



Universität Bielefeld

Institut für Pflegewissenschaft
an der Universität Bielefeld, IPW

Erfahrungen mit der Einführung von Case Management im Rahmen trägerneutraler Pflegerberatung

**Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung des Modellprojekts
„Case und Care Management im Rahmen trägerneutraler Pflegerberatung“
Gefördert im Rahmen des Modellprogramms nach § 8 Abs. 3 SGB XI**

Verfasser: K. Wingenfeld und T. Kleina
unter Mitarbeit von S. Emmert

Projektleitung: D. Schaeffer und K. Wingenfeld
Bearbeitung: S. Emmert und T. Kleina

Bielefeld, Januar 2009

Institut für Pflegewissenschaft
an der Universität Bielefeld (IPW)
Universitätsstraße 25
33615 Bielefeld

Tel. 0521 / 106 – 6880
Fax 0521 / 106 – 6437
ipw@uni-bielefeld.de
www.uni-bielefeld.de/IPW

Inhalt

Einleitung	1
1. Das Modellprojekt	2
1.1 Case Management	2
1.2 Allgemeine Ziele und Aufbau des Modellprojekts	5
1.3 Modellstandorte	6
1.4 Übersicht zum Verlauf des Modellprojekts	8
2. Aufgaben und Vorgehen der wissenschaftlichen Begleitung	10
3. Aufbau der konzeptionellen und strukturellen Voraussetzungen	15
3.1 Personelle und räumliche Voraussetzungen	15
3.2 Arbeitsschwerpunkte der Projektmitarbeiter	16
3.3 Entwicklung eines Handlungskonzepts	17
3.4 Instrumentenentwicklung.....	23
4. Information, Beratung und Case Management	25
4.1 Daten zur Inanspruchnahme der Hilfen	25
4.2 Zugangswege	28
4.3 Nutzerstruktur	29
4.4 Case-Management-Fälle.....	32
5. Aufbau von Kooperationsbeziehungen	35
5.1 SoVD-interne Kooperation.....	36
5.2 Externe Kooperationspartner.....	36
5.3 Fördernde und hinderliche Faktoren	38
6. Zusammenfassende Einschätzung	41
Literatur	44

Einleitung

Trotz eines beachtlichen Ausbaus von Hilfeangeboten, die sich an Pflegebedürftige, von Pflegebedürftigkeit bedrohte Personen oder Angehörige richten, existiert nach wie vor ein Bedarf an unterstützender Begleitung dieser Personengruppen durch das professionelle Hilfesystem. Das verfügbare Hilfeangebot ist stark fragmentiert und damit schwer überschaubar. Dies erschwert nicht nur den Zugang zu Hilfen, sondern auch das Finden individueller und passgenauer Lösungen zur Aufrechterhaltung der Lebens- und Versorgungssituation im eigenen Haushalt – trotz und mit gesundheitlichen Einschränkungen. Der Bedarf an ergänzenden Hilfen erstreckt sich insbesondere auf die Angebotstransparenz und die koordinierende Unterstützung bei Inanspruchnahme verschiedener formeller Hilfeangebote und bei der Nutzung von Freiwilligenhilfe.

Das Modellvorhaben „Case und Care Management im Rahmen trägerneutraler Pflegeberatung“, das vom Sozialverband Deutschland (SoVD) in Niedersachsen durchgeführt wurde und im Dezember 2006 begann, sollte diese Problematik aufgreifen und innovative Konzepte einer persönlichen, fallbezogenen Begleitung entwickeln und erproben. Insbesondere sollten mit der Methode des Case Managements neuartige Formen der Unterstützung von Personen mit komplexen Problem- und Bedarfslagen geschaffen werden. Die Durchführung des Vorhabens wurde durch das Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW) wissenschaftlich begleitet.

