Überprüfung der Aktivitäten; Umfang der Fälle; Kontinuität; Dokumentation.
8. Einfluss auf die Anbieter; Entwicklung des Budgets; Grad der Leistungszusammenstellung.

9. Management des Care Management; Qualitätssicherung; Überwachung; Überprüfung der Bezugsgruppe (*peer group*)
10. Klarheit über organisatorische Arrangements; praktische Anreize; logische Verbindungen zwischen den Werten, Zielen, Leistungen des Care Managements.

### 6.1 Assessment

Die gesamte überprüfte Arbeit weist darauf hin, dass die Abwandlungen in den Ansätzen des Assessments weitaus grösser erscheint, als aus dem Bedarf und den Umständen der bewerteten Personen zu schliessen ist. Die Unterschiede der Assessment-Systeme innerhalb einer Gemeinde sind den meisten Ländern gemein, sogar bei der Anwendung des Standardansatzes in stationären Einrichtungen (Challis et al, 1996). Trotzdem bestehen in dem VK grosse Unterschiede nicht nur im **Inhalt** des Assessments (d.h. welche Informationen über den Bedarf von Interesse sind und wie diese aufgezeichnet werden), sondern auch in der **Form** (d.h. das Personal, das mit der Durchführung des Assessment betraut ist.). Dies gilt auch für kritische Entscheidungen wie beispielsweise darüber, ob eine Person in ein Wohn- oder Pflegeheim eingewiesen werden soll. Im Gegensatz hierzu steht die Australische Pflegereform für Ältere (*Australian Aged Care Reform*), bei der solch kritische Entscheidungen von einem multi-disziplinären „Team zum Assessment des Pflegebedarfs der Älteren“ (*Aged Care Assessment Team*) getroffen werden (Challis et al, 1995; 1998). Ein mehr standardisierter Ansatz ist zumindest zur Darstellung der Kernelemente des Assessments möglich. Dies ist insbesondere im Kontext der Entwicklung nationaler Leistungsrahmen und der Erlangung grösserer Gleichheit von Bedeutung.

### 6.2 Definition des Care Management

Die Definition des Care Management, wie sie in der offiziellen Richtlinie zum Assessment und Care Management dargestellt wird, beschreibt Care Management als „einen Prozess, der Leistungen auf den individuellen Bedarf zuschneidet. Assessment ist ein integrierter Bestandteil des Care Managements“ (Gesundheitsministerium, 1991, Seite 11). Eine derartige Definition ist weit gefasst und ermöglicht eine Reihe von unterschiedlichen Interpretationen. Sie steht ganz im Gegensatz zu denjenigen Definitionen, die Care Management viel spezifischer der Langzeitpflege zuordnen (Applebaum und Austin, 1990; Challis, 1994b; Challis et al, 1995).

Ein Jahr vor Herausgabe der organisatorischen und praktischen Richtlinien, bestimmte die politische Richtlinie, die gleichzeitig mit der Kommunalen Pflegereform (*communal care reform*) herausgegeben wurde, drei Stadien des Care Management Systems. 1.) ein Assessment der Situation des Pflegebedürftigen einschliesslich der Unterstützung, die von den Pflegern benötigt wird. 2.) die Verhandlung über das Pflegepaket mit den Pflegebedürftigen, den Pflegern und den wichtigen Einrichtungen, um den ermittelten Bedarf mit den verfügbaren Ressourcen decken zu können. 3.) Umsetzung und Überwachung des festgelegten Paketes, incl. einer Überprüfung der Ergebnisse und jegliche notwendige Überarbeitung der geleisteten Dienste (Gesundheitsministerium 1990). Eine weitere Richtlinie wies sieben Ziele in dem Care Management Prozess aus: die Veröffentlichung von Informationen, die Umsetzung eines Pflegeplans, die Überwachung und Bestimmung der Assessmentstufe, die Ermittlung des Bedarfs, die Pflegeplanung und die Überprüfung. Eine Reihe von Punkten werden in dieser (SSI/ SWSG, 1991a) Definition impliziert, die einen bedeutenden Einfluss auf die Umsetzung der Care Management Angebote hatte. Die Definition und die begleitende Richtlinie ermöglichten den Lokalbehörden einen beachtlichen Ermessensspielraum bei der Entwicklung von Care Management Angeboten, was zu erheblichen Unterschieden zwischen den Lokalbehörden führt. Ausserdem führte der Schwerpunkt, der auf die Befolgung der spezifischen Grundelemente gelegt wurde, dazu, dass die Lokalbehörden in einem frühen Stadium der Implementation sich stärker auf diese einzelnen Einheiten konzentrierten als auf das oben dargestellte Gesamtkonzept, in dem Care Management als ein Modell der Langzeitpflege gesehen wird (Challis, 1994b; Challis et al, 1995). Zudem wirkt eine allgemeine Definition des Care Management der Zielsetzung des Care Management auf klar abgegrenzte Personengruppen entgegen.

Allem Anschein nach existiert keine gemeinsame und übereinstimmende Definition des Care Management, die von den Einrichtungen gemeinsam benutzt wird. Ohne diese Definition mag es erscheinen, dass das Care Management keine grössere Bedeutung hat als ein Prozess, durch den Personen durch eine grosse Pflegeeinrichtung geschleust werden. Dies führt uns zurück zu der Frage, ob die Bezeichnung Care Management lediglich auf spezifische Aktivitäten angewandt werden soll, oder ob es klar unterschiedene Arten des Care Managements für unterschiedliche Situationen geben sollte. Einem umfassenden Begriff fehlt derzeit die zulängliche Bestimmtheit und Nützlichkeit.

### 6.3 Unterscheidung des Care Managements

Ohne weitere Spezifizierung der Definition ist es schwierig, die erkennbar effektive Durchführung des Care Managements aus Übersee auf den Kontext des VK zu übertragen. Dies kann grundlegend zu der Tatsache beitragen, dass die meisten unabhängigen Untersuchungen zum Care Management anderswo sich auf ein Care Management konzentrieren, das auf die Schwerstpflegebedürftigen ausgerichtet ist, um die Balance der Pflege zu verändern. Die Formen des Care Management, die in dem VK evident sind, sind sehr unterschiedlich und die Bezeichnung ist nicht ausreichend spezifiziert. Eine angemessenere Form der Definition ist nötig, wobei eine davon in Challis et al (1995) zu finden ist. Ein ähnlicher Ansatz zur Definitionsklarheit wird in dem Bericht des Chefspektors des Sozialen Dienstes offensichtlich.

Die meisten Dienstleistungen des Care Management sind auf solche Personen ausgerichtet, denen die Einweisung in eine stationäre Pflegeeinrichtung bevorsteht. Dies spiegelt eine Politik der „nach unten gerichteten Substitution“ wieder, die von diversen Gemeinschaften verfolgt wird. Wenn dennoch akzeptiert wird, dass Case Management durch individuelle Arbeiter, die zu Case Managern bestimmt werden, nur für diejenigen Personen mit komplexen oder hohem Bedarf von Bedeutung ist, die beispielsweise an verschiedenen Störungen leiden und zahlreiche Dienste in Anspruch nehmen oder eine Langzeitpflege benötigen, dann ist es wichtig, sich darüber im Klaren zu sein, wie die Dienste für andere weniger abhängige ältere Personen, die lediglich soziale Pflegedienste benötigen, organisiert werden sollen. Das politische Dokument des Vereinigten Königreiches „Pflege und Sorge für Ältere“ (Cm 849) impliziert, dass die Prinzipien des Care Managements auf jegliche kommunale Pflege angewandt werden soll. Vorausgesetzt, dass belegt werden kann, dass trotz sorgfältiger Zielsetzung der Care Management-Leistungen wenig der allgemeinen Unkosten eingespart werden können – trotz Verbesserungen in der Wohlfahrt (Challis and Davies, 1986; Challis et al, 1988; Challis et al, 1990 und 1991a, b; Kemper, 1988) –, dann wird das Case Management mit seinen unvermeidlichen laufenden Kosten der Care Manager für diejenigen, die einen geringeren Bedarf haben, relativ kostenintensiv sein.

Deshalb ist es, zumindest wenn die Prinzipien des Care Management in der Pflege der hilfebedürftigen Personen angewandt werden, wichtig, zwischen einerseits dem „intensivem Case Management“ (d.h. der Versorgung mit dazu bestimmten Case Managern für diejenigen mit einem hohen und komplexen Bedarf) und andererseits dem effektiveren organisatorischen Assessment-Prozess, der individuellen Pflegepläne und regelmässigen Über-



prüfungen zu unterscheiden, so dass die Kernaufgaben für alle anderen Leistungsempfänger effektiv durchgeführt werden können (Challis, 1994). Die Definition der Grenzen zwischen dem Care Management, das durch dazu bestimmte Care Manager geleistet wird, und anderen Leistungsempfängern wird unweigerlich durch sowohl eine politische Definition und die Bedarfsfaktoren, als auch die Ressourcen wie beispielsweise die Verfügbarkeit ausgebildeter Mitarbeiter festgelegt. Zur Entwicklung eines rationalen Leistungssystems ist es dringend erforderlich, die komplette Trennung der geleisteten Dienste für die weniger Hilfebedürftigen von den Diensten für stärker Hilfebedürftige zu vermeiden und somit ein Wechselspiel zu ermöglichen. Ein Fehlschlag diesbezüglich würde zu neuen „Grenzstreitigkeiten“ innerhalb der Pflege und folglich zu einem Verlust der kontinuierlichen Pflege führen. Dieses grundlegende Problem steht im Mittelpunkt der Einführung des Care Management in die soziale Pflege, da es für seine Kapazität von Bedeutung ist, die Zugangsmöglichkeiten zur stationären Pflege zu beeinflussen. Die praktische Lösung gestaltet sich jedoch weit schwieriger, als das Dokument der Anhörungs-Kommission (*Audit Commission*, 1992b) andeutet:

„Das Arrangieren und Koordinieren der Hilfspakete, das mehr als eine Einrichtung involviert, ist offensichtlich eine Aufgabe für die Care Manager, wobei viele Behörden entscheiden können, dass diese auch die weniger komplexen Fälle behandeln sollten.“ (§86)

Der Mangel an Klarheit auf diesem Gebiet kann zu einem Prozess in der Definition des Care Management führen, der als eine Variante des „alten Weines in neuen Flaschen“ beschrieben werden könnte. So ist es unwahrscheinlich, dass es zu einer Neugestaltung der Dienste oder einer inhaltlichen Verbesserung der häuslichen Pflege kommen wird. Buglass (1993) zitiert den Bericht einer Schottischen Behörde:

„Zur Zeit der Erscheinung des Weissbuchs wurde der Schwerpunkt auf den Bedarf an *Care Managern* gelegt. Dieser Schwerpunkt verlagert sich nun auf das System des *Care Managements*. Die Definition, die auf das Care Management angewandt wird, umfasst die gesamte Vielfalt der bestehenden Leistungen. Z.B. werden die meisten Grundelemente des Care Management routinemässig von einer hauswirtschaftlichen Hilfe übernommen, die einen Überblick über die Versorgung mit hauswirtschaftlichen Diensten hat. Diese Hilfe könnte folglich als Care Manager betrachtet werden.“ (Seite 39).

Es kann auch sein, dass ein Großteil des Care Management lediglich eine neue Beschreibung für die bereits bestehenden sozialen Arbeitsteams dar-

stellt, und die Durchführung nicht ausreichend an den Modus angepasst ist, der auf die verschiedenen Bedarfsstufen der Pflegebedürftigen reagiert.

