

*Mona Frommelt, Thomas Klie,
Peter Löcherbach, Hugo Mennemann,
Michael Monzer, Wolf-Rainer Wendt*



Pflegeberatung, Pflegestützpunkte und das Case Management

**Die Aufgabe personen- und familienbezogener
Unterstützung bei Pflegebedürftigkeit und ihre
Realisierung in der Reform der Pflegeversicherung**

Gefördert durch das
Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

© 2008 FEL Verlag Forschung – Entwicklung – Lehre
Kontaktstelle für praxisorientierte Forschung e.V.
an der Evangelischen Fachhochschule Freiburg

Lektorat: Sabine Behrend, Andreas Hils

Bestelladresse:

FEL EFH Kontaktstelle - Bugginger Str. 38 - 79114 Freiburg

Telefon: 07 61 / 4 78 12 -57 - Telefax: 07 61 / 4 78 12 -22

Internet: www.efh-freiburg.de/fel/start.html

E-Mail: fel-kontaktstelle@efh-freiburg.de

Dieser Text ist **zur Veröffentlichung im Internet bestimmt** und um einzelne Abschnitte gekürzt. Die vollständige Buchfassung des Titels (ISBN 978-3-932650-26-0) ist unter der angegebenen Bestelladresse erhältlich.

FEL

Verlag Forschung – Entwicklung – Lehre

Inhaltsverzeichnis

Die kursiv gesetzten Kapitel stehen nur in der Buchfassung zur Verfügung. Bezug über die auf dem Titelblatt angegebene Bestelladresse.

	Vorwort	2
I	Ausgangssituation	4
	• Unterstützung bei Pflegebedürftigkeit im Fokus	4
	• Bisherige Erfahrungen nutzen	5
	• Das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz eröffnet Gestaltungschancen	7
II	Case Management in der Fachdiskussion	10
	• Care und Case Management	10
	• Case Management-Funktionen	15
	• Versorgungszusammenhänge herstellen und gewährleisten	16
III	Implementierung	19
	• Die gemeinsame Aufgabe strukturieren	19
	• <i>Kompetenzen und Aufgaben zuordnen</i>	22
	• Pflegeunterstützung ansiedeln	22
	• Pflegeunterstützung qualifizieren	29
	• Pflegeunterstützung evaluieren	31
	• Pflegeunterstützung rechtlich absichern	32
IV	Resümee und Eckpunkte	35
V	Anhänge	37
	• <i>Glossar</i>	37
	• <i>Literaturverzeichnis</i>	37
	• <i>Case Management-Ausbildungsprofile in der Pflegeberatung</i>	37
	• <i>Praxisbeispiele</i>	37
	• <i>Gesetzestexte</i>	37

Vorwort

Das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz hat nach langer Diskussion das Thema Beratung und Unterstützung von Menschen mit Pflegebedarf in sein Regelungskonzept aufgenommen. Es sieht einen Anspruch auf Pflegeberatung vor sowie den Aufbau von Pflegestützpunkten, soweit dies die Länder bestimmen: Sie haben die Wahl. Gleichzeitig wird den Kommunen als Sozialhilfeträger die Verpflichtung übertragen, sich im Rahmen der Hilfe zur Pflege ebenfalls an der Koordination und Beratung der Menschen mit Pflegebedarf im Rahmen der Pflegestützpunkte zu beteiligen. Damit werden Care und Case Management-Strukturen in der Pflege verbindlich gemacht. Sowohl die Kranken- und Pflegekassen als auch die Länder und Kommunen sehen sich vor die Aufgabe gestellt, die Aufgaben der Pflegeberatung und den Aufbau der Pflegestützpunkte gemeinschaftlich vorzunehmen. Pflegedienste, bestehende Beratungsstellen, aber auch die Einrichtungen der Altenhilfe und Pflege sehen sich in einem sich neu strukturierenden Netzwerk eingebunden und haben sich in den letzten Jahren häufig selbst um den Aufbau von Case Management-Qualifikation und -Aufgaben bemüht. Die private Pflegeversicherung ist ebenfalls gefragt, sei es eigenständig oder mit der sozialen Pflegeversicherung gemeinsam sich den Aufgaben der Pflegeberatung zu stellen und sie zu gestalten. Nach den langwierigen und kontroversen Diskussionen im Gesetzgebungsverfahren sind viele Fragen hinsichtlich der Implementierung und Ausgestaltung der Pflegeberatung und des Aufbaus der Pflegestützpunkte offen geblieben. Positiv betrachtet: Die Akteure haben einen vergleichsweise großen Gestaltungsspielraum. Kritisch kommentiert: Pflegeberatung und die Pflegestützpunkte drohen in der Vielfältigkeit oder gar Beliebigkeit unterzugehen.

Diese Expertise fasst die bisherigen Erfahrungen im Case Management in Pflegekontexten zusammen, erläutert Grundlagen des Care und Case Managements, formuliert Anforderungen an ein effizienzorientiertes Care und Case Management und diskutiert unterschiedliche Gestaltungs- und Ansiedlungsoption für die Pflegeberatung und die Pflegestützpunkte.

Die Expertise wurde von namhaften ExpertInnen des Case Managements erstellt und von der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management konsentiert. Die Koordination der Erstellung dieser Expertise lag beim Arbeitsschwerpunkt Gerontologie und Pflege an der Evangelischen Fachhochschule Freiburg. Gefördert wurde die Expertise vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, dem an dieser Stelle herzlich dafür gedankt sei.

Die Expertise soll einen Beitrag für eine qualifizierte Diskussion um die Umsetzung des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes leisten: Pflegeberatung und Pflegestützpunkte können mit dieser Expertise auf einen gemeinsamen fachlichen Bezugspunkt zurückgreifen. So wie in pflegefachlichen Fragen die einschlägigen Fachdiskurse der Pflege bis hin zu den Expertenstandards als maßgeblich erachtet

werden, gilt es einen entsprechenden Diskurs auch um das Case Management zu führen und gesicherte Erkenntnisse als verbindlich weiterzugeben. Es geht beim Case Management nicht um eine zusätzliche Aufgabe oder um die Einführung bürokratischer Strukturen, die bisweilen befürchtet oder unterstellt werden. Case Management dient einer effizienten Gestaltung von Unterstützung bei Pflege sowohl für die Menschen, die Pflegebedarfe zu bewältigen haben als auch für das System der Pflegesicherung.

Case Management berührt Interessen und steht in der Gefahr, von einzelnen Stakeholdern dominiert zu werden. Darum ist es wichtig, sich auf die Funktionen des Case Managements, auf Arbeitsweisen und auf die Notwendigkeit des vernetzten Vorgehens verbindlich zu verständigen.

Diese Expertise soll allen an der Realisierung von Case Management-Ansätzen in der Umsetzung des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes Beteiligten Unterstützung ihrer Bemühungen bieten, die Aufgabe der Pflegeberatung zu gestalten und Pflegestützpunkte aufzubauen.

Die Expertise liegt in unterschiedlichen Konfektionierungen vor: Die PDF-Fassung soll allen Interessierten einen schnellen und einfachen Zugriff erlauben. Eine Buchveröffentlichung enthält einen wissenschaftlichen Apparat, weiterführende Literatur, Hinweise, ein Glossar, Praxisbeispiele und Materialien.

Für die gute Zusammenarbeit mit dem BMFSFJ und die ausgesprochen produktive und konstruktive kollegiale Zusammenarbeit bei der Erstellung der Expertise sei ausdrücklich gedankt.

Die Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management (DGCC) wird diesen Prozess aufmerksam verfolgen und begleiten. Nach den zahlreichen Modellprojekten zum Case Management in Altenhilfe und Pflege, aber auch in der Behindertenhilfe, liegen so viele Erfahrungen vor, die es bei der Umsetzung des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes zu beherzigen gilt. Die DGCC steht mit ihrem Sachverstand zur Verfügung.

Prof. Dr. Thomas Klie

Arbeitsschwerpunkt Gerontologie und Pflege an der Kontaktstelle für praxisorientierte Forschung e.V. an der Evangelischen Fachhochschule Freiburg

I Ausgangssituation

I.1 Unterstützung bei Pflegebedürftigkeit im Fokus

Mit der aktuell erfolgten Reform der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz) soll für die Bürgerinnen und Bürger eine bessere Beratung und Hilfestellung zur Bewältigung der Lebenssituation und zur Sicherung der Versorgung bei Pflegebedürftigkeit eingeführt werden. Die Pflegeunterstützung ist eine Aufgabe, die zielgerichtet und erfolgreich nur erfüllt werden kann, wenn sie der individuellen Lebenslage von Betroffenen angemessen vonstatten geht und dabei die Gegebenheiten und Möglichkeiten des Versorgungssystems im Blick hat. In Humandiensten stehen für die Bearbeitung einer solchen Aufgabe das Konzept und die Verfahrensweise des *Case Managements*^{1*2} zur Verfügung. Seine Rolle und Bedeutung in einer erweiterten Unterstützung bei Pflegebedürftigkeit ist Gegenstand der folgenden Erörterungen.

Das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PfWG) räumt allen Versicherten der Pflegeversicherung einen Rechtsanspruch auf so genannte Pflegeberatung ein, § 7a SGB XI. Es sieht weiterhin den Aufbau von Pflegestützpunkten auf lokaler Ebene vor. Ob diese allerdings im Zusammenwirken zwischen Kassen und Kommunen eingeführt werden hängt von den Ländern ab, die sowohl über das „ob“ als auch das „wie“ bestimmen können, § 92c SGB XI.

Das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz hat nicht nur dafür gesorgt, dass ein zusätzlicher Personenkreis in die Leistung der Pflegeversicherung einbezogen wird. Im Zusammenhang mit der Überarbeitung des Pflegebedürftigkeitsbegriffes und des Begutachtungsverfahrens hat das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz ein in der Fachwelt lang gefordertes, erweitertes Pflegeverständnis aufgenommen.

Pflege impliziert über pflegerische Verrichtungen hinaus Lebensbewältigung und Alltagsbesorgung in jeder gesundheitlichen und sozialen Hinsicht sowie die Bewirtschaftung der dafür nötigen Kräfte, Mittel und Möglichkeiten. Darauf muss sich eine Beratung und Hilfeplanung beziehen. Weil es sich für die Beteiligten – individuell Pflegebedürftige, pflegende Angehörige, informelle HelferInnen, pflegeberuflich und administrativ Beteiligte – um einen komplexen Zusammenhang handelt, wird ihm die begleitende Unterstützung, wenn sie effektiv sein soll, im methodischen Vorgehen nur *managerial*, d. h. auf eine organisierende, steuernde und vernetzende Weise, gerecht.

¹ Herausgehobene Textelemente werden im Text kursiv gedruckt

² Begriffe, die mit einem * gekennzeichnet sind, werden im Glossar erläutert

Unterstützung bei Pflegebedürftigkeit interveniert in den Haushalt und in die Lebensführung von Menschen, die von Beeinträchtigungen betroffen sind und mit ihnen zurechtkommen müssen. Auf ihre Eigenaktivität, die gefördert und gestärkt werden soll, sind die nötigen Versorgungsleistungen abzustimmen. In vielen Fällen betreffen diese Abstimmung und eine erwünschte Begleitung die PartnerInnen und Familienangehörigen der von Pflegebedürftigkeit, Behinderung und Demenz betroffenen Personen. Wie das häusliche Zurechtkommen und das Zusammenleben erhalten werden kann, ist eine zentrale Aufgabenstellung für eine zielgerichtete Begleitung in einer von Pflegebedarf geprägten Situation. *Pflegepolitik ist (auch) Familienpolitik* (Klie, T. 2008).

Bei der Konzipierung, Ausstattung und Ansiedelung der vorgesehenen Unterstützung sind die Grundsätze zu beachten, die in den Reformen des Sozialleistungssystems überall gelten: Integrierte Versorgung, die sektorenübergreifend zu gestalten ist, Anspruch von Leistungsberechtigten auf Rehabilitation und Teilhabe, Individualisierung der Bedarfsfeststellung, der Hilfeplanung und der Bedarfsdeckung, eigenverantwortliche Mitwirkung der Bürgerinnen und Bürger an der humandienstlichen Versorgung. Diese Grundsätze lassen im Sinne des Case Managements eine Positionierung der vorgesehenen Pflegeunterstützung zwischen der Lebenswelt der betroffenen Menschen und dem formell strukturierten Versorgungssystem erwarten.

I.2 Bisherige Erfahrungen nutzen

Es ist fachliches Anliegen und Grundlage der Konzeption von Begleitung in der Pflege, aber auch gesetzgeberischer Auftrag, den Menschen mit Pflegebedarf eine abgestimmte und effiziente Unterstützung zuteil werden zu lassen. Diese sollte der Lebensbewältigung und der Sicherstellung von guter fachlicher Versorgung dienen. Bund und Länder haben in diesem Zusammenhang in der Vergangenheit unterschiedliche Programme aufgelegt, Modellvorhaben unterstützt oder/und entsprechende Unterstützungsstrukturen geschaffen.

Das *Land Baden-Württemberg* förderte mit den so genannten IAV Stellen (Informations-, Anlauf- und Vermittlungsstellen) systematisch Case Management-Ansätze, die allerdings nach Auslaufen der Landesförderung durch die Kommunen nicht überall weitergeführt wurden. Die dort gesammelten Erfahrungen zeigen im Übrigen, dass ohne ein konsistentes Gesamtkonzept (Qualifikationsstrategie mit einheitlichen Merkmalen und eine klare Aufgaben-, Steuerungs-, Verfahrens- und Funktionsbeschreibung) ein Case Management in der Fläche nicht greifen kann.