Das Modellprojekt wurde allerdings vorzeitig beendet. Im Verlauf des Jahres 2008 zeichnete sich ab, dass die ursprünglich anvisierten Projektziele im vorgesehenen Zeitrahmen nicht erreichbar sein würden. So kam es zu der Entscheidung, das Projekt nach der Hälfte der ursprünglich vorgesehenen Laufzeit im Dezember 2008 zu beenden.

Der vorliegende Bericht über die wissenschaftliche Begleitung des Modellvorhabens trägt daher vorrangig den Charakter einer Dokumentation des Projektverlaufs. Die im Programm der Begleitforschung vorgesehene Evaluation konnte nur punktuell durchgeführt werden, da das im Rahmen des Vorhabens aufgebaute Unterstützungsangebot nicht den Entwicklungsstand erreicht hat, der zur Evaluation erforderlich gewesen wäre.

1. Das Modellprojekt

1.1 Case Management

Mit dem Begriff *Case Management* (CM) wird ein professionelles und zielorientiertes Unterstützungs- und Versorgungsmanagement bezeichnet, welches am individuellen „Fall“, d.h. der individuellen Lebenssituation des jeweiligen Klienten ansetzt (Wendt 2001). Es handelt sich um einen auf internationaler Ebene anerkannten und insbesondere im englischsprachigen Raum vielfach bewährten Ansatz, die ausgeprägte Spezialisierung und Desintegration des Leistungsangebotes in entwickelten Gesundheitssystemen zu kompensieren und eine bedarfsgerechte, planvolle und zugleich wirtschaftliche Versorgung sicherzustellen (vgl. Ewers/Schaeffer 2005).

Es existiert kein einheitliches Verständnis von Case Management. In der Versorgungspraxis lassen sich zum Teil stark voneinander abweichende Konzepte ausmachen, die auf den jeweiligen Versorgungsbereich, die organisatorische Anbindung und die konkreten Kooperationsbeziehungen der beteiligten Akteure zugeschnitten sind (Wendt 2006). Vor dem Hintergrund der Entwicklungen und Erfahrungen in anderen Ländern kann man allerdings einige Kernfunktionen benennen, die je nach Konzept unterschiedlich gewichtet und ausgestaltet sein mögen, die sich ansonsten jedoch sowohl in der Praxis als auch auf konzeptioneller Ebene als gemeinsame Merkmale wiederfinden (vgl. zum Folgenden Ewers 1996).

Hierzu gehört zunächst einmal die *anwaltschaftliche Funktion* („Advocacy“). Case Management soll Personen unterstützen, die aus bestimmten Gründen (wie z.B. Krankheit, Behinderung) nicht in der Lage sind, ihre Interessen wahrzunehmen und ihre Angelegenheiten selbständig zu regeln. Dabei ist es ein ausdrückliches Ziel, dem Klienten Hilfe zur Selbsthilfe zu geben und dauerhafte Abhängigkeit zu vermeiden. Zugleich kommt der Advocacy-Funktion auch eine sozialpolitische Dimension zu: Case Management soll dazu beitragen, Defizite im Versorgungssystem transparent zu machen und damit jenen Stellen, die für die Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung verantwortlich sind, bessere Voraussetzungen für zielgerichtete Handlungsstrategien zu verschaffen.

In der *Broker-Funktion* versteht sich der Case Manager u.a. als Vermittler zwischen dem Klienten und den Anbietern von Versorgungsleistungen. In dem für Hilfebedürftige oft unüberschaubaren Markt des Gesundheits- und Sozialwesens will Case Management die Suche nach geeigneter Unterstützung erleichtern. Hierzu gehört auch die Aufgabe, ein individuelles Versorgungspaket für den Klienten zusammenzustellen und zugänglich zu machen. Wesentliche Voraussetzungen hierfür sind sowohl eingehende Kenntnis des zur Verfügung stehenden Leistungsangebotes als auch die Neutralität des Case Managers gegenüber einzelnen Leistungsanbietern, wodurch u.a. Wettbewerbsverzerrungen vermieden werden sollen. Case Management schafft also Zugang zu den benötigten Leistungen.