Der letzte Jahresbericht der Sozialdienst-Inspektionsbehörde konzentriert sich nicht nur auf die Umsetzung des Assessments und der Care Management Angebote durch die Lokalbehörden, sondern auch auf die Schwierigkeiten, diese Arbeitslast zu bewältigen. Zum Teil liegt dies an der missglückten Trennung der Ebenen der Intervention. Die Schlussfolgerung auf Grundlage dieser Überwachung lautete, dass kein einzelnes Modell des Care Managements alle Bedarfsstufen oder Empfängergruppen abdecken kann. Vielmehr wurden drei Formen des Care Management bestimmt, die notwendig sind, um einen integrierten und umfassenden Ansatz zu gewährleisten: 1.) die administrative Form, die von Aufnahme- und/ oder Kundendienstmitarbeitern vorgenommen wird und Information und Beratung bietet; 2.) eine koordinierende Form, die die zahlreichen Anfragen behandelt, die entweder einen einzelnen Dienst oder eine Reihe von unkomplizierten Diensten benötigen, die auch ordentlich geplant und verwaltet werden müssen; 3.) eine intensive Form mit einem dazu bestimmten Care Manager, der die Planung und Koordination mit einem Therapeut abspricht, also eine unterstützende Funktion für Hilfeempfänger mit komplexem und sich häufig ändernden Bedarf. Die Schlussfolgerung lautete: „das wichtigste Ziel ist die Gewährleistung, dass Care Management an diejenigen Personen gerichtet ist, die es benötigen, und dass die Entscheidungen sowohl über die Qualifikation von Mitarbeitern, die eingesetzt werden, als auch über die Überwachung und Überprüfung der Angebote dies reflektieren.“ (SSI, 1997, Seite 30). Eine logische Folge hiervon ist, dass die Sozialämter weiterhin die Leistungsanbieter in der Rolle der Überwachung und Überarbeitung von Pflegeplänen hinzuziehen müssen, wobei ein fortgesetztes Care Management unnötig wäre (SSI, 1997). Diese wichtige Feststellung, die eine logische Übereinstimmung aufweist, wenn sie im Zusammenhang mit den Ergebnissen einer aufwendigen Care Management-Untersuchung gesehen wird, bietet einen Rahmen für die weitere Entwicklung der Care Management Angebote in England.

Eine bessere Differenzierung entweder der Ebenen des Care Management oder zwischen intensivem Care Management und anderen sozialen Pflegelösungen kann auch zur Unterstützung in der Verwaltung der Arbeitskräfte für das Care Management beitragen. Die Beziehung zwischen dem Care Management und den Sozialarbeitern erscheint nicht ausreichend dargestellt und eine deutlichere Spezifizierung des Bindeglieds zwischen der Zusammensetzung der Mitarbeiter und des Modells des Care Management könnte zur Verbesserung der Effizienz beim Einsatz der Arbeitskräfte beitragen.

#### **6.4 Koordination und Entwicklung der Dienstleistungen**

Care Management übernimmt die Verantwortung für Koordination und Integration des unvollständigen Pflegesystems auf Micro-Ebene. In der Literatur wird hier häufig die Funktion der Leistungsentwicklung gesehen, die aber in dem Vereinigten Königreich zurückbleibt. Die Entwicklung der Leistungen kann entweder direkt durch die Care Management Teams erfolgen oder indirekt durch ein Feedback, das durch Bestandteile der Verträge gewonnen wird. Die Entwicklung der Leistungen wurde wahrscheinlich von den Einrichtungen vernachlässigt, und selbst wenn die Serviceformen (durch Markt-Stimulation) entwickelt wurden, ist der Leistungsinhalt weniger ein Thema der Entwicklung. Aspekte der Leistungsentwicklung im Care Management könnten durch die derzeitige Konzentration auf die Entwicklung der Rehabilitationsangebote eine grössere Bedeutung erlangen (DoH, 1997).

#### **6.5 Vernetzung der Tagesordnung in der Gesundheits- und Sozialpflege**

Obwohl das Care Management in dem Vereinigten Königreich mit dem Assessment als einem der Eckpfeiler zur Umsetzung der Politik der Pflege in der Gemeinde verbunden wird, waren die exakten Beiträge der Gesundheitspflege und insbesondere der sekundären Gesundheitspflegedienste, wie z.B. die geriatrische Medizin und die Alterspsychiatrie, zu diesem Prozess nicht eindeutig spezifiziert und obliegen somit den lokalen Arrangements. Ein ziemlicher Mangel an Klarheit besteht bei dem angemessenen Einfluss der Fachkräfte in der Gesundheitspflege auf den Assessment-Prozess, noch weniger Klarheit herrscht im Care Management Prozess. Ausser auf dem Gebiet der mentalen Gesundheit, bei dem die nationale PSSRU Studie wenig Hinweise auf Gemeinsamkeiten in den Care Management Angeboten fand. Care Management Systeme – begriffen in der Isolation der Einrichtungen und dem Mangel an Zugang zu angemessenen Kenntnis für Assessments – sind selten sehr effektiv, insbesondere wenn es sich um Individuen mit einem komplexen Hilfebedarf (Wörtl.: mit komplexen Problemen) handelt. Die Integration der Bereitstellung von Gesundheits- und Sozialpflege auf der Basis von differenzierten Care Management bietet fruchtbarere Möglichkeiten (Challis et al, 1998) und stimmt völlig mit den neuen politischen Initiativen wie dem Diskussionspapier „Partnerschaft in Aktion“ („*Partnership in Action*“) überein, das darauf abzielt, die Grenzen der Zusammenarbeit zu reduzieren, um gemeinsame Budgets, leitende Bevollmächtigte und eine integrierte Versorgung zu ermöglichen (Gesundheitsministerium, 1998). Eine vertikale Integration der Gesundheits- und Sozialpflegesysteme, die sich auf bestimmte Bedarfsgruppen konzentrierte

– wie z.B. derjenigen, die an Demenz leiden – könnte geeignete Verbindungen zwischen dem Care Management und der Rehabilitation herstellen, der sekundären Gesundheitspflege und der Sozialpflege, und dadurch die Tagesordnung, die als „Besserer Service für Hilfebedürftige Personen“ („*Better Services for Vulnerable People*“) formuliert wurde, fördern. Auch eine effektive Zusammenlegung der Budgets um diese allgemein wichtige Komponente könnte erreicht werden, um mögliche Verzerrungen zu vermeiden, die auftreten können, wenn die Ressourcen der Gesundheits- und Sozialpflege integriert werden (Challis et al, 1998). Dennoch bedarf jede Art der Integration, die gewählt würde, einer langen, vorsichtigen Planung. Eine Integration der Finanzierung der akuten und langfristigen Pflege könnte zu falschen Ergebnissen führen, die aufgrund der relativen Stärke der zwei Pflegearten die Langzeitpflege weiter benachteiligen könnten.

## **6.6 Abschließende Betrachtungen**

Bei dem Versuch, die Nachforschungen des ISG bezüglich des Case Management zu beantworten, wurden Informationen aus einer Reihe von PSSRU Studien zum intensiven Care Management und aus der nationalen PSSRU Studie „Skizzierung und Evaluation der Care Management Angebote für ältere Menschen und diejenigen mit mentalen Problemen“. Nach Beratung mit den Mitarbeitern des ISG wurde die laufende Fallstudie durch eine Lokalbehörde des Sozialamtes innerhalb der nationalen PSSRU Studie gewonnen und in den Kontext nationaler Daten gesetzt. Der Vorteil liegt darin, dass aktuelle Informationen mit komparativen Daten zur Verfügung gestellt werden. Der Nachteil liegt jedoch darin, dass eine sehr breite Definition des Care Management wiedergespiegelt wird, die in dem Vereinigten Königreich nach den kommunalen Pflegereformen angewandt wurde. Diese breite Definition macht Vergleiche mit Informationen aus anderen Ländern schwierig, da Care Management Projekte dort häufig auf Risiko-Gruppen in der Bevölkerung gerichtet sind. Für den Fall, dass eine engerer Vergleich von dem Vereinigten Königreich gefordert wird, wird empfohlen, das Material aus den PSSRU Studien zum intensiven Care Management heranzuziehen.

## Bibliographie

- Applebaum, R. and Austin, C. (1990) *Long Term Care Case Management: Design and Evaluation*, Springer, New York.
- Buglass, D. (1993) *Assessment and Care Management: A Scottish Overview of Impending Change*, Community Care in Scotland Discussion Paper No: 2, Social Work Research Centre, University of Stirling.
- Challis, D. (1992) Community care of elderly people: bringing together scarcity and choice, needs and costs, *Financial Accountability and Management*, 8, 77-95.
- Challis, D. (1993) Case management in social and health care: Lessons from a United Kingdom program. *Journal of Case Management*, 2 (3), 79 – 90.
- Challis, D. (1994a): Care Management, In: N. MALIN (ed) *Implementing Community Care*, Buckingham: Open University Press.
- Challis, D. (1994b) *Implementing Caring for People. Care Management: Factors Influencing its Development in the Implementation of Community Care*, Department of Health, London.
- Challis, D. and Davies, B. (1986) *Case Management in Community Care: An Evaluated Experiment in the Home Care of the Elderly*, Gower, Aldershot.
- Challis, D., Chessum, R., Chesterman, J., Lockett, R. and Woods, R. (1988) Community care for the frail elderly: an urban experiment, *British Journal of Social Work*, 18 (suppl), 13 – 42.
- Challis, D. Chessum, R., Chesterman, J. Lockett, R. and Traske, K. (1990) *Case management in social and health care*, Personal Social Services Research Unit, Canterbury.
- Challis, D., Davies, B. and Traske, K. (1994) Community Care: Immediate Concerns and Long-Term Perspectives, In: CHALLIS, D., DAVIES, B., and TRASKE, K. (eds) *Community Care: New Agendas and Challenges from the UK and Overseas* Aldershot: Arena.
- Challis, D., Darton, R., Johnson, L., Stone, M. and Traske, K. (1995) *Care Management and Health Care of Older People*, Arena, Aldershot.
- Challis, D., Carpenter, I. and Traske, K. (1996) *Assessment in Continuing Care Homes: Towards a National Standard Instrument*, PSSRU/Joseph Rowntree Foundation, Canterbury, Kent.

- Challis, D. and Warburton, R. (1996) Performance Measurement in Social Care of Older People, *Care Plan*,
- Challis, D., von Abendorff, R., Brown, P. and Chesterman, J. (1997) Case management and dementia: an evaluation of the Lewisham Intensive Case Management Scheme, in Hunter, S. (ed.) *Dementia Challenges and New Directions, Research Highlights in Social Work 31*, Jessica Kingsley, London.
- Challis, D., Darton, R. and Stewart, K. (eds) (1998) *Care Management, Secondary Health Care and Community Care*, Ashgate, Aldershot.
- Challis D., Darton, R., Hughes, J., Huxley, P. and Stewart, K. (1998) Emerging Models of Care Management for Older People and those with Mental Health Problems in the UK, *Journal of Case Management*, Vol 7, no 4 p153-160.
- Challis, D., Darton, R., Hughes, J., Stewart, K. and Weiner, K. (1998) *Care Management Study: Report on National Data*, London: Department of Health
- Cm 849 (1989) *Caring for People: Community Care in the Next Decade and Beyond*, HMSO, London.
- Cm 4169 (1998) *Modernising Social Services*, The Stationery Office, London.
- Davies, B. and Challis, D. (1986) *Matching resources to needs in community care*, Gower, Aldershot.
- Department of Health (1990) *Community Care in the Next Decade and Beyond: Policy Guidance*, HMSO, London
- Department of Health (1998) *Partnership in Action*, Department of Health, London.
- Gostick, C., Davies, B., Lawson, R. and Salter, C. (1997) *From Vision to reality: Changing Direction at the Local Level*, Ashgate, Aldershot.
- Kraan, R. J., Baldock, J., Davies, B., Evers, A., Johansson, L., Knapen, M., Thorslund, M. And Tunissen, C. (1991) *Care for the Elderly: Significant Innovations in Three European Countries*, Campus Publications PLC, Frankfurt am Main and Westview, Boulder, Colorado.
- Social Services Inspectorate/Social Work Services Group (1991a) *Care Management and Assessment: Managers Guide*, HMSO, London.

- Social Services Inspectorate/Social Work Services Group (1991b) *Care Management and Assessment: Practitioners Guide*, HMSO, London.
- Social Services Inspectorate (1997) Better management, better care, *Sixth Annual Report of the Chief Inspector Social Services Inspectorate 1996/97*, HMSO, London.
- Stewart, K., Challis, D., Carpenter, I. and Dickinson, E. (1999) Assessment in Social Care of Older People, *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 14, 147-156.

## **Diskussion des Berichtes aus dem Vereinigten Königreich**

### **Wendt:**

Ich möchte besonders auf das Gesetz „The Carers‘ Act“ hinweisen, das es in Großbritannien seit 1995 gibt. Dort ist ausdrücklich vorgesehen, dass die Pflegepersonen, also die Angehörigen, ein eigenständiges Recht auf Assessment, auf Hilfeplanung und auch auf finanzielle Unterstützung haben. Das ist, glaube ich, ein ganz großer Vorzug, dass man hier die Angehörigen extra in einem Gesetz bedenkt. Wir haben zwar in anderen Gesetzen, z.B. im deutschen Pflegeversicherungsgesetz, auch vorgesehen, dass die Angehörigen zu unterstützen sind, aber in ihrer eigenständigen Rechtsstellung ist dieses englische Gesetz vorbildlich. Wie auch immer das dann auf lokaler Ebene jeweils umgesetzt wird, da mag es Unterschiede geben; aber vom Ansatz her finde ich es sehr gut, dass die Angehörigen selber ein eigenständiges Recht auf Assessment und Unterstützung haben.