In *Rheinland-Pfalz* wurden und werden Case Management-Stellen durch das Land auf regionaler und kommunaler Ebene gefördert, die so genannten Beratungs- und Koordinationsstellen (BeKo), die anfänglich auch in *Hessen* eingerichtet wurden.

Das rheinland-pfälzische Landespflegegesetz sieht eine Weiterentwicklung der BeKo-Stellen in Richtung eines konsequenten Case Managements vor.

Das Landespflegegesetz *Nordrhein-Westfalen* benennt Case Management explizit im Rahmen der regionalen Sicherstellung der Pflegeberatung in Zusammenarbeit mit den Pflegekonferenzen. Auch hier haben sich – bei unterschiedlichen Trägern angesiedelt – Beratungs- und Case Management-Strukturen entwickelt.

In *Berlin* haben sich Koordinierungsstellen „rund um das Alter“ etabliert, zunächst als Stellen für ambulante geriatrische Rehabilitation geschaffen. Sie bilden in vielen Berliner Bezirken eine tragfähige Grundlage für den Aufbau von Case Management-Strukturen.

In *Hamburg* gibt es eine lange Tradition Case Management-ähnlicher Ansätze in der Altenhilfe und Pflege auf der Ebene der Bezirke und Ortsämter.

In zahlreichen *Modellprogrammen*, z.B. „Verbesserung der Lebenssituation Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen“ (BMG), „Altenhilfestrukturen der Zukunft“ (BMFSFJ) und „Weiterentwicklung des Pflegeversicherungsgesetzes“ (Spitzenverbände der Pflegekassen) wurden an verschiedenen Stellen Case Management-Konzepte erprobt und evaluiert. Beispielhaft können die folgenden hervorgehoben werden:

- Erprobung von Case Management-Ansätzen und der hausärztlichen Versorgung in Hamburg (PAGT), gefördert durch das BMFSFJ;
- Aufbau und Evaluation eines vernetzten Versorgungssystems in Ahlen/Westfalen, gefördert durch das BMG und die Spitzenverbände der Pflegekassen;
- Modellprojekt zum hausärztlich eingeleiteten Case Management im Praxisnetz Nürnberg Nord, gefördert durch das BMFSFJ;
- Weiterentwicklung des Leistungsrechts in der Pflegeversicherung im Modellprogramm PFLEGE BUDGET an sieben Standorten mit insgesamt 16 Case ManagerInnen und unterschiedlichen Anstellungsoptionen, gefördert durch die Spitzenverbände der Pflegekassen.
- Im Projekt *Integriertes Budget* wird die Anwendung von Case Management in der Beratungsinfrastruktur der Behinderten (Selbst-)Hilfe in Zusammenhang mit budgetbasierten Leistungsformen erprobt und dabei die besondere Kultur der Behindertenhilfe berücksichtigt.

Case Management-Erfahrungen liegen auch in der Arbeitsverwaltung vor. So wurde mit dem SGB II flächendeckend ein Fallmanagement eingeführt, um eine effiziente Beratung und Begleitung sicherzustellen. Auch in der Eingliederungs- und

Jugendhilfe etablieren sich Case Management-Ansätze. Insofern stehen die Bemühungen um die Implementierung von Case Management in der Pflege nicht isoliert.

Die Modellprojekte zeigen in ihrem Verlauf und in ihren Effekten, dass die Lebensqualität der Betroffenen sowie die Versorgungsstrukturen und die Wirtschaftlichkeit gesundheitlicher, pflegerischer und hauswirtschaftlicher Dienste durch den Handlungsansatz Case Management deutlich verbessert werden. Die gesteigerte Versorgungsqualität in der Region kommt allen Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen (auch präventiv) zu gute. So konnte etwa in Ahlen nachgewiesen werden, dass die systematische Implementierung von Case Management-Strukturen die Heimquote deutlich absenken kann.

Durch das GKV *Wettbewerbsstärkungsgesetz* wurde mit ähnlichen Anliegen wie im Bereich der Unterstützung Pflegebedürftiger das *Versorgungsmanagement* verbindlich eingeführt, das ebenfalls sicherstellen soll, dass eine nahtlose, aufeinander abgestimmte und nach Möglichkeit integrierte Behandlung, Rehabilitation und Versorgung im Gesundheitswesen erfolgt.

Aus dem *Ausland* sind vielfältige Erfahrungen und Strukturen bekannt, die die Unterstützung bei Pflegebedarf vorsehen – jeweils unter unterschiedlichen rechtlichen Rahmenbedingungen, fachlich und institutionell ausgestaltet und in unterschiedlichen Verbindlichkeiten gesetzlich geregelt. Diese wurden etwa in dem Projekt des BMFSFJ „Case Management in verschiedenen nationalen Altenhilfesystemen“ untersucht und für den deutschsprachigen Bereich zugänglich gemacht.

Alle bisherigen Modellprojekte und Versuche, die strukturelle Unterstützung bei Pflegebedürftigkeit sicherzustellen, zeigen, dass der Aufbau einer entsprechenden Struktur und die Etablierung eines fachlich tragfähigen Vorgehens im Einzelfall voraussetzungsvoll ist und eine zum Teil langjährige Implementationsaufgabe darstellt.

I.3 Das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz eröffnet Gestaltungschancen

Das Anliegen, Unterstützung bei Pflegebedürftigkeit durch eine systematische Zusammenarbeit auf regionaler Ebene und durch individuelle Beratung, Hilfeplanung und Begleitung sicherzustellen und entsprechende tragfähige Strukturen verbindlich aufzubauen, zeichnet das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz aus.

Das PFWG enthält in zwei Vorschriften Aussagen zum Case Management in der Pflege. Zum einen handelt es sich um Art. 1 § 7a PFWG. Danach sollen Versicherte, die Anspruch auf Leistungen nach dem SGB XI haben, ab 01.01.2009 einen Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung erhalten, sowohl bezogen auf die ihnen zustehenden sozialleistungsrechtlichen Ansprüche als auch auf andere aufgeworfenen Fragestellungen im Zusammenhang mit ihrem Pflege-, Versorgungs- und Betreuungsbedarf. Es soll ein Hilfeplan erstellt werden, wobei die Er-

stellung im Einvernehmen mit allen an der Versorgung Beteiligten erfolgen soll, mit denen eng zusammen zu arbeiten ist. Die Aufgabe der so genannten „Pflegerberatung“ soll zunächst den Pflegekassen obliegen, die Teilaufgaben von dritten Stellen wahrnehmen lassen können respektive sollen. Die „Pflegerberatung“ soll an den neu zu schaffenden Pflegestützpunkten angesiedelt werden, Art. 1 §92c PfWG. Sie soll einheitlich von allen Kranken- und Pflegekassen vor Ort wahrgenommen und sichergestellt werden. Vorgesehen für Aufgaben der „Pflegerberatung“ sind insbesondere sowohl Sozialversicherungsfachangestellte der Kassen als auch Fachkräfte der Pflege und Sozialen Arbeit, jeweils mit einer entsprechenden auf das Case Management bezogenen (Weiter-)Qualifikation. Eine Aufgabendifferenzierung zwischen Beratung und komplexer Fallsteuerung wird im Gesetz aufgegriffen, wobei die Fallsteuerung nur besonders komplexen Konstellationen vorbehalten bleiben soll. Die Aufgaben der Pflegerberatung sind vielfältig: Sie liegen sowohl auf dem Gebiet sozialrechtlicher und pflegfachlicher Fragen als auch in der Vermittlung von Hilfsangeboten, die auf die Unterstützung von Menschen mit Pflegeversorgungs- oder Betreuungsbedarf ausgerichtet sind.

Die Pflegestützpunkte dienen der Verbesserung der wohnortnahen Beratung, Betreuung und Versorgung der Versicherten. Sie sollen gemeinsam von den Kranken- und Pflegekassen auf vertraglicher Grundlage mit den Sozialhilfeträgern (Kommunen) der örtlichen Altenhilfe, den Verbänden der Pflegeeinrichtungen und den von Ländern geförderten Stellen und Strukturen der Pflegerberatung sowie unter Beteiligung der privaten Pflegeversicherung eingerichtet werden. Die Verträge werden vor Ort geschlossen: Pflegestützpunkte dienen der wohnortnahen und kleinräumigen Versorgung von Einheiten von etwa 20.000 Bürgerinnen und Bürgern. Es sollen Selbsthilfegruppen, Initiativen und Organisationen des bürgerschaftlichen Engagements sowie weitere Kostenträger eingebunden werden. Das Konzept der Pflegestützpunkte zielt in der entwickelten Form auf umfassende Verträge der Integrierten Versorgung mit Ärzten, Rehabilitationseinrichtungen, Einrichtungen der Altenhilfe und des Behindertenwesens. Die Aufgaben der Pflegestützpunkte liegen in Auskunft und Beratung zu den Rechten und Pflichten nach dem SGB für Pflegebedürftige, in der Koordinierung aller für die wohnortnahe Versorgung in Betracht kommenden gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen und sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Unterstützungsangebote und in der Bereitstellung und Vernetzung aufeinander abgestimmter pflegerischer und sozialer Versorgungs- und Betreuungsangebote. Damit ist ein umfassender Koordinations- und Vernetzungsauftrag verbunden, mit dem die Pflegekassen ihren Sicherstellungsauftrag nach dem SGB XI wahrnehmen und an dem sie auch andere Leistungsträger sowie die Leistungserbringer teilhaben lassen. Fachlich betrachtet werden Aufgaben des Case Managements auf der Koordinations- und Systemebene beschrieben.

Das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz hat nicht nur im SGB XI Case Management-Ansätze verankert, sondern auch im SGB XII. Während § 71 SGB XII im Rahmen der Altenhilfe eine entsprechende Beratungsfunktion schon lange vorsieht, nimmt nun § 61 Abs. 4 Satz 1 des SGB XII explizit Bezug auf die Pflegeberatung und die Pflegestützpunkte und damit auch Case Management-Aufgaben, die von den Sozialhilfeträgern mitgestaltet werden.

An verschiedenen Stellen nimmt das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz auf die Fachdiskussion im Case Management Bezug. Indirekt erfolgt dies dadurch, dass in der Aufgabenbeschreibung der so genannten „PflegeberaterInnen“ auf das Case Management Bezug genommen wird. Das Gleiche gilt bei der Beschreibung der Aufgaben und Anliegen, die mit Pflegestützpunkten verbunden werden. In der Gesetzesbegründung wird etwa auf die Ausbildungsstandards der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management verwiesen. In den Eckpunkten der Koalition zur Pflegereform vom Juni 2007 wurde noch von „Fallmanagement“ gesprochen. Es wird im Gesetz nachvollziehbar auf den Begriff des Case Managements verzichtet, da er für diejenigen, die der Pflegeunterstützung bedürfen, wenig zugänglich ist. Gleichwohl ist es bedeutsam, will man effiziente, wirtschaftliche und nachhaltig zu sichernde Strukturen der Pflegeunterstützung aufbauen, dass man auf die inzwischen etablierte Fachdiskussion im Case Management zurückgreift und die Ergebnisse der Modellprojekte und sonstigen Erfahrungen mit dem Case Management in der Unterstützung Pflegebedürftiger nutzt. Nur ein Konzept der Pflegeunterstützung, das den Case Management-Diskurs als Bezug kennt, kann man als dem „state of the art“ angemessen bezeichnen, und wird so den Anforderungen des Gesetzgebers gerecht.

II Case Management in der Fachdiskussion

II.1 Care und Case Management

Vom Adressaten aus gesehen gewährleistet Pflegeunterstützung als Case Management *Hilfe aus einer Hand*: die für den Einzelfall notwendigen Hilfen im regionalen Versorgungsangebot werden vom Case Management ausfindig gemacht und gesteuert. Dazu müssen der Kontakt zum Adressaten der Hilfe (*Einzelfallebene*), die *Organisation*, die das Case Management trägt und organisationsübergreifend die Dienstleistungen im *Versorgungsnetz* (Care Strukturen) gestaltet werden.

In der *Fachdiskussion* wird Case Management begriffen als ein organisationsstrukturierendes Handlungskonzept, das seine Wirkkraft in der Verbindung der drei benannten Ebenen entfaltet.

Nicht alle Hilfesuchenden benötigen ein umfangreiches Case Management.³ Es lassen sich grundsätzlich *drei Personengruppen* unterscheiden:

- Personen, denen ohne weitere Fallklärung die Weitergabe gezielter *Informationen* ausreicht.
- Personen, bei denen zwar eine Fallklärung notwendig ist, aber die regionalen Dienstleistungen nicht gesteuert werden müssen. Entweder sind nicht mehrere Dienstleistungen, die koordiniert werden müssen, beteiligt, oder die Personen können sich die Hilfe selbst ausreichend zugänglich machen und diese koordinieren (*einzelfallbezogene Beratung*).
- Personen, bei denen nach einer ausführlichen Fallklärung auch die Koordination der beteiligten Dienste notwendig ist (Fallführung im individuellen *Case Management*), das heißt:
 - es liegt eine komplexe Hilfesituation vor
 - die Akteursdichte der am Einzelfall beteiligten Dienstleister ist hoch und
 - die Hilfe kann von der betroffenen Person und dem sozialen Umfeld nicht allein ausfindig gemacht, initiiert und koordiniert werden (Subsidiarität).

Die Informationsweitergabe kann auch von einer Einrichtung vorgenommen werden, die kein Case Management durchführt, sondern bei Bedarf an eine Case Management durchführende Stelle verweist.

³ Studien belegen, dass Case Management ohne Zugangsdifferenzierungen zur Überforderung der Case Manager führt und letztlich negative Segregationsprozesse in der Klientel fördert (Gissel-Pavlovich 2006).