Die *Gate-Keeper-Funktion* ist das dritte Charakteristikum von Case Management. Dieser Funktion kommt heute eine immer größere Bedeutung zu. Angesichts knapper finanzieller

Ressourcen gilt die gezielte Steuerung des Zugangs zur Versorgung als gesamtgesellschaftlich wünschenswert. In seiner Rolle als Gate-Keeper („Tür-Wächter“) ist der Case Manager für die Prüfung der Eignung und Berechtigung eines Klienten für den Zugang zu Versorgungsangeboten zuständig. Durch Klientenselektion, ausgabenorientierte Steuerung und kontinuierliche Überwachung des Versorgungsprozesses soll der ineffizienten Nutzung der verfügbaren Ressourcen vorgebeugt und bei Klienten ebenso wie bei Leistungserbringern das Bewusstsein für eine wirtschaftlichen Versorgung erhöht werden. So soll etwa die Nutzung kostengünstiger Alternativen vom Case Manager angeregt und gefördert werden (Garrett 2008).

Neben diesen drei Kernfunktionen gibt es auch auf methodischer Ebene ein wichtiges Merkmal professionellen Case Managements. Das Vorgehen ist an einem Regelkreis aus bestimmten, logisch aufeinander aufbauenden Schritten ausgerichtet (Neuffer 2007). Dabei lassen sich folgende Phasen, Arbeitsschritte und Teilaufgaben unterscheiden (vgl. Ewers 2005):

Identifikation: Dieser erste Schritt betrifft die Auswahl von Klienten, die einer spezifischen Unterstützung bedürfen bzw. in das Case-Management-Programm aufgenommen werden sollen. Der Case Manager überprüft anhand bestimmter vorgegebener Kriterien, ob der Klient einen entsprechenden Bedarf aufweist und die jeweiligen Zugangsvoraussetzungen erfüllt. Die Zuweisung erfolgt bei etablierten Case-Management-Angeboten zumeist durch andere Instanzen (z.B. Ärzte, Kliniken, Behörden).

Assessment: Mit Hilfe verschiedener Instrumente erfolgt eine Befragung des Klienten mit dem Ziel, möglichst umfassende Informationen über Bedürfnisse, Selbstversorgungsdefizite und -ressourcen zu erhalten. Die darauf und auf zusätzlich eingeholten Informationen basierende Bedarfseinschätzung bildet die wesentliche Voraussetzung für die Formulierung des Hilfe- und Versorgungsplans.

Entwicklung des Versorgungsplans: Der Case Manager erstellt anhand der gesammelten Informationen einen bedarfsorientierten, individuellen Versorgungsplan. Dabei wird der Mitwirkung des Klienten und seines sozialen Umfeldes ein hoher Stellenwert zugeschrieben. In gemeinsamer Absprache werden realistische, erreichbare und überprüfbare Ziele formuliert und Maßnahmen zu ihrer Erreichung festgelegt. Der Versorgungsplan und die vereinbarten Ziele werden schriftlich dokumentiert.

Implementation/Durchführung des Versorgungsplans: In dieser Phase erfolgt die Umsetzung der geplanten Maßnahmen. Der Case Manager führt dazu ggf. Verhandlungen mit Leistungsanbietern und Kostenträgern, vermittelt Dienste, koordiniert das Leistungsgeschehen und fungiert als Bindeglied zwischen Klient und Versorgungssystem.

Monitoring und Re-Assessment: Case Management umfasst auch die kontinuierliche Überwachung des gesamten Versorgungsablaufs. Hier besteht eine wichtige Aufgabe darin, Veränderungen in der Bedarfslage des Klienten zu erkennen und entsprechend zu reagieren,

indem auf der Basis eines aktualisierten Assessments beispielsweise neue Zielvereinbarungen getroffen oder Versorgungspläne geändert werden.