## **Abschlussdiskussion**

### **Engels:**

Wir sind jetzt in unserer letzten Phase angelangt, wo sich vielleicht Einiges gesetzt hat, wo aber vielleicht auch manchem noch ein Punkt in Erinnerung gekommen ist, den er gerne anmerken möchte. Wir sollten bei Allem, was wir jetzt in der letzten uns zur Verfügung stehenden Zeit besprechen, eine Frage vor Augen haben, nämlich: Was ist die Essenz unserer Arbeit? Was ist das Wesentliche all dieser vielen Aspekte, die wir bisher besprochen haben? Und was können wir empfehlen? Was wäre wichtig beispielsweise für ein Land, das bereit wäre, eine Case Management-Struktur gesetzlich zu verankern, was sollen wir diesem Land an Empfehlungen mitgeben?

### **Scheib:**

Ich möchte der Kollegin aus Israel eine Frage zum Stichwort „Migration“ stellen. Denn in der Bundesrepublik müssen wir sozialpolitisch damit rechnen, dass die Zahl der älteren Migranten, die in der Bundesrepublik alt werden und dort ihren Lebensabend verbringen werden, zunehmend steigt – im Jahr 2010 auf etwa 1,5 Mio. Personen. Verschiedene Untersuchungen haben sehr deutlich belegt, dass ältere Migranten kaum über Informationen über das soziale, gesundheitliche und sonstige Versorgungssystem in dem ihnen fremden Land verfügen, selbst wenn sie schon mehrere Jahre dort leben.

In der Fachdiskussion wird darüber geredet, dass es wichtig wäre, muttersprachliches Fachpersonal in der Altenpflege zu beschäftigen, um die bestehenden Zugangsbarrieren für Migranten zu den Systemen der Altenhilfe zu überwinden, und dass so etwas wie „interkulturelle Kompetenz“ gelernt werden müsste. Das würde dann auch für den Case Manager zutreffen, denn: Wie will er ein Assessment durchführen, wie bekommt er überhaupt Zugang zu den Migranten, wenn er nicht über diese interkulturelle Kompetenz verfügt?

Ich vermute, dass sich Probleme dieser Art in der Bundesrepublik zunehmend zuspitzen werden und dass darauf altenpolitisch reagiert werden müsste. Mir ist bekannt, dass in den Niederlanden gerade für diese Personengruppe schon ganz gute Konzepte, auch mit partizipatorischen Grundlagen, entwickelt wurden. Dann wäre es interessant, vielleicht auch von der Kollegin in Spanien zu hören, wie sich das dort darstellt. Und insbesondere gilt meine Nachfrage Ihren Erfahrungen in Israel, hauptsächlich aufgrund der hohen Zuwanderung aus osteuropäischen Staaten, und wie Sie mit die-

ser Integrationsproblematik im Rahmen der Altenhilfe und dem Case Management umgehen. Ich denke, davon könnten wir eine Menge lernen.

**Lowenstein:**

Ich kann Ihnen zu einigen Punkten Antworten geben. Ich denke dies ist sehr wichtig, und ich danke Ihnen, dass sie dieses Thema angesprochen haben.

Der erste Punkt betrifft die Informationsleistung; dies wird auf verschiedene Weise getan. Ein Weg ist, dass viele der eher unabhängigen älteren Migranten in Senioren-Clubs integriert sind. In diesen Senioren-Clubs werden die Informationen zuerst in Russisch gegeben. Dann versuchen wir, da es viele ältere Israelis gibt, die ursprünglich aus Osteuropa kommen und die Sprache noch sprechen, auf einer individuellen Basis den Immigranten bei der Organisation von Dienstleistungen zu helfen, indem jeweils ein Israeli einen neuen Immigranten adoptiert. Das ist ein Weg.

Ein anderer Weg geht über die Allgemeinkrankenhäuser, die, wie ich erwähnte, wohnortnah verbreitet sind. Auch dort gibt es Informationen auf Russisch und es soll zumindest ein Teil der Mitarbeiter Russisch sprechen können.

Unsere Erfahrungen im Case Management, aber auch in den Sozialämtern, sind zweifach: In vielen Fällen sind die Sozialarbeiter Israelis und sprechen die Sprache nicht, dann werden sie von Übersetzern unterstützt und zu den Hausbesuchen begleitet. Denn bei jeglichem Kontakt zu den Älteren treten sonst Kommunikationsschwierigkeiten auf. Es ist natürlich nicht die optimale Lösung, da es besser ist, direkt zu kommunizieren, aber es ist besser als gar keine Kommunikation.

Ein anderer Lösungsweg ist, in den Schulen für Sozialarbeit und Krankenpflege so viele Fachkräfte aus der ehemaligen Sowjetunion und aus Äthiopien auszubilden wie möglich. Sie erhalten Crash-Kurse in Hebräisch und Unterstützung während ihres Studiums, so dass wir mehr Mitarbeiter haben, die die Sprache der Immigranten sprechen. Es gibt natürlich hier und da noch Barrieren, aber wir versuchen, sie zu überwinden.

Ich möchte noch einen Punkt hinzufügen, wenn ich schon über den nationalen Kontext spreche. Ich denke, dies ist ein Thema, das in der Diskussion erörtert wurde: Die Rolle der Familie. Wir haben verschiedentlich gehört, dass in einigen Ländern die Familienangehörigen nicht verpflichtet sind, Pflege zu leisten, in anderen Ländern ist es umgekehrt. Und dies muss natürlich bei der Rolle der Pflegeperson mit berücksichtigt werden: Werden

diese als verantwortlich gesehen? Wie sehr bezieht man die Pflegepersonen mit ein, und wie viel Unterstützung erhalten sie? Sollten wir dem britischen Modell folgen und eine Unterstützung für Pflegepersonen gesetzlich verankern?

**Wendt:**

Ich möchte noch einmal dafür plädieren, bei der komparativen Darstellung, wie das Case Management eingesetzt wird, mehr Aufmerksamkeit auf die Vorphase vor dem Assessment zu legen, also auf das, was man im Englischen mit *outreach* bezeichnet. Dies muss man aber noch weiter differenzieren, nämlich in der Unterscheidung von *outreach*, *access* und *intake*, was zugleich eine Unterscheidung von Makro-, Meso- und Mikro-Ebene impliziert.

*Outreach* heißt zunächst einmal, dass man sich auch im lokalen Bereich darum kümmert, die Bürger zu erreichen, die berechtigt wären oder bedürftig sind; und was man dafür tut, um sie zu erreichen. Auf der Mesoebene geht es darum, wie die Zugangsgestaltung konkret aussieht. Und zuletzt, was das *intake* betrifft, bleibt die Entscheidung, welche Personen man in das Case Management herein nimmt – das wurde ja mehrfach angesprochen, die Entscheidung, sich auf komplexe Fälle zu konzentrieren, oder sich auf besonders schwierige Fälle oder auf gerontopsychiatrische Fälle zu konzentrieren etc.

An dieser Stelle fallen Entscheidungen, und das muss extra ausgewiesen werden. Isofern ist diese erste Phase im Case Management im Hinblick auf das, was danach abläuft, ziemlich wichtig. Denn damit hat man entschieden, inwieweit man Case Management macht und wie weit es reicht.

Das ist das eine, und noch aus einem anderen Grunde ist diese Vorphase wichtig, die zum Case Management selber gehört, aber über das individuelle Case Management hinausgeht. Im Hinblick auf die Endphase sollte ich von Anfang an vorsehen, dass ich eine gewisse Zeit begleite und dann einen Abschluss habe. Das wird auch wieder unterschiedlich gestaltet, auch hier gibt es eine Makroebene, und die haben wir bisher nicht angesprochen oder kaum explizit gemacht: nämlich das, was man im Englischen *accountability* nennt, die Rechenschaftslegung. Die bezieht sich nämlich auf die erste Phase (weshalb diese Vorphase auch wieder so wichtig ist), die Case Management-Stelle muss am Schluss darüber Rechenschaft ablegen. Dafür ist eine entsprechende Dokumentation nötig, dazu muss ich über die Einzelfälle Bescheid wissen, aber auch im Ganzen sehen, ob ich die Bürger erreiche, ob ich die besonders schwierigen Fälle erreiche. Das muss ich

darstellen können, um im lokalen Kontext den Erfolg des Case Managements auszuweisen. Also auch diese Schlussphase, die ja an sich kein Schluss ist, sondern die nur den Bogen spannt über das Ganze, die müsste ich gesondert berücksichtigen und sollte auch bei der komparativen Darstellung einen besonderen Raum haben, inwieweit im Case Management sowohl die Dokumentation als auch die Rechenschaftslegung vorgesehen ist. Dies kann im Rahmen einer Sozialberichterstattung oder eben auch einer Gesundheitsberichterstattung erfolgen, je nach dem, wie das Case Management zugeordnet ist, im Hinblick auf die Prüfung des Erfolgs und natürlich nachher auch im Hinblick auf einen möglichen weiteren Ausbau des Verfahrens.

Mein Plädoyer ist also, dass man bei der Darstellung der einzelnen Dimensionen vor dem Assessment die Prozeduren des Erreichens der Bürger und des Zugangs zum Case Management näher beleuchtet und auch zum Abschluss des Case Managements die Art der Verantwortlichkeit und der Rechenschaftslegung deutlicher macht. Gerade in diesem letzten Bereich ist, glaube ich, noch sehr viel zu tun.

**Cappell:**

Ich halte das auch für einen ganz wichtigen Aspekt, den Professor Wendt gerade angesprochen hat. Wobei das Case Management je nach institutioneller Einbettung ja auch Definitionsfragen aufwirft. Wir haben das in Hamburg erlebt, wo wir ja versuchen, Case Management in einer schon bestehenden Regelstruktur zu implementieren. Wir können zwar sagen: Das ist ein Fall mit komplexem Hilfebedarf; was hier passiert, ist „Case Management“; aber die Tätigkeit stellt sich als Kontinuum dar, von der einfachen Telefonberatung bis zur einfachen Vermittlung eines Dienstes bis eben zu sehr komplexen Fällen. Und in der Darstellung kann man dann eigentlich nur ab einem bestimmten Punkt sagen: Das war wohl „Case Management“, weil sich das als ein sehr komplexer Fall erwiesen hat, und bei anderen Fällen haben wir mit einfacher Beratung oder Vermittlung auch unsere Arbeit getan. D.h. ich denke, immer dann, wenn versucht wird, Case Management in Regelstrukturen einzubauen (auch wenn es, wie in Luxemburg, darum geht, dass es immer und regelhaft diese Begutachtung gibt), dann wird es sehr schwierig zu sagen, ab wann „Case Management“ stattfindet.

Anders ist es, wenn es an einer bestimmten Stelle angesiedelt ist wie in Belgien, wo man klar sagt: Das sind Fälle, die wir an unseren Case Manager übergeben, weil die uns sehr schwierig scheinen.

**Engels:**

Wir hatten in früheren Diskussionen in diesem Zusammenhang gesagt: Wir müssen unterscheiden zwischen einerseits Case Management als *Prozess* oder als *Verfahren* und auf der anderen Seite Case Management als *Struktur*. Das würde an diesem Punkt den Unterschied ausmachen: Wenn wir nur Case Management als Verfahren betrachten, unabhängig von irgendwelchen Strukturen, dann werden wir nie ganz sicher sein, wo und in welcher Form jetzt wirklich Case Management stattgefunden hat.

Ich könnte mir vorstellen, dass der Aufbau einer klar erkennbaren Case Management-Struktur, mit bestimmter personeller Besetzung und bestimmtem Aufgabenprofil, diese Funktion deutlicher macht. Dann kann es auch sein, dass diese Case Management-Stelle nicht immer in jedem Einzelfall einen gesamten Case Management-Prozess durchführt, sondern dass es vielleicht manchmal nur um eine kurze Beratung geht oder nur um eine telefonische Information. Das wäre dann vielleicht nicht in jedem Falle ein umfassendes Case Management-Verfahren, aber es wäre dann auf jeden Fall klarer zuzuordnen, was an Leistungen, was an Erfolgen oder auch vielleicht Misserfolgen einer bestimmten Case Management-Struktur zurechnen ist.

**Cappell:**

Ich denke, es ist sehr abhängig von den institutionellen Rahmenbedingungen, ob das ein Weg ist oder ob man damit nicht der Fragmentierung des Hilfesystems noch einen weiteren Bruch hinzufügt, indem man separat, neben einfacher Beratung, noch eine Case Management-Struktur einführt.