Es bedarf der Anwendung eines stabilen und validen Verfahrens zur Differenzierung sowohl des grundsätzlichen Bedarfes als auch der Bedarfsintensität an Case Management, um über Fallzahlen und die damit verbundenen Aufwände und notwendigen Ressourcen Feststellungen zu den personellen, organisatorischen und finanziellen Voraussetzungen zur Implementierung von Case Management treffen zu können.

Da Case Management neben der Einzelfallebene auch Einfluss auf die Gestaltung der Organisation und der regionalen Netzwerkebene nimmt, profitieren von dem erreichten fachlichen Niveau des regionalen Versorgungssystems alle benannten Personengruppen.

Auf der *Einzelfallebene* lassen sich die folgenden Handlungsschritte unterscheiden:

- Zugänge der Adressaten zum Case Management werden bewusst gestaltet.
- nach definierten Kriterien werden die Personen ausfindig gemacht, bei denen ein komplexer Hilfebedarf vorliegt und die Steuerung unterschiedlicher Angebote wahrscheinlich notwendig ist.
- die Hineinnahme des Adressaten in einen Case Management-Prozess wird vereinbart und ist bewusst gestaltet.
- in für ein individuelles Case Management relevanten Fällen werden eine umfangreiche Situationsaufnahme und eine Bedarfsfeststellung vorgenommen.
- im Anschluss an die Bedarfsfeststellung werden Ziele und notwendige Maßnahmen gemeinsam mit dem Adressaten formuliert.
- die Durchführung der Maßnahmen wird von dem/der Case ManagerIn initiiert, beobachtet und gesteuert.
- nach Abschluss des Hilfeprozesses folgt eine einzelfallbezogene Bewertung.⁴

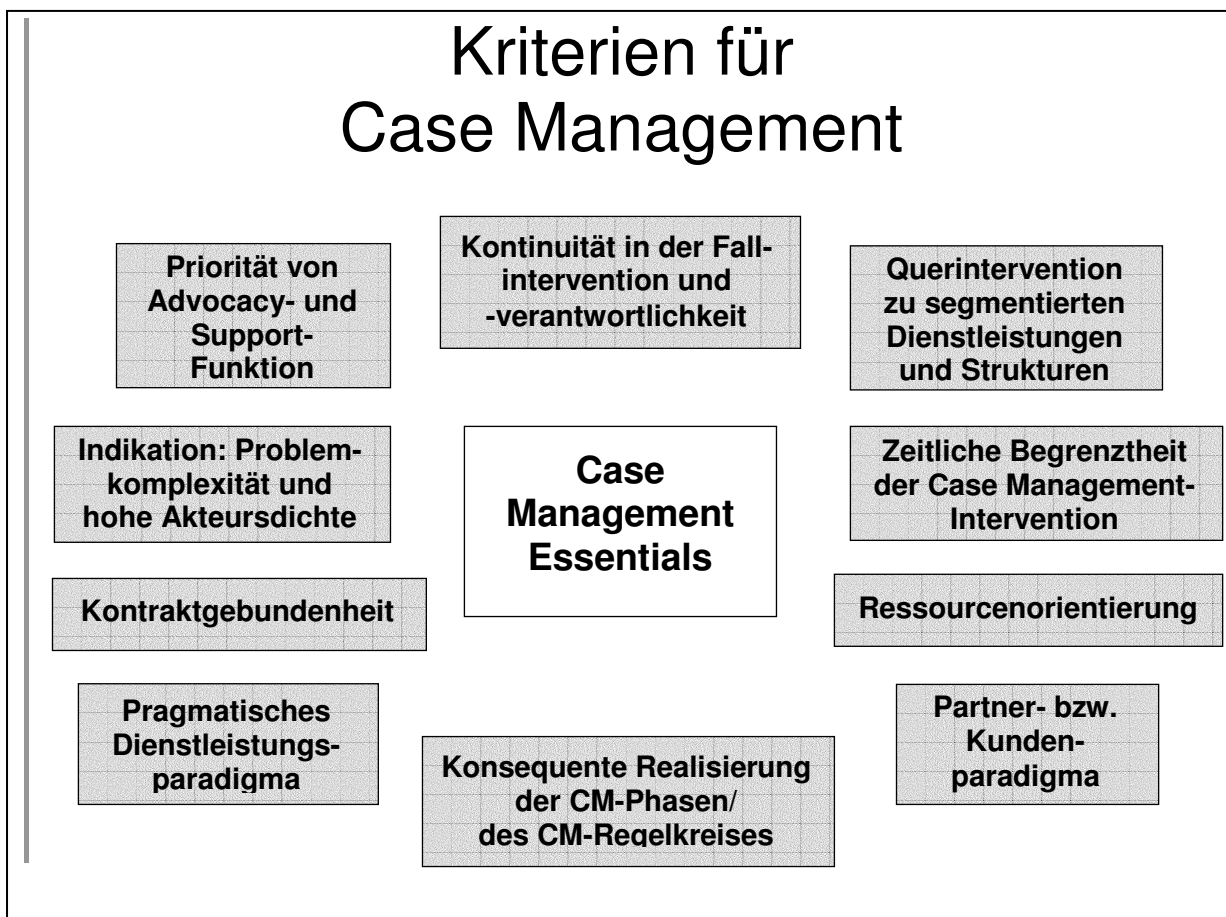
Auf der *Organisationsebene*

- sind alle Dienste der Organisation auf das Prinzip der Hilfe aus einer Hand ausgerichtet
- ist der/die Case ManagerIn in der eigenen Organisation autorisiert zur Koordination aller Dienste: die Aufbau- und die Ablauforganisation sind entsprechend ausgerichtet

⁴ Dies ist im PFWG lediglich für besonders komplexe Fallgestaltungen vorgesehen

- die Trägerstruktur gewährleistet unabhängig von den eigenen Trägerinteressen adressatenorientierte Hilfe
- die notwendigen Ressourcen zur Durchführung der einzelfallbezogenen Beratungsleistung sowie insbesondere auch zum Aufbau und zur Pflege des regionalen Versorgungssystems werden zur Verfügung gestellt

Ein wirkungsvolles, adressatenorientiertes Case Management setzt drittens *vernetzte Versorgungsstrukturen* voraus (Care Strukturen), auf die der/die Case ManagerIn für den Einzelfall steuernd zugreifen kann.



nach Wißmann: Case Management – Konzept, Praxis und Qualifizierungsbedarf

Ein vernetztes, regionales Versorgungssystem

- gewährleistet über die Grenzen von Einrichtungen hinweg
- zwischen unterschiedlichen Berufsgruppen
- auf der Grundlage verlässlicher Regelungen (vereinbarte Schnittstelleninstrumente, bis hin zu Verträgen zwischen Einrichtungen)

- über Zuständigkeitsgrenzen unterschiedlicher Kostenträger hinweg eine adressatenorientierte Zusammenarbeit im Einzelfall.

Stehen in einer über Einrichtungsgrenzen hinweg zu erbringenden Begleitung unterschiedliche Personen für das Case Management zur Verfügung, sollte diejenige tätig werden, die den besten sowie einen kontinuierlichen Zugang zum/zur KlientIn und dem benötigten Versorgungssystem hat und die notwendigen Kontakte sicherstellen kann.

Beim Case Management ist es in hohem Maße sinnvoll und erforderlich, dass sektorenübergreifend zusammengearbeitet wird.

Case Management berücksichtigt die sektorenspezifischen Erfordernisse, die in der Behindertenhilfe anders aussehen als im Bereich psychisch kranker Pflegebedürftiger, in der Altenhilfe wiederum anders als etwa bei KlientInnen und PatientInnen mit hochkomplexen gesundheitlichen Versorgungskonstellationen etwa im Bereich Palliative Care.

*Care Management** sieht auf der so genannten Systemebene vor, dass Versorgungsangebote für gleich gelagerte Bedarfskonstellationen einzelfallübergreifend aufeinander abgestimmt, ausreichende infrastrukturelle Angebote vorgehalten und entwickelt werden und notwendige Hilfen in einer Weise vorzuhalten sind, die von Abstimmung und Aushandlung geprägt ist und auch die persönlichen Präferenzen der Adressaten berücksichtigt. Care Management zeichnet sich durch die Systemmitverantwortung und das Handeln auf der Systemebene aus. Es entfaltet sich erst dann richtig, wenn die relevanten Zustände, respektive Bedarfslagen der KlientInnen, auf einem Assessment basierend, dargestellt und abgebildet werden.

Möchte man nun Care Management-Strukturen in der Pflege aufbauen, so bieten sich hierfür regionale Kooperationen und Netzwerke an, die sich gemeinsam lernend und austauschend an der Verbesserung der örtlichen Strukturen beteiligen. Es ist nicht sinnvoll, Care Management-Strukturen in Konkurrenz zu einander zu etablieren. Richtigerweise sieht auch das PfWG vor, dass zunächst die Pflegekassen zusammenarbeiten sollen und müssen. Darüber hinaus ist sicherzustellen, dass das Care Management sektorenübergreifend angelegt ist, d.h. insbesondere den GKV- und den SGB IX- und XII-Bereich, aber auch die kommunale Daseinsvorsorge mit Regelungen einbezieht. Care Management-Strukturen ließen sich mit Hilfe der SGB XI und XII entsprechend etablieren. Sie müssen inhaltlich, konzeptionell und von den erwarteten Kompetenzen in der konkreten, organisationalen Zusammenarbeit ausbuchstabiert werden.

Mit der im Rahmen der Diskussion zu den Pflegestützpunkten häufig vorgebrachten Kritik, Case Management führe nur zu einer zusätzlichen Ebene und schade durch die Bindung von Mitteln damit direkt aber auch indirekt der operativen Leistungserbringung, muss differenziert umgegangen werden.

Case Management steht dann in der Gefahr zusätzliche Bürokratie schaffen, wenn folgende Voraussetzungen gelten:

- Case Management verwaltet ein begrenztes Budget und kontrolliert dessen Verausgabung durch die Leistungserbringer
- Case Management wird vorwiegend zur Kontrolle der Leistungserbringung eingesetzt
- unzureichende Kommunikation zwischen Case Management und operativer Ebene
- unpassende Profession oder Qualifikation der Case ManagerInnen, weil das zu Missverständnissen und fehlendem Verständnis führen kann.

Zusammenfassend kann geschlossen werden, dass zusätzliche Bürokratie nur dann aus einem Case Management folgt, wenn ein neues System mit einer eigenen Funktionslogik hierarchisch verortet wird und sich nicht an netzwerkspezifischen Erfolgskategorien zu messen hat (z.B. Kosten).

Dagegen funktioniert Case Management, wie es hier vorgeschlagen wird, nach dem Verständnis einer vom Netzwerk beauftragten Netzwerkkoordination im Rahmen adressatenorientierter Leistungserbringung und Systemsteuerung. Case Management sollte dabei also nicht als zusätzliche Funktion auf das bestehende System aufgepflanzt werden, sondern vielmehr als Selbstverpflichtung der örtlichen Akteure initiiert werden. Ziel ist damit auch die Organisation einer gemeinsamen Kultur und Arbeitsweise in der Region, in der das Case Management die Moderation übernimmt, damit ein vernetztes, regionales Versorgungssystem entwickelt und aufrechterhalten werden kann (vgl. dazu auch III.3 „Pflegeunterstützung ansiedeln“).

Es kann festgehalten werden, dass Pflegeunterstützung im Sinne des Case Management seinen *konzeptuellen Ausgangspunkt* im Blick auf die Situation der Adressaten findet, die Hilfe aus einer Hand erhalten sollen. Insofern ist es sektoren-, einrichtungs- und professionsübergreifend ausgerichtet. Die *Wirkungsmöglichkeit* der im regionalen Versorgungsnetz autorisierten Case ManagerInnen, unterschiedlichen Hilfen auf den Einzelfall abzustimmen, hängt von der Breite der am Netzwerk strukturell und verbindlich beteiligten Kosten- und Leistungsträger ab. Insofern sollte Case Management von der Netzwerkebene her aufgebaut werden.

II.2 Case Management-Funktionen

Mit den Grundlagen des Case Management hat es wenig zu tun, wenn Kranken- und Pflegekassen im Alleingang Pflegeberatungskompetenzen und -strukturen aufbauen und die Finanzmittel allein nutzen. Pflegeberatung stellt die Einzelfallebene des Case Managements in seinen unterschiedlichen Intensitätsgraden dar. Wenn sie im Sinne der Funktion und Zielsetzung des Case Management wirksam bleibt, ist sie auf Vernetzung angelegt und auf sie verwiesen. Die Finanzierungsstrukturen der Pflegeberatung ermöglichen überdies, dass die für die Pflegeberatung als Leistung vorgesehenen Mittel der Pflegeversicherung gemeinsam autorisierten Case ManagerInnen zufließen: 50% der Kosten für die Pflegeberatung stammen aus dem Verwaltungshaushalt der Kranken- und Pflegekassen, werden von ihnen also regelmäßig über ihre Mitarbeiterin und Mitarbeiter veranschlagt, immerhin 50% stammen aus dem Leistungshaushalt und sind insofern potentiell Gegenstand der Aushandlung auf der Landes- respektive auf der kommunalen Ebene und können bestehende Strukturen erhalten, qualifizieren und weiterentwickeln. Für die Anschubfinanzierung stehen potenziell einmalig Mittel zum Aufbau von Pflegestützpunkten zur Verfügung. Die Absicherung eines auf Dauer hin angelegten, wirksamen und qualifizierten Case Managements setzt hinsichtlich der Finanzierung, der Handhabe für die Beratung und das Case Management im Netzwerk auf tragfähige Absprachen, an denen sowohl die Kranken- und Pflegekassen als auch die Kommunen beteiligt sind und für die sie Mitverantwortung tragen. Pflegeberatung im Sinne des Case Management kann nicht ohne das Care-Management, d.h. systematische Zusammenarbeit auf der kommunalen Ebene funktionieren. Wie auch immer Pflegestützpunkte gestaltet werden, ob man an der Begrifflichkeit festhält oder nicht, ohne die Realisierung des mit ihnen verbundenen Anliegens kann es kein qualifiziertes Case Management, kann es keine qualifizierte Pflegeberatung geben.