Evaluation und Abschluss: Mit der Entlassung eines Klienten aus der Betreuung durch den Case Manager erfolgt eine ergebnisorientierte Evaluation des Unterstützungsprozesses. Anhand der Evaluation können sich auch Rückschlüsse für eine Optimierung künftiger Versorgungsplanungen ergeben.

Case Management zielt auf die Überbrückung von zeitlichen und räumlichen Dimensionen des Versorgungsgeschehens (Ewers 2005, Satinsky 1995). Es ist darauf angelegt, statt kurzfristig ausgerichteter und isolierter Interventionen eine nachhaltige Unterstützung und Versorgungskontinuität sicherzustellen. So kann frühzeitig und vorausschauend auf sich verändernden Versorgungsbedarf reagiert und können präventive Potenziale und Ressourcen erkannt und genutzt werden. In Bezug auf die räumliche Dimension agiert Case Management über die Grenzen von Versorgungsinstanzen hinweg. Aus dem vielfältigen Angebot wird für den jeweiligen Klienten ein individuelles „Unterstützungspaket“ geschnürt, welches auf seine Bedürfnisse abgestimmt ist. Case Management kann auf diese Weise wesentlich zu einer am individuellen Bedarf orientierten Versorgungsintegration beitragen.

Es ist besonders wichtig, Case Management von Beratung abzugrenzen¹. Inzwischen existieren in Deutschland verschiedene Unterstützungsangebote, die den Titel „Case Management“ tragen, tatsächlich aber eine individuelle Beratung und ggf. noch eine Vermittlung einzelner Versorgungsangebote leisten. Dies allein macht noch kein Case Management aus. Entscheidend ist vielmehr, dass eine gewisse Stetigkeit (und damit Zeitdauer) gegeben ist und eine Steuerung bzw. Koordination der auf den jeweiligen Einzelfall bezogenen Hilfen stattfindet. Ohne diese Steuerung/Koordination bleibt die Begleitung eines Klienten auch dann, wenn sie sich über einen längeren Zeitraum erstreckt, Beratung.

Damit soll Unterstützung in Form der Beratung keineswegs als minderwertig klassifiziert werden. Im Gegenteil: Die Beratungspraxis rund um Fragen der Pflegebedürftigkeit dokumentiert, wie groß der Bedarf an qualifizierter Pflegeberatung ist (Hüper/Hellige 2007). Um perspektivisch eine bedarfsgerechte Angebotsstruktur zu fördern, ist jedoch die Abgrenzung von Beratung und Case Management unerlässlich. Denn nicht jede Person mit einem Beratungsbedarf ist auf ein aufwändiges Case Management angewiesen. Ohne klare konzeptionelle Abgrenzung und der damit verbundenen Definition von Zielgruppen ist es daher unmöglich, eine halbwegs verlässliche Einschätzung dazu vorzunehmen, wie groß der Bedarf an Stellen ist, die ein qualifiziertes Case Management leisten können. Eine solche Einschätzung kann beim gegenwärtigen Wissensstand und den nach wie vor bestehenden konzeptionellen Unschärfen derzeit nicht abgegeben werden, auch nicht für Teilbereiche der Versorgung.

Projekte wie das Modellvorhaben, über das hier berichtet wird, sind auch aus diesem Blickwinkel wichtig. Sie zielen nicht nur auf die Schaffung innovativer Formen der Unter-

¹ Zur Abgrenzung verschiedener Formen kommunikationsintensiver Hilfen vgl. Schaeffer/Dewe 2006.

stützung Pflegebedürftiger, sondern stellen ggf. auch eine Grundlage dar, auf die sich zukünftige Entscheidungen zum Ausbau des Angebots an Case Management stützen können.