**Engels:**

Wenn es zu einer weiteren Fragmentierung führen würde, wäre dies allerdings ein Problem. Dann, denke ich, wäre es aber kein richtig verstandenes Case Management – denn das müsste man schon als Grundfunktion festschreiben: Eine solche Struktur hat nur dann Sinn, wenn sie hilft, Fragmentierungen zu überwinden und getrennte Leistungsprozesse, vielleicht auch getrennte Beratungsprozesse zu bündeln; andernfalls wäre es sicherlich keine hilfreiche Strukturweiterung.

**Schoellen:**

In Luxemburg gibt es regional angesiedelte Beratungsstellen, die vor allem mit Sozialarbeitern besetzt sind. An sich ist das die erste Anlaufstelle für Leute, die soziale Probleme und Pflegeprobleme haben. Wir (von der Pfl-

geversicherung) haben sehr viel Kontakt mit diesen sozialen Stellen, sie vermitteln uns auch Leute, wenn sie z.B. merken, dass diese noch keinen Antrag bei der Pflegeversicherung gestellt haben. Die Vermittlung verläuft größtenteils auf regionalem Gebiet, weil diese Stellen auch relativ praxis- und terraingebunden sind, d.h. sie sind regional angesiedelt, kennen auch die Situationen vor Ort, kennen die Familien, kennen die Problematik.

Dies war in Luxemburg immer die erste Anlaufstelle, bevor die Pflegeversicherung da war; aber jetzt arbeiten sie mit uns zusammen, d.h. wenn sie merken, dass der Kontakt noch nicht besteht, werden uns die Leute über diese Stellen gemeldet.

**Engels:**

Dazu eine Rückfrage: War das ein problemloser Prozess, oder war das mit einer gewissen Umstellung verbunden? Denn es gibt ja häufig die Angst, dass Kompetenzen weggenommen werden, wenn eine neue Struktur aufgebaut wird.

**Schoellen:**

Ja, das war genau das Problem zu Beginn der Pflegeversicherung: sie fanden sich anfangs überflüssig. Denn vor der Pflegeversicherung gab es in Luxemburg eine „Pflegezulage“, die über diese sozialen Stellen vermittelt wurde. Die regionalen Stellen haben schon eine Bewertung bei den pflegebedürftigen Leuten zu Hause gemacht, und wenn ein gewisser Pflegebedürftigkeitsgrad festgestellt wurde, bekamen die Leute eine Pflegezulage. Das war der große Aufgabenbereich dieser Sozialarbeiter in diesen Dienststellen. Aber mittlerweile haben wir uns mehrfach mit ihnen zusammengesetzt und die Kompetenzen sind jetzt abgeklärt.

**Ramakers:**

Ich habe eine Anmerkung zur Vergleichbarkeit der evaluierten Modelle. Ich finde es problematisch, dass einige Projektpräsentationen auf einer nationalen Ebene sind, z.B. in Luxemburg die Case Management-Struktur der Pflegeversicherung, während aus den Niederlanden ein lokales, regionales Projekt dargestellt wurde. Die Datenverarbeitung und die Instrumente, die Sie im Rahmen der Pflegeversicherung nutzen, sind ja nicht zu vergleichen mit den Instrumenten der Hilfeplanung oder den Dienstleistungsverträgen in Nieuw Dordendaal. Das Niveau ist zu verschieden, das muss man bei dem Vergleich berücksichtigen. Wenn man einen Vergleich der Pflegeversicherung machen wollte, dann müsste man für die Niederlande das Gesetz über

außergewöhnliche Krankheitskosten (AWBZ) heranziehen; das ist etwas ganz anderes.

**Engel:**

Natürlich ist das etwas anderes. Aber es ging darum, darzustellen: Wenn ich die und jene Voraussetzung habe, dann kann ich das und das sehr häufig feststellen. Es ging auch darum, Gemeinsamkeiten und Verschiedenheiten festzustellen und zu begründen. Es ist völlig klar, dass ich ein kleines lokales Projekt nicht direkt neben ein nationales Projekt setzen kann; aber darum ist es ja auch so wichtig, eine Wenn-dann-Beziehung aufzustellen. Wir haben teilweise gesetzliche Verankerungen, in Großbritannien z.B. oder in der Emilia-Romagna – das sind natürlich ganz andere Zusammenhänge, und darum haben wir ja auch gesagt: Wir müssen das Ganze in den nationalen Kontext stellen, man kann das nicht einfach heraus nehmen.

**Fabrizio:**

Zwei kurze Bemerkungen zu diesem zuletzt angesprochenen Aspekt: Ich glaube, dass die vorgeschlagene Methode unter bestimmten Voraussetzungen besonders gut geeignet ist, weil so die unterschiedlichen Situationen unter verschiedenen Bedingungen verglichen werden können. Ich glaube nicht, dass es sich um den Versuch eines Vergleichs von nicht Vergleichbarem handelt, sondern vielmehr um die Entwicklung von einigen allgemeinen Punkten – aus verschiedenen Perspektiven, in unterschiedlichen Situationen und auch auf unterschiedlichen Ebenen -, die uns vielleicht helfen können, unsere verschiedenen Systeme zu verbessern.

Ein zweiter Punkt: Das Thema der Qualität von Diensten ist nach unserer Erfahrung mit anderen Instrumenten zu behandeln. Meiner Meinung nach kann eine Trennung zwischen der Kontrolle der Ergebnisse einzelner Maßnahmen und der (sagen wir einmal) „institutionellen“ Kontrolle, die demgegenüber einen allgemeinen Charakter hat und der Qualitätskontrolle der Dienste dient, sehr nützlich sein. Wir fangen an, an diesem Thema mithilfe eines Modells zu arbeiten, das auch zum Aufdecken von Mängeln in unabhängigen Stellen führen kann, was wir aus diesem Grund „Vertrauenswürdigkeit“ von Anbietern nennen. Durch diese instrumentalisierte Prüfung der „Vertrauenswürdigkeit“ wollen wir ein Mindestniveau an Qualität aller auf dem Markt bestehender Anbieter für unsere Bürger garantieren. Es gibt interessante Erfahrungen in Bezug auf den Versuch (der allerdings meiner Meinung nach sehr problematisch ist), eine Bescheinigung der Qualität durch die Norm ISO 9000 in das Netzwerk der Dienstleistungen für ältere

Personen einzuführen. Ich glaube, dies ist ein spezifisches Thema und unterscheidet sich von der „Qualitätssicherung“ (ein allgemeiner Qualitätsstandard nutzt allen Bürgern).

**Ziller:**

Das eigentlich interessante an diesem Projekt sind die unterschiedlichen Ausgangsvoraussetzungen und Rahmenbedingungen angesichts einer Problemsituation, die allen gemeinsam ist. Man kann dies nicht nur sagen in Bezug auf die nationalen Systeme, sondern auch in Bezug auf die lokalen oder regionalen Standorte im Kontext der nationalen Altenhilfesysteme. Eine demografische Entwicklung mit gewissen Unterschieden in verschiedenen Strukturräumen verursacht im Ganzen im Ergebnis eine deutliche Zunahme des älteren Teils der Bevölkerung und eine steigende Lebenserwartung mit allen Folgen, wenn auch ansonsten äußerst unterschiedliche Ausgangssituationen und Rahmenbedingungen vorliegen.

Die eigentliche Frage in der Auswertung der Berichte über die einzelnen Projekte, die uns beschäftigen muss, ist die Frage danach, ob wir uns in Bezug auf komplexe Hilfeleistungen für ältere und sehr alte Menschen gemeinsam auf einem Weg befinden, der zu vergleichbaren Methoden, Instrumenten und Zielsetzungen führt. Daraus würde die Frage erwachsen, ob aus diesen Ergebnissen Handlungsimpulse für die Weiterentwicklung der eigenen Projekte, Systeme oder auch der nationalen Gesetzgebung, wenn man so hoch greifen will, erwachsen könnten. Das wären Diskussionschritte, die ich mir für die Auswertung wünschen würde.

**Bar-Giora:**

Ich habe zwei Anmerkungen zu den Themen, die ich gerade gehört habe. Eine betrifft die Qualität der Dienste, die eben erwähnt wurde. In der bisherigen Diskussion haben wir darüber noch nicht gesprochen, aber ich denke, sie ist einer der wichtigsten Faktoren, weil wir, wenn wir beim Assessment über die Dienste entscheiden, das Wichtigste sehen müssen: Ob der Dienst gut ist und ob die Älteren auch wirklich von ihm profitieren. Wir haben in Israel ein bestimmtes System, die Dienstleistungen in Altenheimen zu beurteilen. Wir haben gerade ein Instrument fertig gestellt, um die Qualität der Tagespflegezentren messen zu können, und wir beginnen gerade damit, ein Instrument zur Beurteilung der häuslichen Pflege zu entwickeln. Ich meine die Hilfe, die Dienstleistungen, das Waschen, die Pflege, die die alten Menschen zu Hause empfangen. Wir wissen nicht wirklich, was passiert, wenn jemand zu Ihnen kommt. Deshalb entwickeln wir ein neues Messinstrument, wir versuchen die Qualität der Pflege zu kontrollieren.



Ich habe noch eine andere Anmerkung, über etwas, was zuvor gesagt wurde. Wir haben unterschiedliche Erfahrungen gehört: In einigen Ländern sind es nur Modellprojekte an einem bestimmten Ort, in einer Stadt. In anderen Ländern gibt es Gesetze, die ein Assessment und die Schritte der Pflege verpflichtend vorschreiben. Vielleicht können wir nicht darüber entscheiden, aber wir alle müssen über ein Gesetz und eine Versicherung nachdenken. Wir haben die Erfahrung in Israel, dort gibt es ein Gesetz. Aber das Gesetz spricht nur von Assessment, es spricht nicht über die dazu erforderliche Arbeitskapazität. Das heißt, es sind nicht genug Menschen für die Pflege und für das Assessment, weil man meinte, das Geld solle man direkt für die Dienstleistungen ausgeben, aber nicht für Beratungspersonal. Wenn wir aber nicht genügend Sozialarbeiter und Krankenpfleger haben, um Dienstleistungen zu erbringen und die Bedürfnisse der alten Menschen einzuschätzen, dann erledigen wir nur die Hälfte der Arbeit – wir tun nicht alles, was wir tun müssten.

Nun wissen wir, dass immer eine Priorität auf Kinder, nicht auf Alte gelegt wird (zumindest kenne ich das so aus Israel). Deshalb haben wir keine Pflegeversicherung, was ein Problem ist, da die Menschen nicht immer alle Dienstleistungen bekommen, die sie benötigen. Gelder werden gekürzt, und es gibt kein festgelegtes Dienstleistungspaket für ältere Menschen, dass sie alles bekommen, wenn sie es brauchen. Wenn wir keine Versicherung haben, kann die Regierung immer sagen: Im Moment haben wir andere Prioritäten, wir werden die Dienstleistungen verringern und wir werden an Arbeitskräften sparen. Deshalb müssen wir versuchen, alle Dienste und das System in einem Gesetz zu verankern und auch in einer Versicherung, so dass wir sicher stellen können, dass wir sowohl die Dienste als auch das Geld dafür haben.

**Wendt:**

Ich würde gerne noch einmal die Brücke schlagen zu dem, was Dr. Fabrizio zur Qualitätsfrage bzw. zur Qualitätssicherung gesagt hat, denn damit ist schon ein politisches Moment gegeben. Wir wollen mit dem Case Management die Qualität der Versorgung alter Menschen verbessern, und dazu ist es nötig, das auch darstellbar zu machen. Ich hatte vorhin gesagt, die erste Phase des Case Management ist deshalb wesentlich.

Wir bekommen durch das, was wir im Case Management machen, jederzeit Daten darüber, wie die Versorgung tatsächlich ist, und dies kann dann immer wieder in die Gestaltung dieser Versorgung zurück gemeldet werden. Ich denke, dass es ein ganz wesentliches Moment des Case Managements ist, dass man dabei eine transparente Struktur hat, die durch Auswertung,

durch Rechenschaftslegung ständig Rückmeldungen zur Verbesserung dieses Systems erlaubt. Also empfiehlt sich das Case Management auch *politisch* zur Gestaltung einer qualitativ hochwertigen Versorgung, und darauf kann es eingerichtet werden.