Im Case Management werden *unterschiedliche Funktionen* sichergestellt, die miteinander in Beziehung und Balance gebracht werden müssen:

- die Funktion der *sozialen Unterstützung* („Social Support*-Funktion“, Ewers/Schäffer 2000) akzentuiert die soziale Unterstützung inklusive der neuen Aushandlung von Aufgaben, Präferenzen und Lösungsoptionen aller Beteiligten im Zusammenhang mit Pflegebedürftigkeit und (chronischer) Krankheit;
- die Funktion der „*anwaltlichen*“ *Vertretung* der Interessen der Adressaten der Hilfe („Advocacy*-Funktion“, Ewers/Schäffer 2000);
- die Funktion der *Vermittlung* unterschiedlicher Dienste auch im Sinne einer Makler-Funktion („Broker*-Funktion“, Ewers/Schäffer 2000);

- die Funktion der *Erschließung des Erforderlichen*, d.h. die Aufgabe, zugängliche Leistungsbereiche und zulässige Lösungen von unzulässigen und nicht zugänglichen zu unterscheiden („Gatekeeping“-Funktion“, Wissert 2001).

Diese Funktionen werden in unterschiedlicher Intensität im Case Management wahrgenommen. Sie müssen allerdings alle vorgehalten und gegebenenfalls umgesetzt werden.

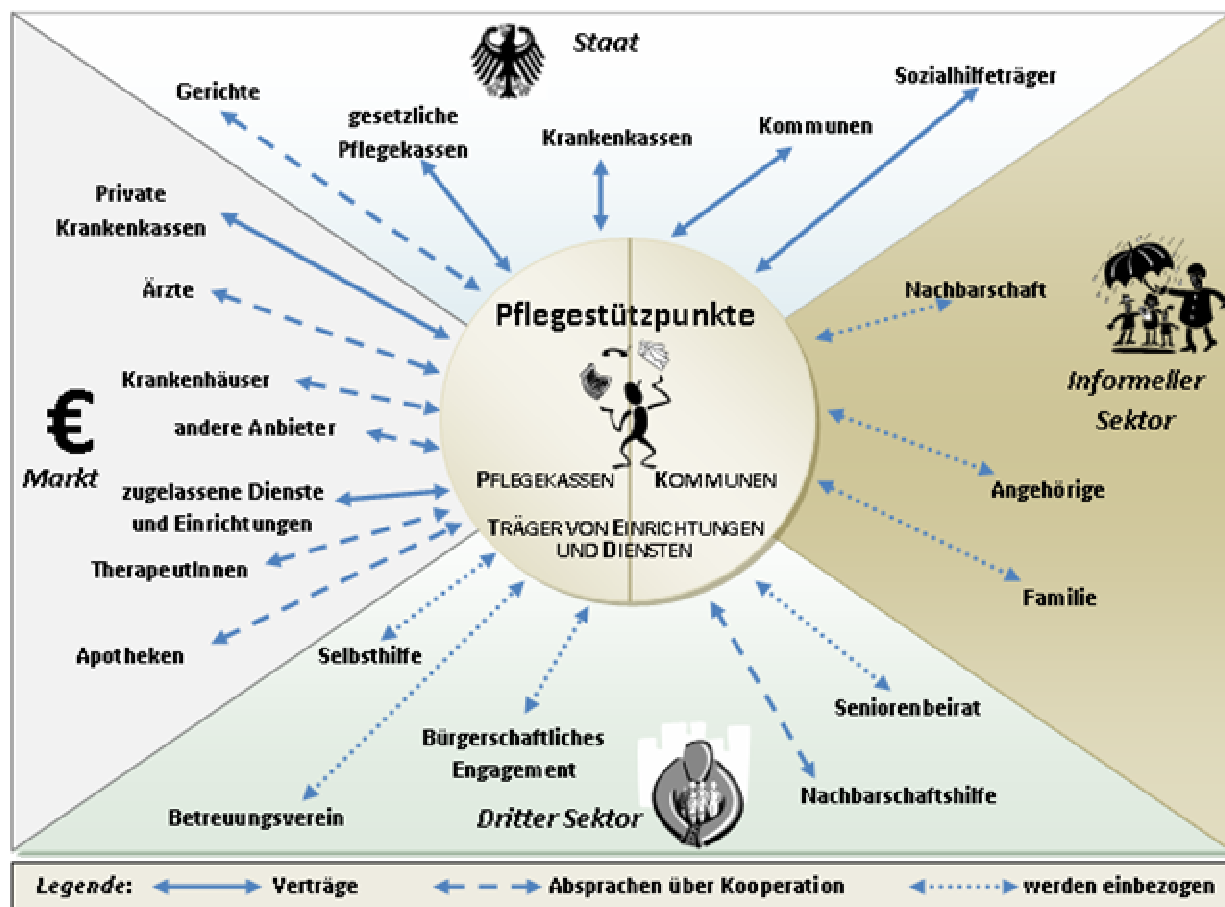
Case Management ist insofern *nicht eindimensional* über die Beachtung einer einzigen Funktion zu realisieren. Je nach Gewichtung der Funktionen zueinander sind regional und zielgruppenbezogen *unterschiedliche organisatorische Lösungen möglich*. Die zu erwartenden *Kompetenzen von Case ManagerInnen* müssen die reflektierte und den Adressaten gegenüber transparente Übernahme aller Funktionen beinhalten.

Die *Integration der Case Management-Funktionen* in einer Person oder zumindest in eine Organisation bringt Vorteile mit sich: Auf diese Weise wird über eine zentrale Person das Vertrauen der Klientinnen und Klienten hergestellt und eine kontinuierliche Begleitung gewährleistet, wodurch Compliance und Mitarbeit am ehesten gefördert werden können. Zudem ist sichergestellt, dass Erkenntnisse aus dem Fallgeschehen, vor allem in Bezug auf fehlende, ineffektive und ineffiziente Angebote im Sinne eines Controllings oder einer Evaluation an die strategisch Verantwortlichen gelangen. Des Weiteren sprechen für diese Option die Reduktion der Schnittstellen und damit die Absenkung der prinzipiellen Fehlerquote im Leistungsgeschehen, was eine bessere Abstimmung im System der Versorgung zur Folge hat.

II.3 Versorgungszusammenhänge herstellen und gewährleisten

Der Erfolg und die Wirksamkeit des Case Managements hängen von verschiedenen Faktoren ab. Strukturell zunächst davon, ob sektoren-, berufsgruppen- und disziplinübergreifend gearbeitet wird.

Dabei ist der Sektorenbegriff zunächst ein offener: Gesetzgeberisch lassen sich Sektoren im Wesentlichen als fragmentierte Felder der gesundheitlichen und sozialen Versorgung beschreiben, z.B. im Gesundheitswesen mit seinen Binnendifferenzierungen (Klinik, ambulanter Bereich, Rehabilitation), Pflege im Sinne des SGB XI, Altenhilfe im Sinne des SGB XII, Prävention etc. Sektoren lassen sich hinsichtlich des so genannten Welfare Mix aber auch als Produktionslogiken unterschiedlicher gesellschaftlicher Subsysteme begreifen: hier Familien, dort der Markt, dort der Dritte Sektor und der Staat mit seinen Garantie- und Leistungsfunktionen (Klie/Roß 2005).



In diesem mehrdimensionalen Sektorenverständnis hat sich Unterstützung bei Pflegebedürftigkeit zu bewähren und ihre fallsteuernde Koordinations- und Kooperationsfunktion wahrzunehmen. Nur dann wird Case Management als ressourcensparendes Verfahren wirksam. Gerade im Zusammenhang mit der Pflegeversicherung kommt es darauf an, die Schnittstellen zwischen dem SGB V- und SGB XI-Bereich wirksam zu bearbeiten. So beispielsweise im Ausschöpfen der Präventions- und Rehabilitationspotentiale von Pflegebedürftigkeit bedrohter und pflegebedürftiger Menschen.

Auch kommt es zentral darauf an, die Solidaritäts- und Leistungsfähigkeit von Familien zu stützen und dies unter Fairness- und Gender-Gesichtspunkten sowie intergenerationaler Solidarität und Gerechtigkeit. Gelingt dies nicht, werden die Grundlagen der als „Teilkaskoversicherung“ angelegten Pflegeversicherung gefährdet.

Die Versorgungssteuerung im Sinne des Case Managements kennt in den unterschiedlichen Sektoren unterschiedliche Rationalitäten und ökonomische Rahmenbedingungen. Will man sie als Schnittstelle zwischen SGB XI und SGB V wirksam werden lassen, wird man sich bei der Implementierung des Case Managements in der Pflege auch mit dem durch das GKV-WSG gestärkten Case Manage-

ment im Gesundheitssektor und Globalbudgets auseinander zu setzen haben. Ein solches Zusammendenken eröffnet Optionen auf Mischfinanzierungen des Case Managements. Will man in besonderer Weise die Schnittstelle zur Familiensolidarität und zur kommunalen Daseinsvorsorge fokussieren, wird man eher regionale Budgets bzw. die fiskalischen Effekte auf mittel- und langfristiger Ebene sowie deren Schnittstellen im Bereich der kommunalen Altenplanung und seinen Wirkungen auf der Systemebene in den Blick nehmen. *Ohne die Sicherstellung eines sektorenübergreifenden Ansatzes des Case Managements macht eine Einführung kaum Sinn und werden Care und Case Management keineswegs die Wirkung entfalten, die potentiell möglich ist und von ihnen erwartet wird.*

Wirksame Pflegeunterstützung hängt davon ab, dass

- die Institutionen des Sozial-, Gesundheits- und Pflegewesens gut zusammenarbeiten: die Pflege mit den Kranken- und Pflegekassen und diese wiederum mit dem Sozialhilfeträger; die Krankenhäuser mit den Heimen und den ambulanten Diensten.
- die für die Unterstützung Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen wichtigen Berufsgruppen gut miteinander kooperieren: die niedergelassenen Ärzte, Pflegefachkräfte, Soziale Arbeit in der Beratung, Therapeuten in der Rehabilitation und Prävention.
- die Familien, Freunde und Nachbarn von Pflegebedürftigen ihrerseits untereinander aber auch wiederum mit den Fachkräften, mit beruflich tätigen Anbietern aber auch den Freiwilligen abgestimmt und wertschätzend kooperieren.
- dem Case Management in diesen Zusammenhang ein mehrdimensionales Sektorenverständnis zu Grunde liegt. Im Einzelfall gilt es die Kooperation ebenso sicherzustellen, wie auf der regionalen Ebene in einer generellen Verabredung guter Kooperation und entsprechender Spielregeln.
- Versorgungszusammenhänge hergestellt und gewährleistet werden. Dies ist ein Auftrag, der eng mit Fragen der Infrastrukturverantwortung und Daseinsvorsorge zusammenhängt. Insofern sind auch in besonderer Weise die Kommunen einzubeziehen.

III Implementierung

III.1 Die gemeinsame Aufgabe⁵ strukturieren

Die Einführung von Care und Case Management des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes ist eine Chance, die vor allen Dingen dann ergriffen werden kann, wenn eine konsistente konzeptionelle Ausrichtung mit einer pragmatischen Implementationsstrategie verbunden wird. So wird man nicht in allen Ländern und schon gar nicht bei allen Kommunen darauf setzen können, dass sie sich ihrerseits als Kooperationspartner mit eigenem Finanzierungs- und Ressourcenbeitrag an der Aufgabe des Care und Case Managements beteiligen werden. Insofern ist es auch nachvollziehbar, wenn das PFWG zunächst auf eine Inpflichtnahme der Pflegekassen setzt, um das Care und Case Management flächendeckend einzuführen. Andererseits ist das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz in der Lage, die in den letzten Jahrzehnten aufgebauten Beratungs- und Case Management-Infrastrukturen auf landes- und kommunaler Ebene aber auch bei den Trägern von Einrichtungen und Diensten zu stabilisieren, in ihren Ressourcen zu nutzen und durch gemeinsame Anstrengung weiterzuqualifizieren.