1.2 Allgemeine Ziele und Aufbau des Modellprojekts

Das Modellvorhaben ging zunächst von keinem spezifischen Case-Management-Konzept aus, vielmehr war die Entwicklung konzeptioneller Grundlagen Bestandteil des Vorhabens. Sie orientierte sich an den allgemeinen Zielen des Modellvorhabens. Diese umfassten die modellhafte Entwicklung und Erprobung neuer Unterstützungsangebote, die über das herkömmliche Informations- und Beratungsangebot durch die Umsetzung zielgruppenspezifischer Case- und Care-Management-Konzepte hinausreichen. Die Konzepte sollten in drei Modellregionen Niedersachsens erprobt und evaluiert werden.

Das Unterstützungsangebot richtete sich zunächst an alle Personen, die infolge manifester oder drohender Pflegebedürftigkeit von Einschränkungen in der selbständigen Lebensführung betroffen sind. Im konkreten Einzelfall war dann zu prüfen, ob Information und Beratung ausreichen oder die Einleitung eines komplexen Case Managements erforderlich erschien. Durch eine stringent bedarfsorientierte Ausgestaltung der Leistungsnutzung, präventiv orientierte Hilfen und – sofern dies im Blick auf die jeweiligen Bedarfs- und Problemlagen sinnvoll erschien – die Einbindung freiwilliger Helfer sollte eine optimale Ausschöpfung der verfügbaren Ressourcen zur Unterstützung Hilfebedürftiger erfolgen.

Schließlich sollten mit dem Modellvorhaben stabile und funktionale regionale Hilfenetze aufgebaut werden. Dazu sollten Kooperationsbeziehungen mit wichtigen professionellen Akteuren (z.B. Krankenhaussozialdiensten, sozialpsychiatrischen Diensten, Pflegeeinrichtungen) an den Modellstandorten geknüpft werden. Dies war einerseits notwendig, um Strukturen zu schaffen, auf die die Case ManagerInnen bei der individuellen Begleitung zurückgreifen konnten. Zum anderen sollten Netzwerke geschaffen werden, die unabhängig von der Ebene des Einzelfalls zur Bündelung und Koordinierung bestehender Hilfsangebote beitragen konnten. Ergänzend war die Etablierung ehrenamtlicher Helferkreise vorgesehen. Durch die Einbindung bürgerschaftlichen Engagements sollten den Nutzern des Case-Management-Angebotes zusätzliche Unterstützungsmöglichkeiten eröffnet werden.

Charakteristisch für die Zielsetzungen des Modellvorhabens war also, dass ein Unterstützungsangebot mit einer relativ breiten Palette an begleitenden Hilfen aufgebaut werden sollte. Nach den programmatischen Vorgaben sollte sich das Spektrum von einfacher Unterstützung in Form der Vermittlung von Freiwilligenhilfe bis hin zu einem aufwändigen, komplexen Case Management erstrecken.

Ein weiteres charakteristisches Merkmal bestand darin, dass die Hilfen weder von den Anbietern von Versorgungsleistungen noch von den Kostenträgern, sondern von einer „neutralen“ Stelle geleistet werden sollte, in diesem Fall von MitarbeiterInnen des niedersächsischen Landesverbandes des Sozialverbands Deutschland (SoVD). Der SoVD versteht sich als unabhängiger Dienstleistungsverband, der seinen Mitgliedern Information und Beratung zu

Fragen des Sozialrechts anbietet und auch deren Interessenvertretung in der sozialpolitischen Diskussion übernimmt. Der Verband verfügt über keine eigenen pflegerischen Leistungsangebote.

Zur Steuerung des Projektes wurde beim Landesverband des SoVD eine Koordinierungsstelle eingerichtet (Hannover). Diese war schwerpunktmäßig für die Vorbereitung und Weiterentwicklung konzeptioneller Grundlagen, die Planung und Organisation der Öffentlichkeitsarbeit und die Unterstützung der Case ManagerInnen beim Aufbau der regionalen Angebote verantwortlich. Darüber hinaus organisierte und moderierte sie den Erfahrungsaustausch zwischen den ProjektmitarbeiterInnen und hielt Kontakt zur wissenschaftlichen Begleitung.