**Engels:**

Damit haben wir einen Punkt in unseren Empfehlungen, die wir geben wollen, schon entschieden: Nämlich ein Modell, das sich nur an monetären Aspekten orientiert, werden wir nicht empfehlen, sondern ein Modell, das an Qualitätsaspekten orientiert ist. Es geht nicht nur darum, ein gewisses monetäres Budget möglichst gut und sachgerecht an den Mann oder an die Frau zu bringen, sondern es soll vor allen Dingen um eine qualitative Verbesserung der Hilfe- und Pflegesysteme gehen.

**Scheib:**

Neben der Qualität ist aber auch die Quantität von Bedeutung (dies ist mehrfach genannt worden): Wie kommen wir überhaupt an eine bestimmte Gruppe älterer Menschen heran, wie erreichen wir überhaupt diejenigen, die entweder nicht über ausreichende finanzielle Mittel oder über ausreichende Informationen verfügen? Wenn diese Menschen nicht erreicht werden, kommen sie zunächst einmal nicht in den Genuss eines möglicherweise qualitativ gut ausgestatteten Systems von Case Management.

**Engels:**

Mit dem quantitativen Aspekt sprechen Sie jetzt die Klienten an: Welche Klientengruppen können wir als Zielgruppe definieren? D.h. wer wären die typischen Klienten von Case Management, und wie können sie in den Genuss dieses Verfahrens kommen, wie kann man sie erreichen?

Eine weitere quantitative Frage wäre immer noch die Frage der personellen Besetzung. Wir hatten – und da sind wir uns weitgehend einig geworden – die einzelnen Funktionen des Case Management recht ausführlich beschrieben. Aber ich sehe auch nach der Lektüre der Berichte einen gewissen Widerspruch zwischen dieser hohen Ambition der verschiedenen Aufgaben und Funktionen und dem, was man bereit ist, an Personalkapazität dafür bereit zu stellen. Vielleicht gibt es eine dezidierte Äußerung dazu: Wieviel brauchen wir mindestens an Personalkapazität?

**Lowenstein:**

Ich möchte einige Aspekte ansprechen. Ich denke, eins der größten Probleme betrifft die Frage, ob Case Management als eine Arbeit, die die Qualität verbessert, auch die Kontinuität der Pflege verbessern kann. Ich sage „verbessern“, weil ich nicht glaube, dass wir 100% Kontinuität der Pflege oder 100% Qualität sichern können, aber wir können sie optimieren. Ich glaube, wir können dies nicht nur mit Projekten erreichen – Projekte sind wunderbar und wir können von ihnen lernen, aber wenn in den Projekten keine Kontinuität ist, wie etwa in Belgien, dann investiert man Ressourcen nur für einen gewissen Zeitraum. Vielleicht erreicht man einen Anstoß oder einen gewissen Wandel, aber dann, wenn es nicht weitergeführt wird, nimmt es eventuell wieder ab oder ist, als ob es nie existierte. In dieser Hinsicht stimme ich entschieden meiner Kollegin Frau Bar-Giora zu, und man müsste es als einen Hauptpunkt herausstellen: Was ist die Bedeutung des Case Managements in der sozialen Planung und in der gesetzlichen Verbindlichkeit?

Eine Verbindlichkeit kann nur eingelöst werden, wenn man sie sowohl in der Gesetzgebung fest schreibt als auch entsprechende Ressourcen dafür vorsieht. Und es ist nicht genug, wenn man dies, wie bei uns, auf der nationalen Ebene verankert, sondern es muss weiter auf die lokale Ebene übertragen werden, wo die Kommunalverwaltung im Brennpunkt steht.

Dies steht in Beziehung zu dem zweiten Punkt, den ich ansprechen wollte. Wir sprachen viel über die Qualifikationen des Case Managers und wer Case Manager sein sollte. Ich glaube nicht, dass es darauf *eine* Antwort gibt. Aber wie auch immer die Antwort im Kontext eines bestimmten Landes aussieht, man muss über die Methoden und Inhalte der Schulung der Case Manager nachdenken. Und man muss in den anderen Berufsgruppen ein Bewusstsein für die Bedeutung des Case Managements schaffen, ein Verständnis dafür, was Case Management meint; damit andere Fachkräfte, auch wenn sie selber kein Case Management ausüben, wenigstens verstehen, worum es geht, wenn sie gebeten werden, mitzuarbeiten. Vielleicht würde dann ihre Zusammenarbeit mit den Case Managern einfacher.

**Engels:**

Zu Ihrem ersten Punkt: Wir sollten die örtliche Ebene auf jeden Fall im Blick behalten, Sie haben aber auch gesagt, man müsse auf verschiedenen Ebenen da herangehen. Das wird sicherlich erforderlich sein, wir können das nicht nur der örtlichen Ebene zumuten – dann würde sich wenig entwickeln, weil es übergreifender Unterstützung bedarf. D.h. wir müssen bei dem Versuch, das organisatorisch und institutionell zu verankern, verschiedene

Ebenen – von der nationalen Ebene bis zur lokalen Ebene – einbeziehen; und in den Staaten, in denen es eine Pflegeversicherung gibt, sollte auch die Ebene der Sozialversicherung mit einbezogen werden. Dann muss man versuchen, auf all diesen Ebenen den jeweils adäquaten Beitrag zu bestimmen: Was soll auf jeder Ebene beigetragen werden, um zu einer verlässlichen Struktur zu kommen?

Ihren zweiten Hinweis müssen wir ebenso festhalten. Zum einen verdient die Schulung der Case Manager nähere Aufmerksamkeit, und zum anderen ist die Interdisziplinarität etwas, das nicht nur die Case Manager selber lernen müssen, sondern auch alle anderen Berufsgruppen, mit denen sie zu tun haben, damit ein funktionierendes Ineinandergreifen entstehen kann.

**Scheib:**

Wenn ich es richtig verstanden habe, war eines der wichtigen Anliegen, das Frau Lowenstein geäußert hat, dass über die Projektphase bzw. über eine Modellförderung solcher Projekte hinaus finanziell und politisch abgesichert werden müsste, dass solche Projekte in die Regelversorgung implementiert werden. Das ist das Beispiel, das ich aus Hessen geschildert habe: Durch einen Wechsel in der Landesregierung wurden von Heute auf Morgen gut angelaufene Projekte, Beratungs- und Koordinierungsstellen, die durch das Land gefördert wurden, nicht mehr weiter gefördert. Da müssen, denke ich, andere und stabilere Regelungen gefunden werden.

**Gorges:**

Die beste Absicherung ist ja die gesetzliche Regelung – wenn ein Gesetz einmal in der Welt ist, ist es schwer wieder abzuschaffen, und so kann man es absichern. Aber Politiker sind erst zu überzeugen, gerade in der jetzigen Zeit, wenn man nachweisen kann, dass es billiger ist, als wenn die Leute in einer Institution leben. Wir wollen ja versuchen, in Deutschland eine gesetzliche Grundlage zu finden. Es wäre natürlich wahnsinnig interessant, wenn man durch die Vergleiche, auch wenn die Systeme unterschiedlich sind, festhalten könnte, dass jedes Land sagt, ein solches Case Management, in welcher Form es auch auftritt, spart Geld. Das würde einen Politiker überzeugen. Könnte man das sagen? Das ist eine Frage, die Sie beantworten müssen.

**Saischek:**

Ich glaube nicht, dass es unbedingt zu einer Reduzierung der Kosten führt, aber bestimmt zu einem besseren Einsatz der Mittel. Wenn man mit den

vorhandenen Mitteln ein Mehr an Qualität für die Betroffenen bieten kann und die Suchkosten vermindern kann, dann hat man sicher auch einen guten Effekt, den auch Politiker zu würdigen wissen.

**Engel:**

Das ist ein entscheidender Punkt; es geht auch darum, dass man bei Kostenneutralität einen effizienteren Einsatz der Mittel erreichen kann. Das ist auf jeden Fall ein Gewinn.

Ein anderer Punkt ist die Erfahrung aus Großbritannien; es war dort eines der Ziele, die Überversorgung abzubauen. Es ist ja so, dass viele Menschen ins Heim gehen, auch wenn sie diese Versorgungsleistungen in ihrem kompletten Umfang gar nicht benötigen, und damit in ihrer Selbstständigkeit eingeschränkt werden. Was zur Folge hat, dass sie diese auch relativ schnell verlieren. Das sind natürlich Aspekte, die man auf jeden Fall berücksichtigen kann, wenn man in diesem Zusammenhang davon spricht, dass man Heimunterbringung reduzieren oder gar vermeiden kann.

**Bar-Giora:**

Wir haben in Israel die Erfahrung gemacht, dass seit dem Pflegegesetz, das Dienstleistungen in die Häuser bringt, die Anzahl der hilfebedürftigen Menschen, die vom Sozialministerium Geld bekommen, um in Pflegeeinrichtungen zu gehen, abnimmt. Darüber liegen uns Zahlen vor, und wir haben hier auch Mittel eingespart. Dies trifft nicht zu bei höherem Pflegebedarf, denn das Gesetz sieht etwa zehn bis elf Stunden Pflege pro Woche für hilfebedürftige Menschen vor. Denen reicht diese Zeit, um jemanden zum Putzen oder zum Waschen ins Haus zu holen. Doch das Maximum des Gesetzes sind 16 Stunden in der Woche. Bei höherem Pflegebedarf sind 16 Stunden nicht genug, sie brauchen jemanden, der den ganzen Tag bei ihnen ist, sie säubert, wäscht etc. Es bleiben also die Personen mit höherem Pflegebedarf, die in Institutionen gehen. Wenn sie keine Familie haben, die sie pflegt, brauchen sie eine Einrichtung. Aber wir wissen in meinem Ministerium, dass hilfebedürftige Menschen mit den zehn, elf Stunden zurecht kommen und nicht mehr so oft in Heime gehen.

**Ziller:**

Ich würde die Frage nach Kostensenkung offensiver beurteilen, als das Frau Saischek getan hat. Wenn wir uns den Bericht aus Belgien noch einmal in Erinnerung rufen, wo im Wege einer Kontrolluntersuchung nachgewiesen wurde, dass die Heimquote mit Case Management 17,6% betrug

und ohne Case Management 31,8%: Das ist ein Millionengeschäft, wenn Sie das großflächiger sehen.

Ich kann aus einem interessanten Modellversuch im Wiesbadener Raum berichten, wo die Überleitung von Patientinnen und Patienten aus dem allgemeinen Krankenhaus in die geriatrische Behandlung durch ein Case Management vorbereitet und durchgeführt wurde: wir nennen das „regionales geriatrisches Konsil“. Hier ist unter wissenschaftlicher Begleitung nachgewiesen worden, dass bereits nach einem Jahr die Vorbehandlungszeit im Allgemeinkrankenhaus im Durchschnitt um vier bis fünf Tage abgekürzt werden konnte. Wenn Sie sich vorstellen, was das bezogen auf die Gesamtmenge der betagten Patienten, die einer geriatrischen Behandlung bedürfen, rein finanziell bedeuten würde, dann könnten Sie mit diesen Einsparungen zehn Case Management-Systeme im ganzen Land bezahlen.

Das Problem ist nur, dass die Kosten des Case Management-Systems bei Einem eintreten, die Entlastung aber bei einem Anderen. Und hier ist das deutsche System teuflisch, weil die Kosten des Case Management im Wege einer Mischfinanzierung bezahlt werden müssen, durch die Kommunen, die mit Sozialhilfe ohnehin überlastet sind, mit oder ohne Beitrag eines Landes, während mögliche Entlastungen in erster Linie bei der Pflegeversicherung eintreten, die sich aber finanziell an den Kosten des Case Management nicht beteiligt. An dieser Stelle hat die Bundesregierung – nicht das Ressort von Frau Dr. Gorges, sondern das Bundesgesundheitsministerium – eine bedauerliche Haltung insofern, als es die Einbeziehung von Kosten des Case Management in den Finanzierungsrahmen der Pflegeversicherung verhindert – eine der kurzfristigsten Entscheidungen, die mir in meiner Berufslaufbahn begegnet sind.

**Cappell:**

Dem kann ich mich nur anschließen. Ich möchte aber noch einmal auf einen Anknüpfungspunkt hinweisen, den wir im deutschen System haben, nämlich die Tätigkeit des MDK (Medizinischer Dienst der Krankenkassen), die zwar sicherlich noch nicht die Ansprüche an ein wirkliches Assessment erfüllt, aber wenigstens flächendeckend stattfindet. In der weiteren Versorgung verpufft diese Tätigkeit aber vollkommen, außer wenn Sozialhilfeträger auf diese Daten zurückgreifen, um sich dann am Hilfebedarf zu orientieren.