Nach Reis⁶ können Inhalt und Qualität der geleisteten Dienstleistungsprodukte nicht unabhängig von den implementierten Angebotsstrukturen gesehen werden (vgl. auch Abbildung unten) – dies gilt insbesondere im Bereich der humandienstlichen Versorgung. Insofern ist beim Aufbau der Fallmanagement anbietenden Pflegestützpunkte auch darauf zu achten, wie die erwünschten „Produkte“ integrierter Versorgung am effektivsten angeboten werden. Nach Löcherbach⁷ müssen zum Funktionieren eines Fallmanagements auf der strukturellen, organisationellen und personellen Ebene folgende Bedingungen erfüllt sein:

- Das *Netzwerk* übernimmt Verantwortung für die Organisation der sozialen und gesundheitlichen Versorgung im (regionalen) Zuständigkeitsbereich und bildet eine flächendeckende verbindliche Case Management-Infrastruktur.
- Die *Organisation* richtet Fallsteuerung und Ressourceneinsatz (Effizienz der Abläufe) nach dem Case Management-Konzept aus, führt Prozessstandards

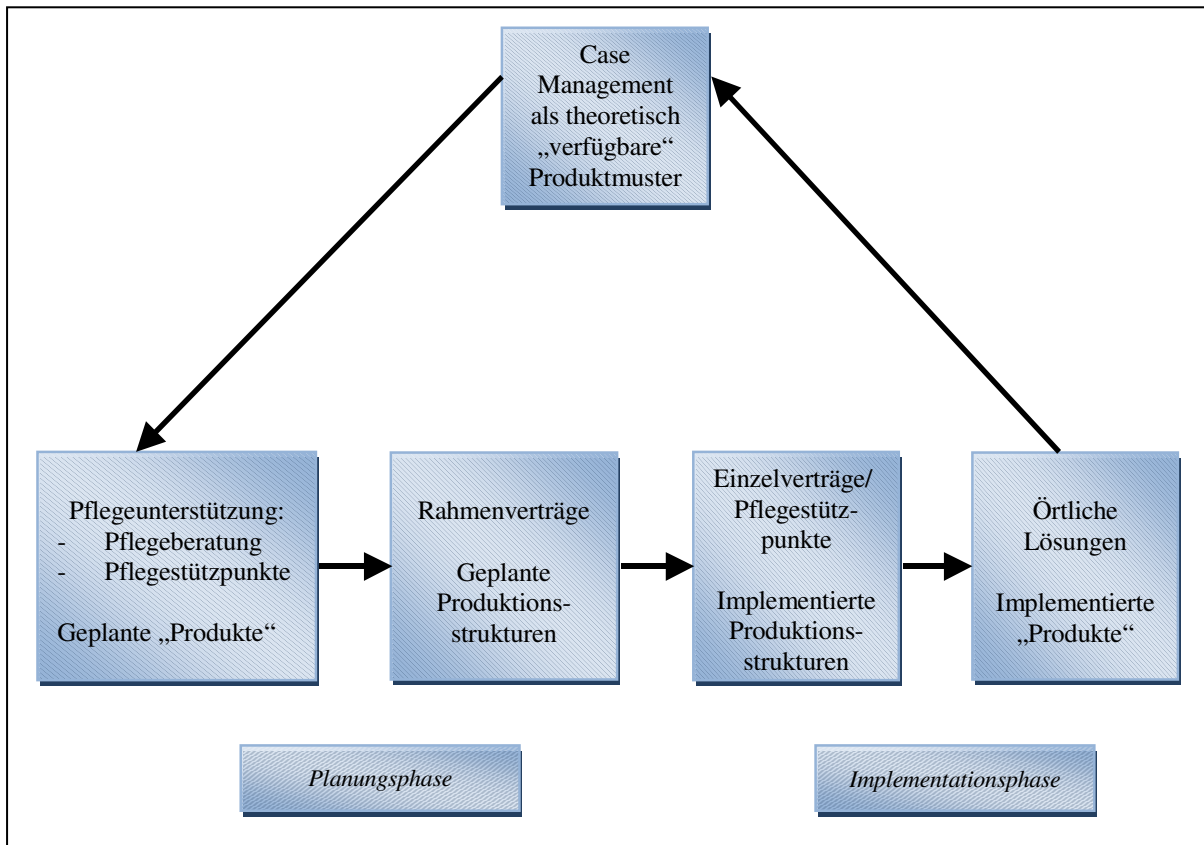
⁵ Damit ist keine Gemeinschaftsaufgabe im Sinne des Art. 91a GG gemeint. Die gemeinsame Aufgabe wird hier in einem nichttechnischen Sinne verstanden.

⁶ Vortrag: Implementation des Case Management im SGB II (CM-Fachtagung 14.09.2007, Internet: www.efh-freiburg.de/ifw/cmt140907.htm)

⁷ Vortrag: Implikationen eines qualifizierten Case Management für Arbeit, Organisation und Infrastruktur (CM-Fachtagung 14.09.2007, Internet: www.efh-freiburg.de/ifw/cmt140907.htm)

für die Vorgehensweisen vor Ort ein und sichert die Qualität der Zusammenarbeit im Netzwerk.

- Die *MitarbeiterInnen* gehen nach dem standardisierten Case Management-Ablaufschema vor, beherrschen die Instrumente, sind in ein Team eingebunden und im Netzwerk für die Fallführung autorisiert.



Nach Glisson, Charles: Structure and Technology in Human Service Organisations

Es wird deutlich, dass ein Fallmanagement seine „Produkte“ erst dann effektiv und effizient anbieten kann, wenn es regional gut verankert, autorisiert und verbunden auftritt. Gleichzeitig muss es seine Arbeit gegenüber diesem Netzwerk standardisiert und transparent gestalten um diese Beziehung dauerhaft zu erhalten.

In diesem Sinne lässt sich bei der Akzeptanz des Sicherstellungsauftrages der Pflegekassen in Anlehnung an die Programmatik des § 8 Abs. 2 SGB XI das Care und Case Management als eine gemeinsame Aufgabe beschreiben, die unter Berücksichtigung regionaler und kommunaler Strukturen implementiert wird. Der „Sicherstellungsauftrag“ muss nicht als eigene hoheitliche Aufgabe der Pflegekassen verstanden werden, er kann auch über unterschiedliche vertragsrechtliche Konstellationen realisiert werden.

Andernfalls besteht das Risiko, dass die Aufgabe der Sicherung der Pflege weithin monopolisiert bei den Kranken- und Pflegekassen bleibt und insbesondere die Kommunen sich dieser für die Zukunft wichtigen Aufgabe gegenüber defensiv verhalten. Gleichzeitig bliebe auch die Definitionsmacht der implementierten Case Management-Produkte einseitig bei den Kranken- und Pflegekassen, womit gleich mehrere gesellschaftliche, politische und rechtliche Konflikte vorprogrammiert wären, die sich auf das Case Management hinderlich auswirken würden.

Es sollten jeweils die im Land und auf kommunaler Ebene vorfindlichen Strukturen genutzt werden, wenn es um die im Pflege-Weiterentwicklungsgesetz angelegten Regelungs- und Gestaltungsoptionen geht: Die Kranken- und Pflegekassen sind für die Ressourcenverteilung zuständig und zentraler Vertragspartner. Auf vertraglicher Ebene könnten die infrastrukturellen Rahmenbedingungen vor Ort gewürdigt und verbindlich in die Umsetzung der Pflegestützpunkte einbezogen werden. Mittelfristig ist daran zu denken, dass die Länder in ihren Landespflegegesetzen korrespondierende Regelungen zu denen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes schaffen. Die Kommunen sind gefordert, sich im Rahmen des § 61 SGB XII als Sozialhilfeträger am Aufbau der Pflegestützpunkte zu beteiligen.

Was die Umsetzung des Case Managements im Sinne der Begleitung in komplexen Fallkonstellationen betrifft, wäre daran zu denken, dies nicht allein durch die „PflegeberaterInnen“ sondern auch im Rahmen von Kooperationen etwa in integrierten Versorgungsnetzwerken der GKV oder in den autonomiereflektierten Care und Case Management-Ansätzen der selbsthilfedominierten Behindertenhilfe zu realisieren.

Unter bestimmten Voraussetzungen könnten neben dem Case Management in der klassischen Altenhilfe nach § 71 SGB XII (Kommune), die ebenfalls regional qualifiziert vorzuhalten wäre, die bekannten Partner in der Leistungserbringung (z.B. Wohlfahrtsverbände) einbezogen werden.

Aus der bereits dargestellten Differenzierung in eine Planungs- und Implementierungsphase⁸ wird auch deutlich, dass der Implementierungsprozess an sich Auswirkungen auf die Qualität der Produkte hat. Für den Aufbau des Care und Case Managements sollte deswegen zunächst eine relative Offenheit zuzulassen sein, damit sowohl regionale Anknüpfungspunkte genutzt als auch unterschiedliche (neue) Wege gegangen werden können und das Case Management nicht als eine Aufgabe der Pflegekasse dekretiert wird. Voraussetzung dafür, dass Care und Case Management nicht in Beliebigkeit verloren gehen, sind allerdings klare und einheitliche Qualifikationsmerkmale und nach Möglichkeit einheitliche Assessment-

⁸ Diese Logik entspricht den Erfahrungen erfolgreicher Umsetzungsmodelle im SGB II.

Instrumente und Case Management-Verfahren, die bundesweit Verbindlichkeit erlangen sollten.

III.2 Kompetenzen und Aufgaben zuordnen

Dieser Abschnitt steht nur in der Buchfassung zur Verfügung. Bezug über die auf dem Titelblatt angegebene Bestelladresse.

III.3 Pflegeunterstützung ansiedeln

Die Zielsetzung des Gesetzgebers, effiziente Versorgungsstrukturen auf örtlicher Ebene zu fördern, fordert auf Landes- und auf örtlicher Ebene alle Akteure heraus. Je mehr Kosten- und Leistungsträger an der Trägerschaft beteiligt sind, desto größer ist das Netzwerk, auf das das Case Management zurückgreifen kann.

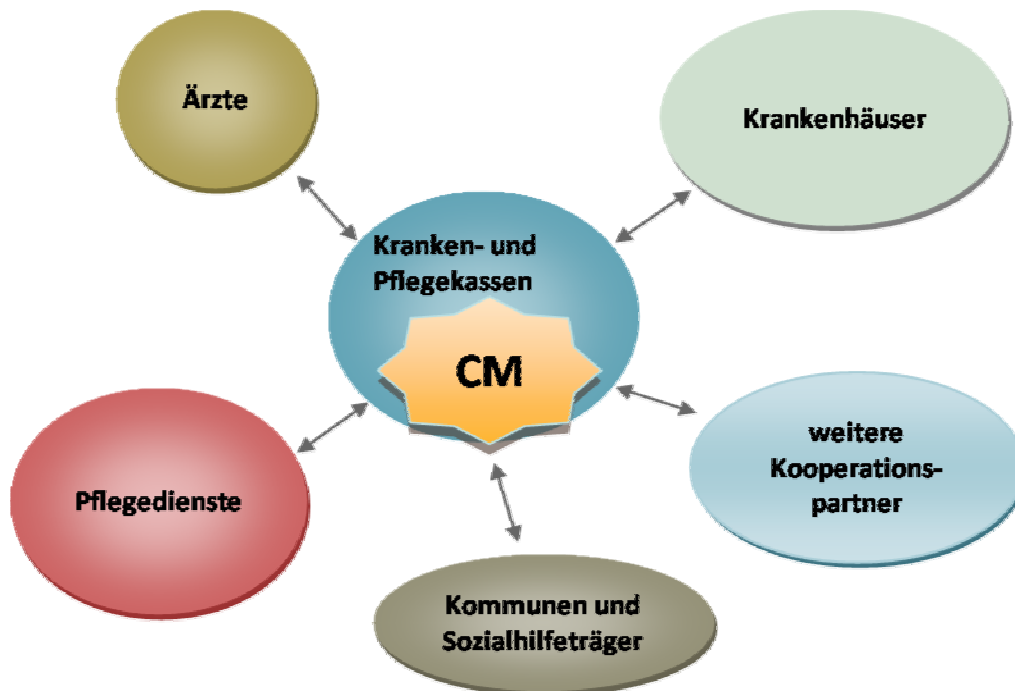
Je nach Struktur der Versorgungsregion (ländlicher und kleinstädtischer Raum, mittel- und großstädtischer Raum) und der bisher gewachsenen Versorgungsstruktur sind regional unterschiedliche Ansiedlungen von Pflegestützpunkten denkbar. Pflegestützpunkte sollten die folgenden Qualitätskriterien gewährleisten:

- Die Pflegestützpunkte werden von möglichst vielen Leistungsträgern getragen. Initiatoren sind die Länder, Kranken- und Pflegekassen und Kommunen.
- Die Pflegestützpunkte gewähren eine adressatenorientierte, kosten- und leistungsträgerübergreifende Beratung und Sicherstellung der Versorgungsangebote.
- Das regionale Versorgungsnetz ist (nach Möglichkeit vertraglich gesichert) auf die Koordination der Dienste durch den Pflegestützpunkt ausgerichtet.
- Die einzelfall-, organisations- und netzwerkbezogenen Strukturen, Prozesse und Ergebnisse sind als Qualitätsstandards definiert.
- Die Leistungen werden in Jahresberichten der Öffentlichkeit und den Kostenträgern offen gelegt.