An drei Standorten in Niedersachsen wurden zum Zweck der Erprobung Beratungsstellen an bestehende Strukturen des SoVD angegliedert, in denen jeweils ein/e MitarbeiterIn des Projektes sowohl Information und Beratung als auch Case Management anbot.

1.3 Modellstandorte

Die drei Standorte boten jeweils recht unterschiedliche Voraussetzungen für den Aufbau des neuen Unterstützungsangebotes und die damit verbundenen Vernetzungsbestrebungen.

Die zur Erprobung vorgesehene Beratungsstelle im *Landkreis Ammerland* befand sich in der Kreisstadt *Westerstede* mit rund 22.250 Einwohnern. Angesiedelt war sie in der Kreisgeschäftsstelle des SoVD, in der auch die Sozialberatung des Verbandes untergebracht ist. Das Büro lag in der Nähe des Stadtzentrums und war mit öffentlichen Verkehrsmitteln gut zu erreichen. Der Landkreis Ammerland liegt im Nordwesten Niedersachsens. Die nächste größere Stadt ist mit rund 150.000 Einwohnern Oldenburg, die im Südosten an den Landkreis angrenzt.

Im Landkreis gibt es 18 ambulante Pflegedienste, davon 5 in Westerstede selbst². Spezialisierungen (z.B. Versorgung Demenzkranker, Kinderkrankenpflege, Palliativversorgung, Intensivpflege) bestehen nicht. Die nächstgelegene Tagespflegeeinrichtung befindet sich im rund 25 km entfernten Oldenburg. In Westerstede selbst gibt es eine stationäre Pflegeeinrichtung. Komplementäre Hilfsdienste (z.B. Essen auf Rädern, Hausnotrufdienste, Fahr- und Begleitdienste) werden durch wenige Anbieter getragen, die ausnahmslos der freien Wohlfahrtspflege angehören. Die Krankenhausversorgung erfolgt durch die in Westerstede angesiedelte Ammerland-Klinik. Krankenhäuser der Maximalversorgung finden sich in Oldenburg und Bremen. Das nächstgelegene stationäre Hospiz und Möglichkeiten der stationären Palliativversorgung befinden sich ebenfalls in Oldenburg.

² Die Angaben zu den Strukturen der regionalen Versorgungsangebote basieren auf der Recherche des IPW von Anfang 2007.

Die Beratungsstelle im *Landkreis Diepholz* war, gemeinsam mit der Sozialberatung des Verbandes, in den Räumlichkeiten der Kreisgeschäftsstelle des SoVD in *Sulingen* untergebracht. Sulingen liegt in der Mitte des Landkreises und hat rund 13.000 Einwohner. Diepholz ist mit rund 1987 km² einer der flächenmäßig größten Kreise in Niedersachsen. Im Norden grenzt er an Bremen.

Am Modellstandort Sulingen existierten 4 ambulante Pflegedienste. Eine der Einrichtungen bietet in Kooperation mit dem lokalen Hospizverein Sterbebegleitung an. In Sulingen ist ferner eine Tagespflegeeinrichtung angesiedelt, ein weitere liegt rund 10 km entfernt. Das Kurzzeitpflegeangebot im Landkreis wird primär durch eingestreute Kurzzeitpflegeplätze realisiert. Im Umkreis befinden sich 4 stationäre Pflegeeinrichtungen. Komplementäre Hilfsdienste werden hauptsächlich durch die vor Ort tätigen Verbände der freien Wohlfahrtspflege bereitgestellt. Im Landkreis gibt es 4 Krankenhäuser der Grundversorgung. Besteht die Notwendigkeit, spezialisierte medizinische Angebote in Anspruch zu nehmen, so kommen hierfür in erster Linie Krankenhäuser in Bremen und Osnabrück in Frage. In Sulingen gibt es ein stationäres Hospiz. Die nächstgelegenen Palliativstationen in Krankenhäusern finden sich in Bremen, Oldenburg und Bünde. Allgemeine Beratungsleistungen für ältere Menschen offerieren im Landkreis die Kommune, die Arbeiterwohlfahrt, das DRK und der Arbeitersamariterbund.