Da besteht, glaube ich, auch eine reale Chance der Effizienzsteigerung, wenn man schon nicht die Kosten des Case Management in der Pflegeversicherung berücksichtigt, dann aber wenigstens die Tätigkeit des MDK für die soziale Versorgung zugänglich macht. Auch das ist in größerem Umfang

nur durch Regelungen auf nationaler Ebene möglich. Ich denke, lokal lassen sich unter Umständen Absprachen treffen, aber flächendeckend wäre das nur mit entsprechendem gesetzlichen Rückenwind möglich.

**Fabrizio:**

Ich möchte einige Überlegungen zu diesem Thema anmerken, weil es riskant sein könnte, dieses Thema mit beschränktem Blickwinkel zu behandeln. Ich schließe mich dem an, was Dr. Ziller gerade gesagt hat. Ich glaube, es ist wichtig, die gesamten Kosten zu berücksichtigen, und nicht nur die einzelnen Kosten der verschiedenen Systeme. Wenn wir dies nicht tun, besteht die Gefahr, entweder die Ressourcen zwischen den Systemen zu verschieben oder in dem jeweiligen Bereich auszugeben. Weitere Spannungen bringen die Kosten, die nicht auf den ersten Blick als betriebswirtschaftliche betrachtet werden, die aber beachtliche (gesamt-) wirtschaftliche Auswirkungen haben. Dies sind menschliche, persönliche und soziale Kosten. Eine zu geringe Investition in Pflege und Begleitung für ältere Personen erzeugt höhere menschliche und familiäre Kosten, die auch berücksichtigt werden sollten.

Ein zweites Element, das mir wichtig erscheint, ist die Tatsache, dass ein Case Management-System auf jeden Fall mit Kosten verbunden ist. Vorher habe ich versucht zu zeigen, wie wichtig diese Kosten für unsere Situation sind. Wir bleiben in unserem Beispiel: Unsere Region gibt für soziale und gesundheitliche Dienste – abgesehen von Krankenhäusern – 350 Milliarden Lire aus. Für das Case Management System geben wir insgesamt weniger als 10 Milliarden Lire aus. Ich glaube, dieses Verhältnis rechtfertigt für sich eine Aussicht auf Optimierung des Ressourcenverbrauchs, sie rechtfertigt die Nutzung eines solchen Systems und seine Finanzierung, wie auch vorher von der Kollegin aus Österreich erklärt wurde.

Ich sehe ein anderes Problem, das uns vorläufig nicht betrifft, aber in Aussicht auf einen Markt von sozialen und medizinischen Dienstleistungen zukünftig betreffen kann: Das ist das unterschiedliche Interesse der Förderung einer Politik, die den allgemeinen Bedürfnissen der Bevölkerung entsprechen soll, auf der einen Seite und den Anbietern auf der anderen Seite. Es ist klar, dass in dieser Logik eine Vermehrung der Dienste nicht das Ziel sein kann, sondern das Ziel ist die Lebensqualität der Bürger. Hier könnte es zu einem Konflikt kommen. Über die Kosten können wir nach unserer Erfahrung sagen: Es kostet uns eine große Anstrengung, um ein paar Milliarden mehr zu bekommen, während unsere Kollegen vom Gesundheitswesen, auch in Italien, das Geld ohne jegliche Kontrolle ausgeben können. Dies ist ein großes Problem.

**Lowenstein:**

Ich möchte noch zwei letzte Punkte aus unserer Erfahrung in Israel hinzufügen. Es betrifft, glaube ich, ungeplante Auswirkungen des Pflegeversicherungsgesetzes.

Ein Punkt ist, dass befürchtet wurde, dass wenn der Familie Unterstützung geboten würde, sie selber nicht mehr so sehr in die Pflege miteinbezogen wäre. Nun zeigen die Daten, dass es genau umgekehrt ist. Sie wurden von bestimmten Aufgaben entbunden und können sich mehr auf andere Gebiete konzentrieren, wie z.B. auf emotionale Unterstützung der Älteren. Sie investieren grundsätzlich sogar mehr Stunden in die Pflege als zuvor. Außerdem war zu beobachten, dass eine Heimübersiedlung, wenn Pflege für einen Pflegebedürftigen geleistet wurde, schließlich zwar nicht verhindert, aber doch hinausgezögert werden konnte. Und wenn die Familie den Eindruck gewann, dass sie Hilfe und Entlastung bei der Pflege erhielt, war sie auch eher bereit, etwas hierin zu investieren und Arbeitskräfte von außen ins Haus des Älteren aufzunehmen – das verhindert wirklich Institutionalisierung. Sie bekommen zehn bis elf Stunden pro Woche von der Regierung und zahlen den Rest; aber dafür bleiben sie zu Hause. Natürlich ist das für die Lebensqualität grundlegend besser. Es gab also ungeplante Auswirkungen selbst in diesem Rahmen, wo Case Management nicht vollständig durchgeführt wurde, so wie wir es wollten.

**Engels:**

Wir können auf jeden Fall festhalten, dass wir einige Antworten auf die Frage wissen: Was kostet das und lohnt es sich überhaupt? Wir können auf vielfache Belege hinweisen, wo Heimeinweisungen verhindert werden konnten, wo teure Formen der Pflege verhindert oder verzögert werden konnten. Und wir können darüber hinaus in einer, wie Dr. Fabrizio das genannt hat, „Sozialbilanz“ auch andere monetäre Aspekte und andere nicht monetäre Aspekte zur Geltung bringen.

**Ziller:**

Ich habe an dieser Tagung oder am ganzen Projekt teilgenommen, weil ich mir natürlich, wie andere auch, Hinweise, Bestätigungen, Anregungen für den eigenen Handlungsbereich versprochen habe. Ich möchte, was die Ergebnisse angeht, sagen, dass ich sehr überrascht war zu sehen, unter welcher unterschiedlichen Rahmenbedingungen und unterschiedlichen Formen der Anbindung und strukturellen Entfaltung sich ein *im Kern* vergleichbares Instrumentarium der komplexen Hilfeleistung für ältere Menschen in den verschiedenen Projektstandorten entwickelt hat.



Wenn ich diese Feststellung auf die Problemlage beziehe, aus der heraus wir das betrachten, dann kann ich nur sagen, neben anderen Handlungsansätzen, die ich noch benennen kann, ist der Aufbau eines allgemein einsetzbaren Case Management ein unverzichtbares Instrument, um die Selbstständigkeit der Lebensführung bei einer immer älter werdenden Bevölkerung soweit zu sichern, wie dies nun eben möglich ist. Das ist eine Zielsetzung, die uns nicht gleichgültig sein kann. Wir sehen uns dabei in einer Situation, wenn wir auf die demografischen Prognosen schauen, die uns in vielfältiger Hinsicht zum Handeln zwingt.

Ich muss in meiner Berufsrolle etwas entwickeln, ich muss sehen, dass es Vorschläge in die Politik hinein gibt, ob sie nun immer Bestand haben oder nicht. Ich kann auch nicht die Entscheidung einer Landesregierung für eine Legislaturperiode zum Angelpunkt meiner persönlichen Überlegungen machen. Ich bin Lebenszeitbeamter, also ich muss auch noch arbeiten, wenn die vielleicht nicht mehr regiert und eine andere Regierung regiert, oder sie hat es sich dann neu überlegt oder so. Also das sind Entwicklungen von so grundlegender Bedeutung, dass man sich auf sie auch sehr prinzipiell einstellen muss. Da ist mir eine Tagung wie diese eine große Hilfe. Denn es kann uns in Hessen nicht gleichgültig sein – Hessen liegt zwar mitten in Europa, ist aber nicht der Nabel von Europa – was in Belgien läuft, was Luxemburg und was Italien machen. Das bestärkt mich doch sehr in meiner Einschätzung, dass die Implementierung des Case Management als eines inzwischen international abgesicherten Instrumentariums etwas ist, was wir nicht tun oder lassen können – wir *müssen* es machen, neben anderen Dingen, wie der geriatrischen Rehabilitation. Das wäre eine eigene Tagung auf Europaebene wert, weil wir in verschiedenen europäischen Ländern einen höchst ungleichen Stand in der Systementwicklung haben. Wir könnten auch über den prinzipiellen Stellenwert des Betreuten Wohnens reden, seine Reichweite an Stelle heimmäßiger Lebensformen, das klang ja vielfach an in diesen beiden Tagen.

Für mich ist eigentlich die vorrangige Frage: Wie können wir dahin kommen, dass das Case Management allgemein verfügbar wird und seiner Bedeutung entsprechend überall dort eingesetzt wird, wo es um komplexe Hilfebedarfe alter Menschen geht?

Jetzt will ich nicht sagen, wir machen alle ein Gesetz, oder wir schreiben alle das Gesetz der Emilia-Romagna ab – so einfach geht das nicht. Nach meiner Einschätzung ist es so, bezogen auf die Strukturen der Bundesrepublik, dass wir aus vielerlei Gründen ohne ein Bundesgesetz über Hilfen für alte Menschen nicht auskommen werden, dessen einer Kern eine verbindliche Vorgabe für die komplexe Hilfeplanung für alte Menschen sein

muss. Mein Vertrauen in die Handlungskräfte der kommunalen Ebene ist so begrenzt, wie das Vertrauen in die Handlungskräfte der Länder in ihrer Summe, oder auch meines eigenen Landes. Ich glaube, dass das hier wirklich eine nationale Aufgabe ist. Das klingt ein bisschen hochtrabend, aber wenn ich die Strukturen und Verantwortlichkeiten richtig einschätze, dann kommen wir in Deutschland nicht weiter ohne eine Gesetzgebung auf nationaler Ebene.

Es ist nicht meine Aufgabe einzuschätzen, ob das für die anderen Länder auch in dieser Form zutrifft. Projektbezogen ist sehr viel möglich, etwa das, was wir von den Niederlanden gehört haben, ohne dass man zuerst ein Gesetz haben muss. Wenn jemand noch kein Gesetz hat oder vielleicht meint, keines zu brauchen, sind trotzdem sehr viele Handlungsansätze und Möglichkeiten gegeben, ein effizientes Hilfesystem für alte Menschen zu entwickeln.

**Ernst:**

Ich bin einverstanden mit Herrn Dr. Ziller. Das ist ein gutes Projekt, und man sollte es weiterverfolgen. Wie Sie sagen, die Bevölkerung wird immer älter, und da muss man etwas tun. Auch wenn ich selber vielleicht ein bisschen skeptisch geklungen habe, als ich von der Weiterführung unseres Projektes in Belgien ab 2000 sprach – die Verantwortlichen des Projektes sind zuversichtlich, dass es eine Kontinuität geben wird.

Ich möchte noch hinzufügen, dass meiner Meinung nach der Patient in diesem Projekt immer im Mittelpunkt stehen sollte. Zum Thema Kosten ist erwähnt worden, dass man vielleicht eine Eigenbeteiligung des Patienten verlangen sollte – z.B. aus Österreich wurde das berichtet. Der Patient, der einen Case Manager bestellt, sollte diesen eventuell mit finanzieren – ich finde das persönlich sehr schlecht. Die Erfahrung, die ich mit den Patienten hatte, zeigte: Die Patienten, die finanziell knapp sind, brauchen einen Case Manager. Und das sind (ich kann jetzt nur von Belgien reden) auch die Leute, die am ehesten in ein Altenheim kommen. Ich denke, wenn man die Patienten um eine Eigenbeteiligung bittet, wird dieser weniger angefragt von denen, die ihn eigentlich brauchten, weil die eben das Geld nicht haben, noch zusätzlich einen Case Manager zu bezahlen.

**Wendt:**

Ich möchte den Gedanken von Frau Lowenstein aufgreifen, dass wir überall Case Management auf kommunaler Ebene zu gestalten haben. Ich möchte das noch einmal in politischer Betrachtung betonen, weil ja Case Manage-

ment auch ursprünglich entstanden ist, um *care in the community* zu ermöglichen. Es geht also nicht nur um die Betrachtung, wie es dem Einzelnen individuell mit Case Management geht, sondern auch, wie wir den Sozialraum des Zusammenlebens in Zukunft gestalten wollen. Und da es ein Hauptziel europäischer Sozialpolitik ist, Inklusion statt Exklusion zu erreichen, denke ich, dass Case Management hier auch das Verfahren ist, die Inklusion gerade derjenigen, die im Alter von Isolation, von Aussonderung bedroht sind, auf kommunaler Ebene durch eine entsprechende Gestaltung von Case Management zu erreichen. Deshalb finde ich diesen Gedanken, dass dies auf kommunaler Ebene notwendig ist, einen sehr wesentlichen, über die Unterschiede hinweg gültigen Gedanken.