Die Ansiedlung des Case Management stellt eine der wichtigsten Fragen in der aktuellen Diskussion um die Konkretisierung der Pflegeberatung im SGB XI dar. Hier lassen sich unterschiedliche Ansiedlungsmodelle vorstellen:

Kassenmodell

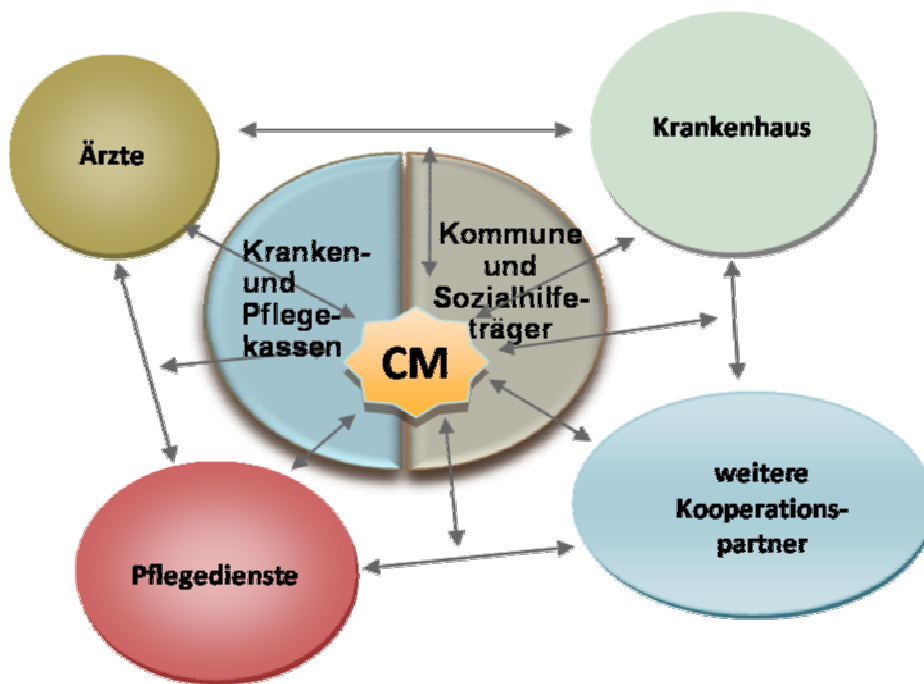
Ansiedlung des Care und Case Managements über Pflegestützpunkte bei den Kranken- und Pflegekassen



Das Case Management (Pflegerberatung im Pflegestützpunkt) ist bei den **Kranken- und Pflegekassen** angesiedelt. Dagegen spricht unter anderem, dass sie dadurch in der Funktionslogik *eines* Trägers gefangen bleiben und die sektorenübergreifenden Ansätze vernachlässigen. Auch würde dadurch die gesetzlich vorgesehene integrierte Aufgabenwahrnehmung durch Kranken- und Pflegekassen und Kommunen nicht aufgenommen. Für einen solchen Ansatz spricht allerdings die schnelle und pragmatische Einführung.

Kassen-/Kommunenmodell

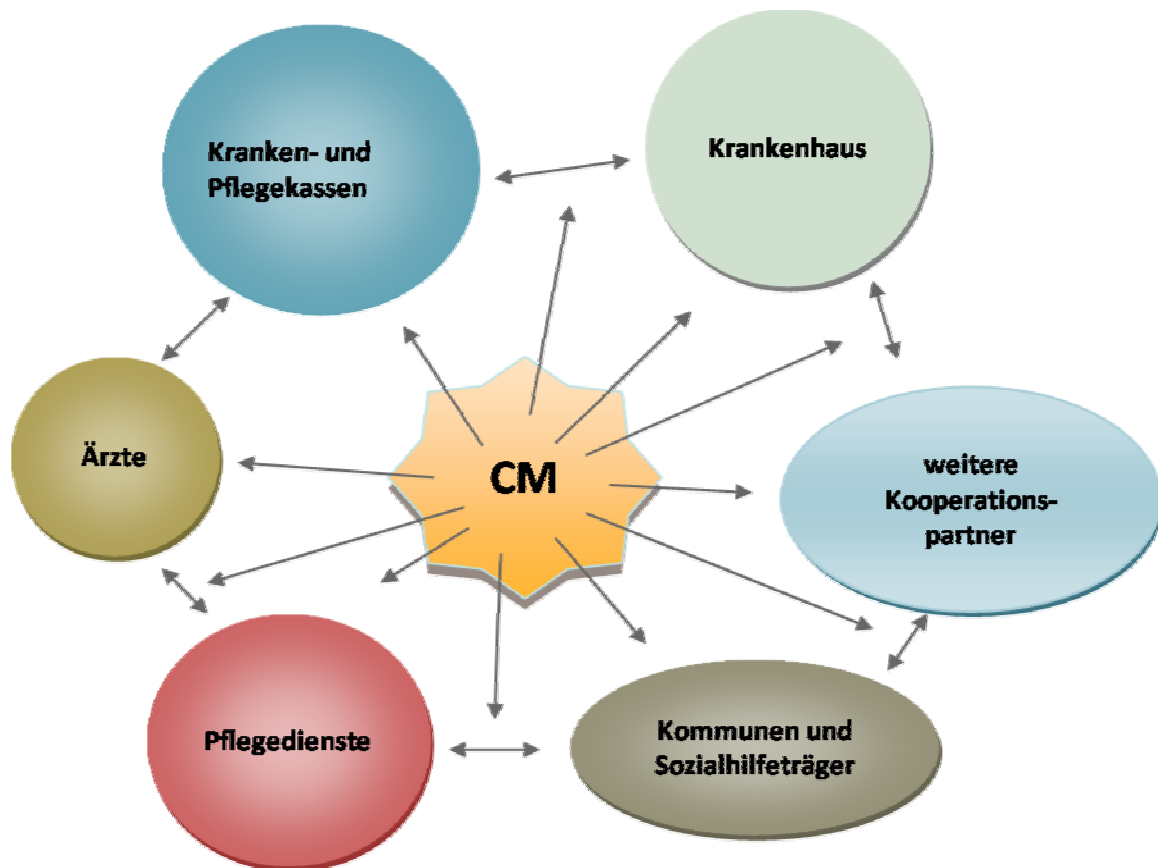
Gemeinsame Ansiedlung der Pflegestützpunkte bei Kassen und Kommunen



Die gemeinsame Wahrnehmung der **Leitung bzw. Koordination** des Case Managements von **Kranken- und Pflegekassen und Kommunen** würde ein breites Spektrum an Ressourcen erschließen und die Aufgaben gemäß § 92c SGB XI mit dem § 61 Abs. 4 SGB XII verbinden.

ARGE

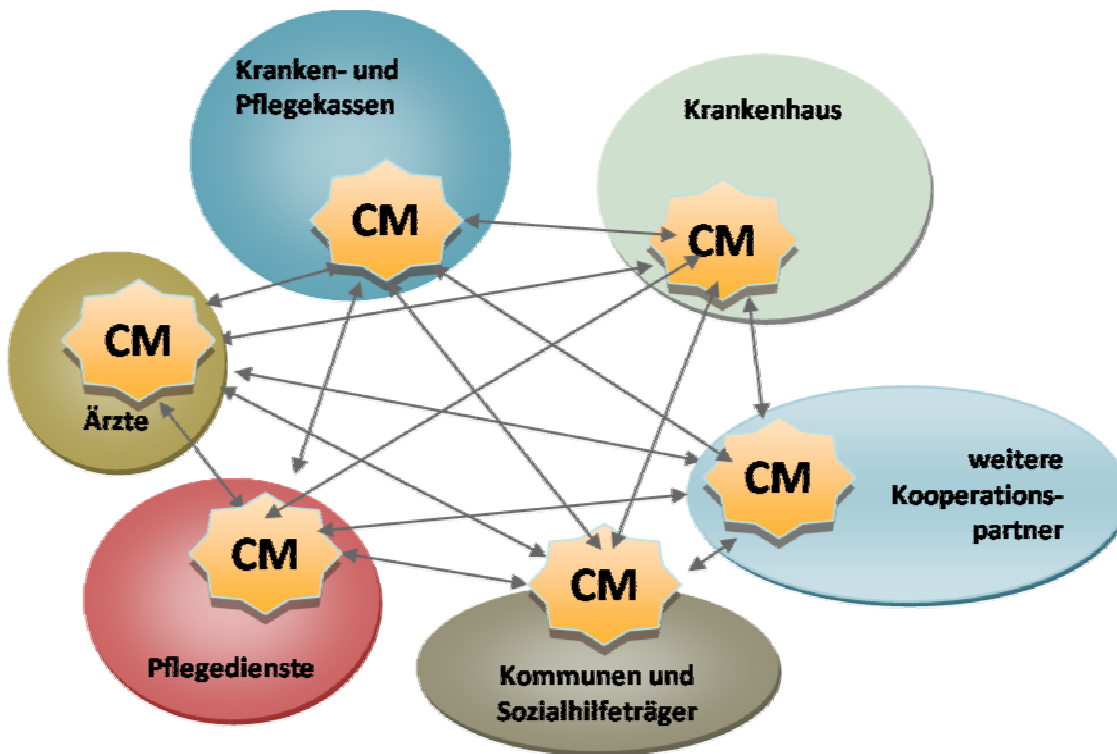
Unterschiedliche Leistungsträger bedienen, autorisieren und finanzieren das Care und Case Management über zentrale Pflegestützpunkte auf regionaler Ebene



Zentrales Case Management auf regionaler Ebene, das von **unterschiedlichen Leistungsträgern, Leistungserbringern sowie Kommunen** bedient, autorisiert und gegebenenfalls auch finanziert wird. Gegen einen solchen Ansatz spricht, dass das Case Management zu wenig mit den Funktionslogiken und Arbeitsweisen der jeweiligen Sektoren verschränkt ist und gegebenenfalls in seiner Wirksamkeit begrenzt bleibt, da es von allen als außenstehend betrachtet wird. Für einen solchen Ansatz spricht, dass das Case Management vergleichsweise unabhängig wirken kann und bei den Klienten Vertrauen erfährt.

Dezentrales Trägermodell

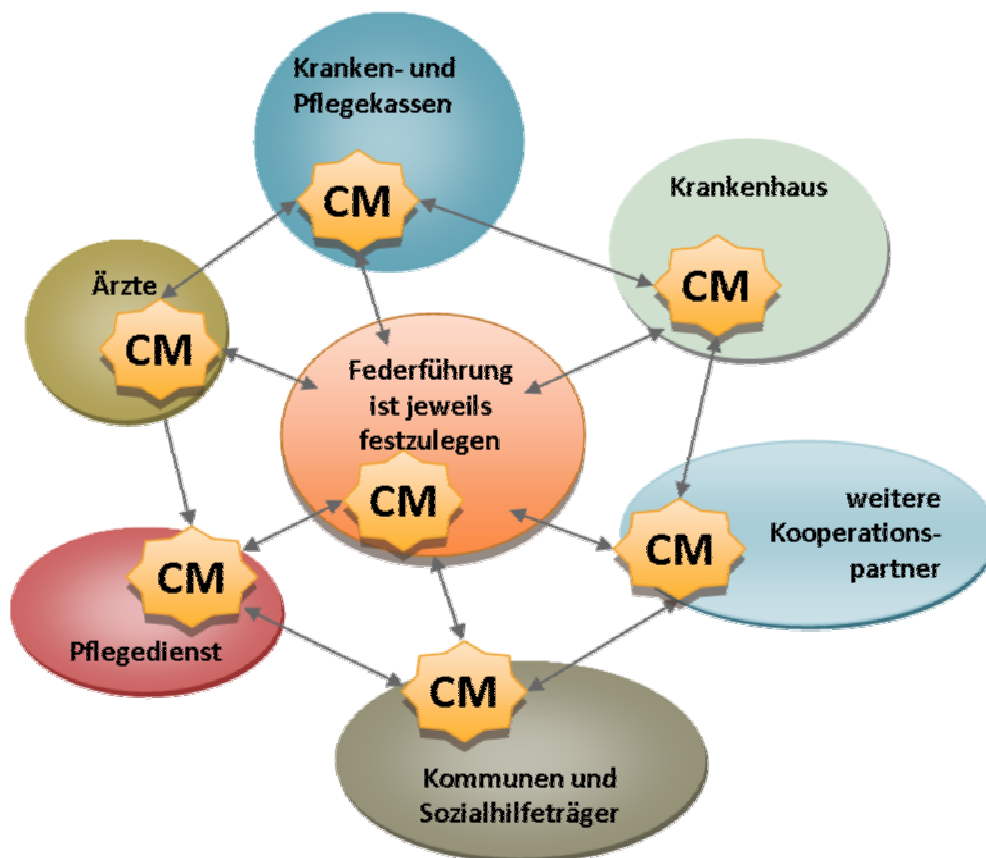
Unterschiedliche Leistungsträger mit selbständigem Care und Case Management in vernetzten Pflegestützpunkten (integrierte Versorgung)



Arbeitsgemeinschaft oder Netzwerk, in dem Case Management-Funktionen unterschiedlicher Sektoren systematisch zusammenarbeiten, Absprachen über Kooperationen und Prozeduren treffen, etwa Krankenhaussozialdienste, örtliche Beratungsstellen, Arztpraxen, Case Management, Behindertenhilfe, etc. Auf der einen Seite würde hierdurch eine intersektorale Zusammenarbeit angelegt und befördert, andererseits blieben die Care und Case Management-Funktionen in den sektoralen Zusammenhängen stark eingebunden.