Die dritte Beratungsstelle war räumlich an die Landesgeschäftsstelle des SoVD in *Hannover* (515.000 Einwohner) angebunden. In denselben Räumlichkeiten befinden sich die Sozialberatung des SoVD und die Unabhängige Patientenberatung Deutschland. Das Büro des Modellprojekts lag zentral im Stadtteil Mitte.

Anfang 2007 gab es in Hannover 65 Pflegedienste, 11 Tagespflegeeinrichtungen, 37 reine Kurzzeitpflegeeinrichtungen und 75 vollstationäre Einrichtungen. Sowohl in der ambulanten als auch der teilstationären und stationären Versorgung gab es Anbieter, die sich auf die Versorgung bestimmter Patientengruppen (z.B. demenzkranke Menschen, Beatmungspatienten) spezialisiert hatten. Auch die Zahl komplementärer Hilfsangebote war in Hannover vergleichsweise hoch. Es existieren 27 Krankenhäuser und Kliniken, die teilweise auch innerhalb von Krankenhausverbänden kooperieren. Die Medizinische Hochschule Hannover bietet als Universitätsklinikum Leistungen der Maximalversorgung und verfügt über eine Vielzahl spezialisierter Abteilungen. Eine ortsnahe Versorgung auch bei seltenen oder komplexen Gesundheitsstörungen ist in Hannover problemlos möglich. In der Stadt sind sechs ambulante Hospizgruppen aktiv. Es gibt drei stationäre Hospize. An 4 der lokalen Krankenhäuser finden sich Abteilungen, die eine palliativmedizinische Spezialisierung haben.

Das Beratungs- und Selbsthilfeangebot im Stadtgebiet ist komplex und facettenreich, allerdings auch unübersichtlich. Zum einen hält die Stadt Hannover selbst verschiedene Beratungsangebote vor. Es bestehen, über die Stadt verteilt, sozialpsychiatrische Beratungsstellen und ein kommunaler Seniorenservice. Auch eine Wohnberatung und eine telefonische Pflegeinformation zählen zum städtischen Angebot. Verschiedene Wohlfahrtsverbände unterhalten ebenfalls Beratungsangebote zu gesundheits- und pflegebezogenen Themen. Ver-

gleichbare Angebote eines Case- und Care Management fanden sich bei der Recherche der wissenschaftlichen Begleitung nicht.

An allen drei Standorten war der Zugang zu den Beratungsstellen durch die zentrale, verkehrsgünstige Lage problemlos möglich. Die Anbindung an bestehende Beratungsangebote des SoVD sorgte dafür, dass Grundvoraussetzungen, z.B. ein behindertengerechter Zugang, von vornherein gewährleistet waren und bestehende Ressourcen mit genutzt werden konnten. Gleichzeitig begünstigte die räumliche Nähe den Aufbau interner Kooperationsbeziehungen.

1.4 Übersicht zum Verlauf des Modellprojekts

In der Zeit von Dezember 2006 bis April 2007 wurden mit der Besetzung der Projektstellen (Projektkoordination und Case Management) und der Einarbeitung der betreffenden MitarbeiterInnen die notwendigen personellen Voraussetzungen geschaffen. Im April wurden die drei BeraterInnen geschult und in ihren Tätigkeitsbereich eingewiesen. Sie nahmen gegen Ende des Monats ihre Tätigkeit in den Beratungsstellen auf. Am Standort Sulingen traten zu Beginn einige Schwierigkeiten mit der Stellenbesetzung auf. Im Mai entschied sich der Projektträger zur Kündigung der dortigen Mitarbeiterin. Die Stelle konnte nur zeitverzögert wiederbesetzt werden, so dass sich die Eröffnung der Beratungsstelle dort verzögerte.