#### **Engels:**

Die letzten beiden Beiträge haben die sozialen Aspekte betont. Zum einen in finanzieller Hinsicht: Auch wenn wir sagen, dass diese komplexen Hilfebedarfe grundsätzlich in allen Schichten auftauchen können, wird es doch sicherlich einen gewissen Schwerpunkt gerade bei denen geben, die nicht genügend Mittel haben, um das auch auf anderem Wege zu lösen. Und die weiteren sozialen Aspekte im Hinblick auf die Einbeziehung in ein kommunales Versorgungssystem und die Verhinderung von sozialer Isolation sind Punkte, die neben dem pflegerischen oder gesundheitlichen Schwerpunkt, den wir oft in den Vordergrund rücken, sicherlich gleichberechtigt dastehen.

#### **Saischek:**

Der soziale Aspekt wird natürlich in Österreich berücksichtigt. In Österreich haben wir nämlich generell ein Modell der sozialen Staffelung der Kostenbeiträge, auch für Hilfs- und Pflegeleistungen. D.h. die Eigenbeteiligung würde so ausschauen, dass ein Stundensatz von mindestens 10 Mark (das Maximum ist nach oben offen, bis zu den Vollkosten) bezahlt wird. Der Vorteil darin ist, dass ich keine Möglichkeit sehe, zu begrenzen, wer Zugang zum Case Management hat. Es ist nicht so, dass der Case Manager sich die Leute auswählt, sondern umgekehrt: Jeder soll den Zugang haben. Ich sehe den gleichen Hilfebedarf oder das gleiche Hilfsbedürfnis zwischen Reich und Arm. Man kann nicht sagen, dass jemand, der ärmer ist oder einer sozial niedrigeren Schicht angehört, weniger Bedarf hat, auch die informellen Hilfesysteme zu aktivieren und dort besser gestellt ist, als jemand, der mehr Einkommen hat.

Oft gibt es auch eine Isolation und eine soziale Verarmung, und doch findet man Geld in der Wohnung, nur wissen die Betroffenen nicht, mit dem Geld etwas anzufangen. D.h. es wäre mir zu eng zu definieren, nur jene, die

wirklich verarmt sind – im Sinne der finanziellen Sichtweise – hätten Zugang zum Case Management und für alle sollte es gratis sein. „Was nichts kostet, ist meist auch nichts wert.“

**Ramakers:**

Ich möchte noch einmal anschließen an das, was Herr Ziller bemerkt hatte. Es ist so, dass wir in den Niederlanden die Erfahrung haben, mit der Ausführung eines innovativen Fürsorgekonzeptes nicht zu warten, bis dies gesetzlich eingebunden ist, weil das in den Niederlanden immer sehr, sehr lange dauert, bis es für etwas eine gesetzliche Rahmenbedingung gibt. Wir sind z.B. schon zehn Jahre mit den Geldleistungen beschäftigt – es ist noch immer eine Subvention. Und was wir in Deutschland und nun jetzt auch in Luxemburg und in Österreich sehen, ist, dass das Gesetz, die Pflegeversicherung, das alles ermöglicht hat. Jeder Einwohner, jeder Bürger in diesen Ländern kann darauf Anspruch erheben. Aber in den Niederlanden gibt es das nicht. Das hat die Konsequenz, dass regionale Anbieter, Gemeinden, Pflege- und Krankenkassen zusammen arbeiten und eine Kofinanzierung in die Wege leiten. Deswegen gibt es auch in den Niederlanden viele Case Management-Projekte: nicht weil das Ministerium das erweitert, sondern weil die Organisationen, die Seniorenorganisationen und die Wohlfahrtsverbände, eine gesamte Verantwortlichkeit haben und auch umsetzen.

Ich denke schon, dass das Case Management sicher eine Qualitätsverbesserung für die älteren Menschen erbringt. Ich denke aber, dass die Kosten höher werden. In den Niederlanden ist es so, dass die Altenfürsorge sehr beschränkt ist, nicht nur wegen des Budgets vom Ministerium, sondern auch wegen der Arbeitsmarktpolitik. Wir haben heute zu wenig Pflegefachkräfte. Und deswegen, denke ich, wenn man Case Management auf nationaler Ebene durchführt, dass es die Kosten erhöht, weil man im Case Management vom Bedürfnis der älteren Menschen ausgeht und nicht das Angebot das Leitmotiv ist.

**Gorges:**

Ich komme noch einmal zur Selbstbeteiligung oder Mitbeteiligung. Ich habe eigentlich immer bedauert, dass man nur über pflegerische und gesundheitliche Probleme gesprochen hat. Case Management sollte sich eigentlich mit dem ganzen Menschen befassen. Wenn ich z.B. daran denke, dass ein Millionär zu Hause liegt, der gerne Schach spielt oder so: Wer hilft ihm? Da könnte ich mir vorstellen, dass das Case Management sich auch auf kulturelle, sozio-kulturelle Maßnahmen hin bewegt. Wenn das zu teuer ist, könnte man sich ja überlegen, ob man für bestimmte Leistungen dann einen

Eigenbeitrag diskutieren könnte – das sind ja keine armen Leute, die bezahlen sicherlich gerne, wenn sie eine solche Hilfe bekommen.

Was noch gar nicht besprochen worden ist: Case Management gilt ja nicht nur für alte, sondern auch für junge Menschen – junge Pflegebedürftige und Kranke, die zu Haus liegen, die ja auch andere Bedürfnisse haben. Also muss die Schulung des Case Managers auch auf deren Bedürfnisse eingehen.

**Ziller:**

Es überrascht mich, dass die Frage nach den Auswirkungen des Case Management auf die Kosten doch so kontrovers bleibt. Wenn das so ist, dann wäre es sehr gut, wenn man eine Möglichkeit finden könnte, hier noch einmal vertiefende Untersuchungen anzustellen. Es müssten dann aber Untersuchungen sein, die nicht nur die Betriebskosten des Case Managements erfassen, sondern eine volkswirtschaftliche Kostenrechnung, die die Kosten der Lebensführung insgesamt, auch der informellen Assistenzsysteme hier wie da, erfasst. Hier wäre das Bundesministerium gefordert, weil das die Möglichkeiten eines Landes übersteigt, eine solche Untersuchung in Auftrag zu geben. Ich glaube, dass wir alle davon sehr großen Nutzen haben könnten.

**Saischek:**

Ich würde mich dem gerne anschließen. Ich glaube nur, dass das eine Langzeitstudie werden würde, weil man die Kosten und Auswirkungen auf sehr lange Sicht betrachten müsste. Leider ist die Tendenz sehr groß, dass Politiker in Funktionsperioden denken, und eine Funktionsperiode meist nicht ausreicht. Ich habe es mit Argwohn gehört, was in Hessen passiert. In Österreich hoffe ich, dass wir nicht die selbe Entwicklung erfahren. Wir haben nächstes Jahr Kommunalwahlen und auch dort steht es zur Debatte, dass es einen Regierungswechsel gibt. Das Case Management System ist zur Zeit ebenfalls nicht gesetzlich verankert und könnte somit ebenfalls kippen. Die kurzfristige Perspektive der Politik wird man erst, glaube ich, in mehreren Jahren verändern können. Das selbe Problem hat man mit der Finanzierung der Renten und Pensionen. Die Politiker müssten einmal klar deklarieren, dass man es ändern muss – aber wer hat den Mut dazu und sagt das wirklich?

**Gorges:**

Die Frage der Finanzierung ist ja in ganz Europa ein Problem, und die Entwicklungen in Europa schreiten im Augenblick schnell voran, und daran müsste eigentlich auch die Kommission interessiert sein, eine langfristige Studie in Auftrag zu geben. Ich werde den Vorschlag mitnehmen, und wir werden das eruiieren in unserem Haus.

**Engels:**

Ein solches Projekt auf EU-Ebene anzuregen, wäre eines unserer wichtigen Ergebnisse; ich möchte aber noch einmal die Bedenken von Frau Ramakers in Erinnerung rufen: Der Aufbau einer neuen Struktur, die die Qualität verbessert, wird dann nicht zur Verbilligung in anderen Bereichen führen, wenn die Qualität in anderen Bereichen noch auf einem sehr geringen Stand ist. Dann wird es schwierig sein, die Erfolgsbilanz aus anderen Ländern (wie z.B. Belgien) nachzuvollziehen. Grundsätzlich ist eine Vermeidung von Heimeinweisung in der Regel ein starkes finanzielles Argument, aber wenn die Heime möglicherweise auf einem niedrigen Qualitätsniveau und möglichst billig arbeiten, dann sind die Einsparungseffekte an dem Punkt geringer, und die Kosten durch diese Qualitätsverbesserung durch das Case Management sind zunächst höher. Das sind sicherlich Aspekte, die bei einem solchen Vergleich eine große Rolle spielen werden.

**Ramakers:**

Es ist ja leider in den Niederlanden festzustellen, dass man, wenn man sich mit innovativen Pflegeprojekten beschäftigt, zwar immer über Qualitätsverbesserung spricht; aber auch, wenn eine große Untersuchung durchgeführt wird und die Resultate sagen, die Qualität wird verbessert oder ist stabil geblieben, dann sind doch noch die Kosten wichtiger als die Qualitätsverbesserung. Das ist, offen gesagt, sehr frustrierend.

**Engels:**

D.h. wir werden uns nicht darin beirren lassen, auf den qualitativen Aspekt hinzuweisen und den in den Vordergrund zu stellen, wir dürfen dabei natürlich den finanziellen Aspekt nicht vergessen. Aber ich denke, der qualitative Aspekt sollte im Vordergrund stehen.

**Saischek:**

Die volkswirtschaftlichen Kosten, von denen Dr. Ziller gesprochen hat, wären wirklich der richtige Ansatzpunkt. Ich bin überzeugt, wenn die volkswirt-

schaftlichen Kosten berechnet würden und nicht nur die betriebswirtschaftlichen, rein auf den Pflegebereich bezogenen, dann würde es sicher zu Gunsten des Case Management ausgehen.

**Ziller:**

Ich möchte nur, im Rahmen der Ergebnissammlung, noch auf eine Ebenenunterscheidung hinweisen, die in der Projektdarstellung wiederholt eine große Rolle gespielt hat: Die zwischen Mikro- und Makro-Ebene.

Was leistet Case Management auf der Ebene der regionalen Bedarfsplanung und der Optimierung der Zusammenarbeit der Leistungsanbieter und sonstigen Instanzen? Der Beitrag für eine qualifizierte Bedarfsanalyse und die Möglichkeit, Impulse zur Weiterentwicklung der Angebotsseite zu geben, kann überhaupt nicht hoch genug eingeschätzt werden. (Wenn man sich überlegt, auf welche Weise sonst sozialpolitische Planungen zu Stande kommen, darüber könnte ich Einiges erzählen, im günstigsten Fall fliegt mal ein Institut von außen ein und sammelt erst einmal große Datenbestände usw., Sie kennen das alles.) Diejenigen, die unmittelbar in der kundenbezogenen Bedarfsermittlung und Bedarfsbefriedigung stehen, die also sehr nahe an der Realität dran sind, wären diejenigen, die den *input* hereinbringen. Ich will den Instituten nicht die Arbeit nehmen, ich sage nur, es ist eine wichtige Ergänzung, die sehr hohen Wert hat. Wenn über das Case Management eine Ebene geschaffen werden kann, in der die Leistungserbringer, die Kostenträger selber und sonstige Instanzen, auch der medizinische Dienst der Krankenversicherungen, zu kooperieren lernen, dann ist das ein qualitativer Zugewinn im System selbst. Der stellt sich nicht naturwüchsig ein, also brauche ich eine Struktur, innerhalb der so etwas stattfinden kann. Und dafür ist das Case Management ganz hervorragend geeignet.

**Engels:**

Das kann ich als Vertreter eines Instituts nur bestätigen. Denn wir sind kürzlich in der Zusammenarbeit mit dem Land Baden-Württemberg auch zu dem Ergebnis gekommen, dass es in der Planung eine Verbindung von verschiedenen Methoden geben muss: Zum einen eine Planung anhand demografischer Entwicklungen auf der Makroebene und zum anderen die kleinräumige Erfassung von Veränderungen in der Bedarfsstruktur, indem man „Sensoren“ entwickelt und aktiviert, die über diese Veränderungen der Bedarfsstruktur Auskunft geben. Solche Sensoren können eigentlich nur Beratungsstellen sein, die ihr Ohr unmittelbar an den Bedürfnissen der Klienten haben. Da sehe ich das ganz dringende Erfordernis, verschiedene Methoden der Sozialplanung so zu verbinden, dass das Case Management

als direkte klientenbezogene Beratungsmethode darin ein sehr fester Bestandteil wird.