Vernetzte Arbeitsgemeinschaft

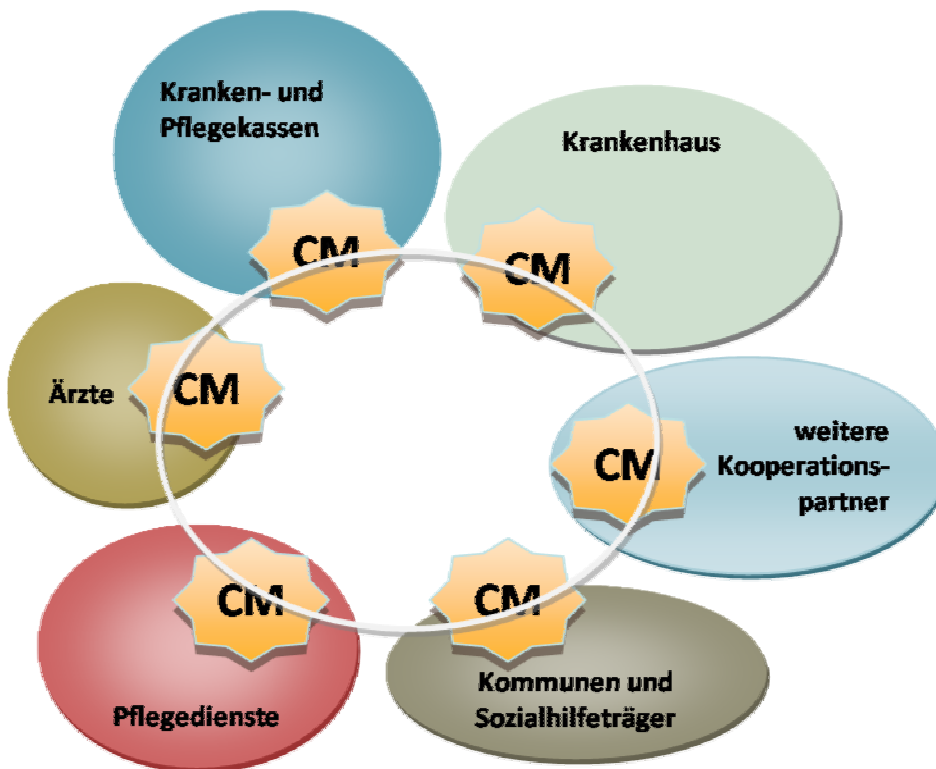
Integrierte Unterstützung unterschiedlicher Leistungsträger und –erbringer im Rahmen selbständigen Care und Case Managements in Pflegestützpunkten unter Federführung eines Netzwerkpartners



Als Erweiterung zu der vorgenannten **Arbeitsgemeinschaft** bzw. dem Netzwerk besteht die Option eine **zentrale Koordination** des Case Managements **bei Kassen, Kommunen oder einem autorisierten Leistungsträger** vorzusehen. Dies könnte eine Einheitlichkeit in der Arbeitsweise gewährleisten. Allerdings verfügen Kranken- und Pflegekassen bisher nicht über Case Management-Kompetenzen.

Organisiertes Netzwerk

Netzwerk unterschiedlicher Leistungsträger mit verbindlichen gemeinsamen Arbeitsweisen im Rahmen der Pflegestützpunkte

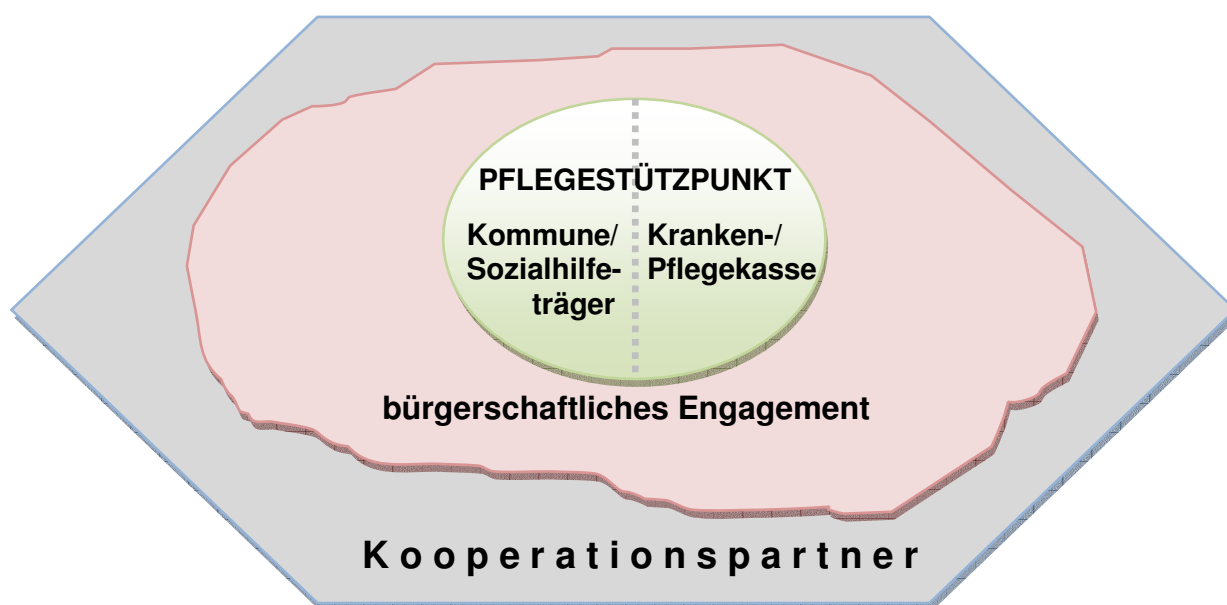


Eine bezüglich der Aufgaben funktionale Ansiedlung läge in einem organisierten Netzwerk von Care und Case Management-Funktionen und der Herausbildung einer gemeinsamen und verbindlichen Arbeitsweise und beruflichen Identität von Case ManagerInnen in einer Region, unter einer konsentierten und autorisierten Federführung des **in der jeweiligen Region bereits entwickelten oder aussichtsreichsten Case Management-Bereichs bei einer Stelle.**⁹ Dieses Modell wird auf der einen Seite eine einheitliche Arbeitsweise, Qualitätssicherung und berufliche Identität fördern und sicherstellen, auf der anderen Seite Wirksamkeit und Variabilität am ehesten gewährleisten. Dieser Ansatz ist die beste Möglichkeit bestehende Strukturen zu würdigen und die Aktivitäten der Länder in der Strukturierung der

⁹ Eine solche Organisation könnte bspw. über Managementgesellschaften funktionieren, in deren Trägerschaften sich die regionalen Gegebenheiten widerspiegeln. Diese hätten sogar den Vorteil, anschlussfähig an die Integrierte Versorgung zu sein.

Case Management-Aufgabe in der Pflege ausbuchstabieren zu lassen (in untergesetzlichen Regelungen oder in den Landespflegegesetzen).

Beispielhaft soll ein entsprechendes Modell dargestellt werden, in dem sich Kranken- und Pflegekasse und Kommune auf eine Zusammenarbeit im Pflegestützpunkt verabreden haben.



Der Rechtsrahmen und die Gestaltung der Aufgaben der Pflegestützpunkte in organisatorischer Hinsicht können sich nicht an § 44b SGB II orientieren.¹⁰

III.4 Pflegeunterstützung qualifizieren

Die Einführung von Care und Case Management ist ein (Veränderungs-) Prozess – Change Management –, der zu bedarfsorientierten Versorgungsstrukturen und damit auch neuen Kooperationsmustern führen soll. Dies ist für die Rolleninhaber von Care und Case Management und auch für die partizipierenden Akteure im So-

¹⁰ Nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichtes vom 20.12.2007, AZ 2BvR 2433/04, 2BvR 2434/04, ist dieser zudem nicht verfassungskonform. Gleichwohl bietet § 92c SGB XI viel Gestaltungsspielraum, wenn es um die Ausgestaltung der Kooperationen geht. Zielsetzung wäre die Etablierung einer partnerschaftlichen Zusammenarbeit möglichst vieler Akteure in einem verbindlich verabredeten Set von Verfahren und Kooperationsformen. Dies brächte für ein Case Management die hier dargestellten verschiedenen Vorteile mit sich.

zial- und Gesundheitswesen mit dem Hineinwachsen in neue berufliche Identitäten und neue umfängliche Rollen- und Verhaltensmuster verbunden.

Case ManagerInnen müssen, wenn sie ihre Aufgabe gut gestalten und wahrnehmen, den komplexen Anforderungen im Bereich von Kooperation und Koordination gewachsen sein. Ein funktionierendes Case Management muss daher vor allem durch die Kooperationspartner getragen und autorisiert werden. Modulierende Faktoren im Prozess der Implementierung von Versorgungsnetzwerken sind Inhalte (gemeinsam auszugestaltender Sicherstellungsauftrag), Strukturen (Formalisierungsgrad und Organisation) und Personen (als partizipierende Akteure). Die Unterstützung der Strukturbildung durch rechtlich festgelegte Rahmenbedingungen garantiert aber nicht, so notwendig sie auch als Voraussetzung ist, dass sich eine koordinierende Pflegeunterstützung per se „einstellt“. Gerade in der Anfangsphase muss für die Akteure die Option bestehen, die Kooperation partizipativ auszugestalten. Wird eine Fallsteuerung ohne flankierende Maßnahmen per Verordnung auf bestehende Strukturen aufgesetzt, muss bei den potentiellen Partnern mit Widerständen und Ängsten vor dem Verlust von Einfluss und Kompetenzen gerechnet werden. Solche Reaktionen können an vielen Orten beobachtet werden, bei denen ein Fallmanagement beispielsweise durch die Träger des SGB II ohne *Veränderungsoptionen* eingeführt wurde.

Mit der Einführung von Care und Case Management sind vielfältige Lernprozesse verbunden, die sich sowohl eigenständig entwickeln lassen, aber auch organisiert werden müssen. Insofern ist im Rahmen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes und der damit verbundenen Einführung von Care und Case Management den *Implementierungsanforderungen* besondere Aufmerksamkeit zu widmen. Zu den konzeptionellen Erfordernissen gehört auch die Planung und Durchführung einer Evaluation, die sicher zu stellen hat, dass die Implementierung zielgerichtet verläuft und korrigierende und qualifizierende Anpassungen einschließt. Ohne eine begleitende Unterstützung der Implementierung wird das Care und Case Management von vornherein zum Scheitern verurteilt sein.

Zur Implementierung von Care und Case Management gehört auch eine Qualifikationsstrategie, die sich an den Maßstäben der DGCC zu orientieren hat. Die Aus- und Weiterbildungsrichtlinien der DGCC und das darin geregelte Zertifizierungssystem finden im In- und benachbarten Ausland hohe Zustimmung und sollten generell als Standard für die qualifizierten MitarbeiterInnen in den Pflegestützpunkten gelten. In einem Case Management-System arbeiten selbstverständlich nicht nur ausgebildete Case ManagerInnen sondern auch MitarbeiterInnen, für die gegebenenfalls andere Qualifizierungsmaßnahmen zu entwickeln sind. Hier ließen sich sowohl CME (Continuing Medical Education)* -basierte Case Management Qualifikationsbausteine vorstellen als auch eine auf Landesebene mit den Kassen abgestimmte Qualifizierungsoffensive.

Für die verschiedenen Arbeitsbereiche der Pflegestützpunkte sind folgende Qualifizierungsprofile zu erstellen:

1. Für den Bereich der *Grundberatung* und Information: Kenntnisse über das sozialrechtliche Leistungsspektrum, Kenntnisse über die regionale Versorgungsstruktur, Basisqualifikation im Case Management. Diese Aufgabe kann von entsprechend qualifizierten Sozialversicherungsfachkräften wahrgenommen werden, die hierfür geschult werden (analog Basismodul Case-Management-Weiterbildung nach den Richtlinien der DGCC). Auch für Pflegekräfte, die Beratungsaufgaben übernehmen ohne in eine komplexe Fallsteuerung einzusteigen, ist die Basisqualifikation ausreichend. Zur Basisqualifikation gehört auch die Vermittlung von Grundkenntnissen in der Arbeitsweise Case Management im interprofessionellen und institutionsübergreifenden Zusammenhang.¹¹
2. Für den Bereich der *komplexen Fallberatung und –steuerung*: Neben den unter 1. genannten Merkmalen bedarf es Kompetenzen im Bereich klientenzentrierter und systemischer Beratung, Fallsteuerung und Netzwerkarbeit. Die Pflegeberatung setzt neben Abschlüssen in der Sozialen Arbeit (Sozialarbeit/Sozialpädagogik), der Sozialen Gerontologie oder in der Fachpflege und/oder pflegewissenschaftlichen Studiengängen eine abgeschlossene Weiterbildung im Case Management nach den Richtlinien der DGCC (Basis- und Aufbaumodul) voraus.
3. Für den Bereich der Verantwortung der *infrastrukturbezogenen Netzwerkarbeit*: Hier gelten die gleichen Voraussetzungen wie unter Punkt 2.

III.5 Pflegeunterstützung evaluieren

Ein Case Management-Ansatz, der auf die Weiterentwicklung der Infrastruktur und auf eine Verbesserung der Unterstützung bei Pflege setzt, muss seine Wirkung systematisch in den Blick nehmen und auch untersuchen, worin Zielverfehlungen ihre Ursachen haben können. Dabei hat sich eine Evaluation, die vom Pflege-Weiterentwicklungsgesetz vorgesehen ist, auf die Fallebene, auf die Funktionen und Rollen der Case Managerin/des Case Managers, auf die Netzwerkwirkung, auf die Veränderung von Kooperationsformen und ihre Qualifizierung zu erstrecken. Evaluation gehört auf der einen Seite zum Selbstverständnis professioneller Akteure im Bereich des Case Managements, auf der anderen Seite sind gerade auch die Wirkungen auf der Systemebene durch entsprechende Instrumente nachzuweisen,

¹¹ Siehe Anhang: Ausbildungsprofile Case Management in der Pflegeberatung

die sich dann mit Monitoring- und Planungsansätzen verbinden lassen. Case Management als Change Management ist auf Wirkungen aus und diese Wirkungen gilt es systematisch in den Blick zu nehmen.