**Lowenstein:**

Ich habe eine praktische Anregung: Ich denke, wer immer hier um diesen Tisch sitzt, glaubt – so hoffe ich – an Case Management, aber wenn wir wollen, dass dies weitergeht und wirklich etwas auslöst, dann sollten wir zusätzlich zu einem allgemeinen Bericht eine kurze Zusammenfassung von dem, was hier präsentiert wurde, zu denjenigen schicken, die in Entscheidungspositionen sitzen. Denn, nach meiner Erfahrung lesen Politiker keine Unterlagen, aber wenn man ihnen eine Seite mit den wichtigsten Daten gibt, könnte es zumindest ein wenig Effekt haben.

**Ziller:**

Ich würde mit Blick auf die Zukunft gerne die Komplexität des Systems noch um eine Komponente bereichern, die in einzelnen Berichten verschiedenlich angeklungen ist, aber noch nicht als solche thematisiert wurde. Ich meine die geriatrische Rehabilitation.

Wir befinden uns europaweit in einer Strukturentwicklung, die höchst ungleichgewichtig schnell in Richtung auf den Aufbau eines bedarfsorientierten geriatrischen Rehabilitationssystems verläuft. In den meisten Ländern, insbesondere denen, die es mit einer strikten Trennung zwischen Sozial- und Gesundheitswesen zu tun haben, besteht die Gefahr, dass hier zwei voneinander losgelöste Interventionssysteme entstehen, von denen jedes für sich genommen nach eigenen Gesetzen und auf eigene Ziele hin arbeitet. Wenn Sie sich jetzt klientenorientiert die Erfordernisse eines geriatrischen Rehabilitationsprozesses, seiner Struktur in der Zeitdimension und die Ziele vergegenwärtigen, dann wird die Abstufung zum Problem: stationäre Behandlung in der Geriatrie, im Krankenhaus, vielleicht anschließend teilstationäre Behandlungen mit der ungewissen Frage: Ist ein Verbleib oder eine Rückkehr in die Häuslichkeit möglich?, eine Weiterführung des Rehabilitationsprozesses in der eigenen Häuslichkeit, wenn denn die Rückkehr dorthin möglich ist usw. Bei einem so gespalteten Prozess ist vollkommen klar, dass ich keine institutionelle Trennung und auch im Hilfeprozess keine Trennung mehr vornehmen kann zwischen Hilfen des Sozialwesens einerseits und Hilfen aus der geriatrischen Rehabilitation. Das muss integriert werden, und da sind einige sehr schwierige strukturelle Aufgaben zu lösen.

Die Emilia-Romagna hat es da teilweise leichter als wir, dort gibt es – ich habe das z.B. in einem Pflegeheim in Ravenna gesehen – einen Facharzt



für Geriatrie, der zur Hälfte seiner Arbeitszeit als Heimarzt arbeitet und im Heim dann noch eine stadtteilorientierte Praxis als niedergelassener Arzt hat. Solche pfiffigen Kombinationen sind nach deutschem Ärztestandesrecht bei Todesstrafe verboten. Hier ist eine Möglichkeit, beides, das Arbeiten in den Stadtteil hinein – von mir aus in dem Rahmen eines Case Management – mit der Arbeit nach innen in eine Einrichtung hinein zu verbinden. Wir werden solche Möglichkeiten sicher nicht bekommen, um so dringender ist es für uns, dass wir das Case Management so anlegen, dass es sich selber dafür disponieren kann, mit den Institutionen und Teilelementen eines geriatrischen Rehabilitationssystems zusammen zu arbeiten.

Meine Bitte wäre also, wenn wir wie auch immer an dem Thema „Perspektiven des Case Management“ weiterarbeiten, dann muss dieser fachliche Aspekt da einen gewissen Stellenwert bekommen.

**Gorges:**

Wie geht es mit unserer Arbeit zum Case Management nun weiter? Im Februar 2000 werden wir in Berlin eine Fachkonferenz veranstalten, wo wir die Ergebnisse unseres Projektes einer internationalen Fachöffentlichkeit vorstellen und auch diskutieren werden. Ansonsten kann ich nur allen, die an unserem Projekt mitgewirkt haben, ganz herzlich danken!

## Liste der Projektteilnehmer

### Belgique

Anita Simoens-Desmet  
Ministerie van Sociale Zaken,  
Volksgezondheid en Leefmilieu  
Vesaliusgebouw 5de verd.  
B-1010 Brussel

Tel. 0032-2-2104777  
Fax 0032-2-2104791

Dr. Christiane Gosset  
Université de Liège  
CHU Sart Tilman  
B-4000 Liège

Tel. 0032-4-366-2504  
Fax 0032-4-366-2812

Dr. Véronique Tellier  
Ecole de Santé Publique  
CHU Sart Tilman  
B-4000 Liège

Tel. 0032-4-366-2501  
Fax 0032-4-366-2812

Dr. Cécile de Froidmont  
Ecole de Santé Publique  
CHU Sart Tilman  
B-4000 Liège

Tel. 0032-4-366-2501  
Fax 0032-4-366-2812

Monika Ernst  
Université de Liège  
CHU Sart Tilman  
B-4000 Liège

Tel. 0032-4-366-2504  
Fax 0032-4-366-2812

### Deutschland

Dr. Renate Gorges  
Bundesministerium für Familie,  
Senioren, Frauen und Jugend  
Rochusstr. 8-10  
D-53123 Bonn

Tel. 0228-930-2420  
Fax 0228-930-4819

Irene Bangert  
Bundesministerium für Familie,  
Senioren, Frauen und Jugend  
Rochusstr. 8-10  
D-53123 Bonn

Tel. 0228-930-2363  
Fax 0228-930-4819

Dr. Stefan Pohlmann  
Geschäftsstelle Internationales  
Jahr der Senioren  
Pfarrer-Byns-Str. 1  
D-53121 Bonn

Tel. 0228-9621010  
Fax 0228-96210120

### España

Teresa Sancho Castiello  
Ministerio de Trabajo y Asuntos  
Sociales - Instituto de Migraciones  
y Servicios Sociales  
Avda. Ilustracion, esq. Ginzo de  
Limia, 58  
E-28029 Madrid

Tel. 003491-3478520  
Fax 003491-3478528

Dr. Lluisa Marrugat  
icesb  
Universitat Ramon Llull  
C. Enric Granados, 2  
E-08007 Barcelona  
  
Tel. 0034-93-4532800  
Fax 0034-93-4549655

**Hessen (D)**

Dr. Hannes Ziller  
Hessisches Sozialministerium  
Dostojewskistr. 4  
D-65198 Wiesbaden  
  
Tel. 0611-817-3247  
Fax 0611-890-84-44

Hermann Scheib  
ISS Institut für Sozialarbeit  
und Sozialpädagogik e.V.  
Am Stockborn 5-7  
D-60439 Frankfurt  
  
Tel. 069-95789-135  
Fax 069-95789-190

**Hamburg (D)**

Eckhardt Cappell  
Behörde für Arbeit, Gesundheit und  
Soziales  
PF 76 01 06  
D-22051 Hamburg  
  
Tel. 040-428632658  
Fax 040-2988-4608

Lothar Voß  
IGUS Institut für Gesundheit,  
Umwelt und Sozialplanung  
Rentzelstr. 7  
D-20146 Hamburg  
  
Tel. 040-63998-978  
Fax 040-63998-945

**Baden-Württemberg (D)**

Prof. Dr. Wolf Rainer Wendt  
Berufsakademie Stuttgart  
PF 10 05 63  
D-70004 Stuttgart  
  
Tel. 0711-1849-720  
Fax 0711-1849-735

**Israel**

Miriam Bar-Giora  
Ministry of Labor and Welfare,  
Head of Services for the Aged  
Po-Box 1260  
91012 Jerusalem  
  
Tel. 00972-2-6708170  
Fax 00972-2-6708440

Dr. Ariela Lowenstein  
University of Haifa  
Faculty of Social Welfare & Health  
Studies  
Mount Carmel  
31905 Haifa  
  
Tel. 00972-4-824-0815  
Fax 00972-4-824-6832

**Italia**

Natalia Nico Fazio  
Coordinatore Servizio Anziani  
Dipartimento per gli Affari Sociali -  
Presidenza del Consiglio dei  
Ministri  
Via Veneto 56  
I-00187 Roma

Tel. 00390-6-48161335  
Fax 00390-6-48161339

Dr. Luisa Bartorelli  
Primario del Dipartimento di  
Geriatrics  
Ospedale S. Eugenio  
Via Ignazia Guidi No. 3  
I-00147 Roma

Tel. 00390-6-51002480/1/2  
Fax 00390-6-5920858

Aurelia Florea  
ISTISSS  
L'Istituto per gli Studi sui Servizi  
Sociali  
Viale di Villa Pamphili 84  
I-00152 Roma

Tel. 00390-6-67664337  
Fax 00390-6-5897179

Raffaele Fabrizio  
Regione Emilia Romagna  
Assessorato Politiche Sociali e  
familiari  
Viale Aldo Moro, 30  
I-40127 Bologna

Tel. 00390-51-283300  
Fax 00390-51-283343

Antonella Rolfini  
Regione Emilia Romagna  
Assessorato Politiche Sociali e  
familiari  
Viale Aldo Moro, 30  
I-40127 Bologna

Tel. 00390-51-283300  
Fax 00390-51-283343

Guido Mondini  
SAA Faenza  
Via Masoni 9  
I-48018 Faenza

Margherita Merotto  
SAA Montecchio  
P.zza Repubblica 1  
I-42027 Montecchio

**Luxembourg**

Fernando Ribeiro  
Familienministerium Luxemburg  
12-14 Av. Emile Reuter  
L-2919 Luxemburg

Tel. 00352-4786575  
Fax 00352-418888

Dr. Marc Avarello  
Service de formation socio-  
familiale  
20, rue de Contern  
L-5955 Itzig  
Luxemburg

Tel. 00352-368232  
Fax 00352-360264

Dr. Jacqueline Orlewski  
Service de formation  
socio-familiale RBS  
20, rue de Contern  
L-5955 Itzig  
Tel. 00352-368232  
Fax 00352-360264

Christiane Schoellen  
Assurance Dependance  
125, Route d'Esch  
L-2974 Luxembourg  
Tel. 00352-478-6066

Norbert Lindenlaub  
Assurance Dependance  
125, Route d'Esch  
L-2974 Luxembourg  
Tel. 00352-478-6063

#### **Nederland**

Dr. Jaap Poleij  
Ministerie van Volksgezondheit,  
Welzijn en Sport, Directie  
Ouderenbeleid  
Postbus 20350  
NL-2500 EJ Den Haag  
Tel. 003170-340-53 90  
Fax 003170-340-5370

Dr. Clarie Ramakers  
ITS Instituut voor Toegepaste  
Sociale wetenschappen  
Postbus 9048  
NL-6500 KJ Nijmegen  
Tel. 0031-24-3653574  
Fax 0031-24-3653599

#### **Österreich**

Dr. Alexandra Werba  
Bundesministerium für Umwelt,  
Jugend und Familie, Abt V/5  
Franz-Josefs-Kai 51  
A-1010 Wien

Tel. 00431-534-75-250  
Fax 00431-534-75-341

Dr. Waltraud Saischek  
Greidweg 6  
A-6082 Innsbruck

Tel. 0043-676-5450255  
Fax 0043-512370011

#### **United Kingdom**

Mr. Raimond Warburton  
Department of Health  
Social Care Group (Wellington  
House, room 220)  
133 - 155 Waterloo Road  
UK- London SE1 8UG

Tel. 0044-171-972-4114  
Fax 0044-171-972-4202

Prof. Dr. David Challis  
PSSRU Personal Social Services  
Research Unit  
School of Psychiatry (Mathematics  
building, University of Manchester)  
Oxford Road  
UK- Manchester M13 9PL

Tel. 0044-161-275-5222  
Fax 0044-161-275-3924

**Koordination**

Dr. Dietrich Engels  
ISG Sozialforschung  
und Gesellschaftspolitik GmbH  
Postfach 26 02 44  
D-50515 Köln

Tel. 0049-221-235473  
Fax 0049-221-215267

Dr. Heike Engel  
ISG Sozialforschung  
und Gesellschaftspolitik GmbH  
Postfach 26 02 44  
D-50515 Köln

Tel. 0049-221-235473  
Fax 0049-221-215267