III.6 Pflegeunterstützung rechtlich absichern

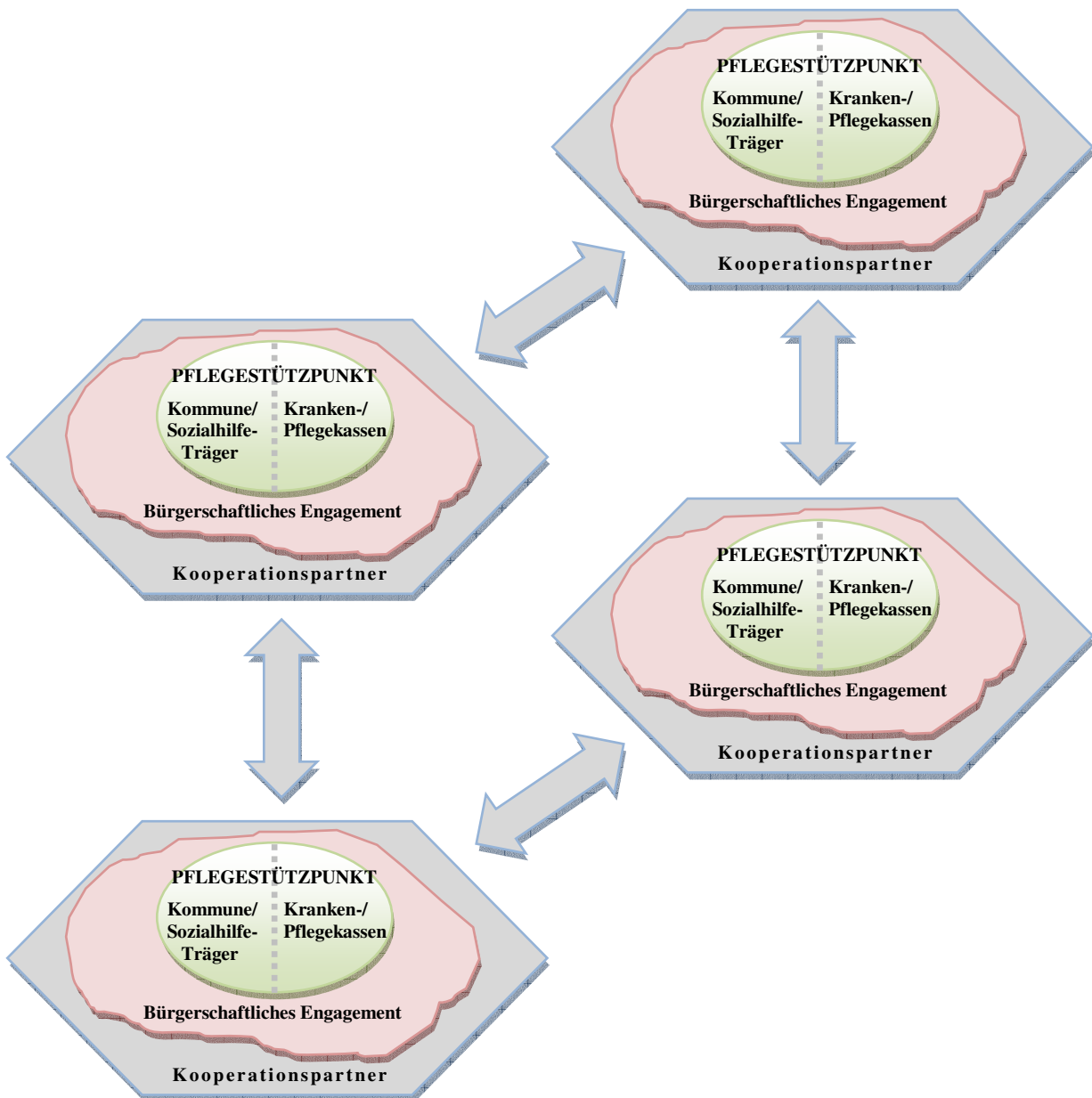
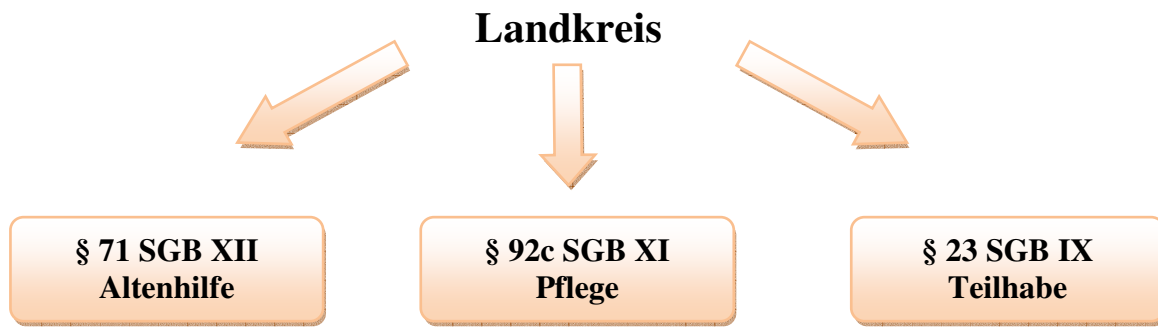
Die Sicherstellung einer wirksamen Pflegeunterstützung – sowohl für den einzelnen Bürger als auch auf regionaler Ebene – benötigt verbindliche Regelungen, zumal unterschiedliche Sektoren tangiert sind. Gleichzeitig ist die Sicherstellung der Unterstützung Pflegebedürftiger, im Sinne eines Case Managements, als gemeinsame Aufgabe zu gestalten.

Durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz werden im Bundesrecht Rahmenbedingungen geschaffen, die den Anspruch auf Pflegeunterstützung für den/die Einzelne/n und – infrastrukturell – die Kooperation auf regionaler und kommunaler Ebene in den Pflegestützpunkten verbindlich vorsehen, soweit die Länder dies bestimmen. In der Verantwortung stehen zunächst die Kranken- und Pflegekassen, da sie die einzig möglichen Adressaten von gesetzlichen Verpflichtungen aus dem SGB XI sind. Die Länder haben mit den Sozialhilfeträgern ihrerseits einen gesetzlichen Auftrag, Pflegeunterstützung zu gewährleisten, § 61 Abs. 4 Satz 1 SGB XII, und häufig das politische Anliegen, Gestaltungsmöglichkeiten auf landes- und der kommunaler Ebene für diese Aufgabe zu nutzen. Sie können in ihren Landespflegegesetzen Vorgaben formulieren, wie sie sich an der Aufgabe der Pflegeunterstützung verbindlich beteiligen und sie mit anderen Aufgaben verschränken, wie zum Beispiel der Altenhilfe oder Aufgaben, die für Hilfebedürftige vorzuhalten sind, die die Schwelle der Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI (noch) nicht erreicht haben. Auf diese Weise können die Länder sowohl die erforderlichen Strukturen schaffen als auch Ressourcen zur Verfügung stellen, die eine integrierte Pflege und Unterstützung fördert und sicherstellt. In diesem Fall sind die Länder als gleichberechtigte Partner mit den Kassenverbänden in den Sicherstellungsauftrag eingebunden. Andernfalls (keine verbindliche Beteiligung bei diesen Aufgaben) bleibt es bei der Verantwortung der Kranken- und Pflegekassen – die diese jedoch angesichts eingeschränkter Zuständigkeiten kaum allein einlösen können und insofern auf die Unterstützung anderer Partner auf Landes- und kommunaler Ebene angewiesen sein werden.

Folgt aus dem Verständnis, dass die Entwicklung, Implementierung sowie die Etablierung von Qualitätsstandards für Pflegestützpunkte eine gemeinsam zu gestaltende Aufgabe ist, lässt sich diese auf Landesebene in Reflexion der jeweiligen gesetzlichen Rahmenbedingungen am ehesten über Rahmenvereinbarungen qualifiziert steuern. Aufgaben, Kompetenzen, Beteiligte, Qualitätsstandards, Berichtswesen und Evaluation können ebenso verbindlich geregelt werden wie die mit den Kosten zusammenhängenden Fragen.

Die Vereinbarungen für den Betrieb, die Organisation und Verantwortung in Pflegestützpunkten soll nach den Vorgaben des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes auf örtlicher Ebene erfolgen. Hier sind auf der Grundlage der Rahmenvereinbarungen entsprechende Regelungen sowohl über den Pflegestützpunkt als Organisation und Beratungsinstitution zu treffen als auch über die Form der Zusammenarbeit der Institutionen und Berufsgruppen, die für die Pflegebedürftigen und für eine integrierte Versorgung relevant sind. Es lassen sich unterschiedliche Intensitätsgrade der Zusammenarbeit vorstellen, die auch im Pflege-Weiterentwicklungsgesetz angedeutet sind: Von wenigen Vertragspartnern – Kranken- und Pflegekasse und Kommune – bis hin zu umfassenden integrierten Versorgungskonzepten und ihrer vertragsrechtlichen Regelung.

Wichtige Zwischenstufe, auch auf der Ebene von Vereinbarungen, sind die Kreise und kreisfreien Städte, die als Sozialhilfeträger eine entsprechende Handlungskompetenz und Zuständigkeit (etwa für die Altenhilfe und die Hilfe zur Pflege, aber auch für die Eingliederungshilfe) besitzen. Sie sind auch die Adressaten für die Landespflegegesetze, wenn es um die Koordinierung und die Sicherstellung einer ausreichenden Beratungsinfrastruktur oder eines Case Managements geht, so beispielsweise die Landespflegekonferenzen nach dem Landespflegegesetz Nordrhein-Westfalen. Im Rahmen einer kreisweiten Alten- und Pflegeplanung wären für die kreisangehörigen Gemeinden und deren interkommunale Zusammenarbeit Rahmenbedingungen der Kooperation in der Pflegeunterstützung und in Pflegestützpunkten zu formulieren. Sie würden für die örtlichen Pflegestützpunkte einen verlässlichen Rahmen bieten und die Beteiligung der Kreise verbindlich vorsehen.



IV Resümee und Eckpunkte

Das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz reagiert auf ein Desiderat: Die fehlende suffiziente strukturelle Unterstützung bei Pflegebedürftigkeit (Koch-Straube 2001, Pache 1999). Damit besteht die große Chance dass, angestoßen durch die Pflegeversicherung und von ihr mitfinanziert und institutionell sichergestellt, überall in Deutschland eine entsprechende Beratungs- und Unterstützungsinfrastruktur entsteht, soweit dies die Länder vorsehen.

Für den Aufbau und die Implementierung einer solchen Unterstützungsinfrastruktur sind die Erfahrungen aus den vielfältigen Modellprojekten zum Case Management und die entsprechende Fachdiskussion mit aufzunehmen, andernfalls besteht die große Gefahr der Zielverfehlung. Eine der Voraussetzungen liegt in der breiten Verankerung der Pflegeunterstützung über Sektoren und Berufsgruppengrenzen hinweg. Diese Verankerung gelingt nur, wenn die Pflegeunterstützungen sowohl auf der Fallebene als auch auf regionaler Ebene wirksam werden. Es bleibt abzuwarten, wie es in den 16 Modellregionen gelingt, Pflegestützpunkte aufzubauen, die durch das Bundesgesundheitsministerium gefördert werden.

Pflegestützpunkte und Pflegeberatung treffen auf sehr unterschiedliche Strukturen vor Ort und bringen sehr unterschiedlich geprägte Institutionen in neuartige Kooperationsbeziehungen. Damit der gesetzgeberische Impuls nicht in einer unübersichtlichen und beliebigen Umsetzung der Pflegeunterstützung mündet, bedarf es eines übergreifenden einheitlichen Case Management-Konzeptes, das in unterschiedlichen organisatorischen Konstellationen und Formen der Vernetzung ein einheitliches und qualifiziertes Vorgehen sicherstellt. Grundlage hierfür sind die in der Fachdiskussion der letzten Jahre vorgenommen Differenzierungen zunächst zwischen Care und Case Management, dann aber auch zwischen den verschiedenen Ebenen des Case Management. Auch hinsichtlich der Vorgehensweise, der Funktionen und Rollen sowie der Fallgruppendifferenzierungen bedarf es einheitlicher fachlicher Eckpunkte.

Eng verbunden mit einem konsistenten Case Management-Konzept, das Variationen zulässt, ist eine einheitliche Qualifikation der im Case Management tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowohl der Kranken- und Pflegekassen als auch der Kommunen und anderer Akteursgruppen. Dabei wird zwischen verschiedenen Akteuren als Case Management-Profis zu differenzieren sein: Für die Organisation des Case Managements auf territorialer Ebene, die Sicherstellung der Zusammenarbeit aller zum Case Management Verpflichteten und unabdingbar für die Begleitung von komplexen Fallkonstellationen. Darüber hinaus bedarf es Akteure, die Grundkenntnisse im Case Management erwerben, um so in einer Case Management-Organisation vergleichsweise einfache Informations- und Beratungsaufgaben zu übernehmen. Für die Sicherstellung der Ausbildungsqualität kann auf die zerti-

fizierten Ausbildungsgänge der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management zurückgegriffen werden.

Die Implementation von Case Management auf der Fallebene, in Organisationen und im vernetzten Zusammenwirken ist eine anspruchsvolle und durchaus langwierige Aufgabe, die besondere Sorgfalt verdient. Bei der Implementierung sind gewachsene Case Management-Strukturen zu berücksichtigen und weiter zu qualifizieren und Arbeitsweisen beteiligter Akteure, aber auch Handlungsprinzipien des Case Managements, zu integrieren.

Pflegeunterstützung im Sinne des Case Managements ist ganz wesentlich Schnittstellenarbeit: zwischen Familien, Institutionen, Professionellen und Freiwilligen. Will man diese Schnittstellen auch fachlich fundiert bearbeiten, bedarf es einer multidisziplinären Verständigung auf gemeinsame Qualitätsmaßstäbe für die Daseinsvorsorge auf dem umfangreichen und komplexen Aufgabengebiet der Pflege.

V Anhänge

Die Anhänge stehen nur in der Buchfassung zur Verfügung. Bezug über die auf dem Titelblatt angegebene Bestelladresse.

V.1 Glossar

V.2 Literaturverzeichnis

V.3 Case Management-Ausbildungsprofile in der Pflegeberatung

V.4 Praxisbeispiele, Stand Dezember 2007

V.5 Gesetzestexte