Parallel zur Arbeitsaufnahme der BeraterInnen begann die Instrumentenentwicklung. Gleichzeitig wurden Flyer, eine Homepage und erste Informationsblätter entwickelt und Presseartikel veröffentlicht. An den einzelnen Standorten stellten sich die BeraterInnen bei einigen Leistungsanbietern, in SoVD-Gremien und bei einzelnen Kostenträgern vor.

Die Ausarbeitung der Instrumente und konzeptionellen Grundlagen kam aufgrund der vielfältigen parallelen Aktivitäten langsamer als vorgesehen voran. Im Juli 2007 wurde eine erste Version des Handlungskonzepts fertig gestellt, die Instrumentenentwicklung wurde bis zur Klärung einer Softwarelösung ausgesetzt. Im Verlauf des Jahres fiel die Entscheidung zur Nutzung einer EDV-gestützten Dokumentationssoftware, die ab Jahresende eingesetzt wurde. Nach wie vor bildeten Öffentlichkeitsarbeit, Kontaktaufnahme zu potenziellen Kooperationspartnern und die Bearbeitung von Informations- und Beratungsanfragen die Tätigkeitsschwerpunkte der MitarbeiterInnen.

Schon bald zeichnete sich ab, dass die Anzahl der Klienten mit komplexem Unterstützungsbedarf in Form des Case Managements erheblich hinter den Erwartungen zurückblieb. Bis Ende 2007 wurden lediglich 5 Case-Management-Fälle bearbeitet. Die Zuweisung von Klienten durch andere Einrichtungen blieb weitgehend aus. Der geplante Aufbau örtlicher Unterstützernetze, mit denen u.a. ein zusätzliches Angebot an Freiwilligenhilfe etabliert werden sollte, kam ebenfalls nur langsam voran. Gegen Jahresende verließ zudem die Beraterin aus Hannover das Projekt (aus eigenem Wunsch). Wenngleich die Stelle umgehend wieder besetzt werden konnte, ergab sich damit eine zusätzliche, spürbare Störung der

Aufbauarbeiten – auch weil Zeit in die Personalentwicklung investiert werden musste, die dann an anderen Stellen fehlte.

Der Aufbau von Unterstützernetzen wurde vor diesem Hintergrund vorerst zurückgestellt. Die Parallelität hoher Arbeitsbelastung in den Bereichen Klientenbetreuung, Konzept- und Instrumentenentwicklung und Öffentlichkeitsarbeit ließ keine Freiräume für die hierzu erforderlichen Arbeiten.

Im ersten Quartal 2008 hielt die Stagnation der Zahl der Case-Management-Fälle weiterhin an. Der SoVD entwickelte eine Maßnahmenplanung zur Steigerung der Fallzahlen, die eine Ausweitung der Vernetzungsaktivitäten vorsah. Durch die längere, krankheitsbedingte Abwesenheit der Koordinatorin mussten die BeraterInnen einen Großteil der damit verbundenen Aktivitäten übernehmen.

Im Mai 2008 war trotz verstärkter Öffentlichkeitsarbeit kein wesentlicher Anstieg der Fallzahlen im Case Management zu verzeichnen. Zwar berichteten die BeraterInnen von vermehrten Zuweisungen durch Instanzen, allerdings handelte es fast durchgängig um Personen mit Informations- oder überschaubarem Beratungsbedarf. Am Standort *Sulingen* gab es die ganze Zeit über äußerst wenige Anfragen. Deshalb entschied man sich im Juli zur Schließung dieses Standortes zum 30. September.

Aufgrund der unsicheren beruflichen Aussichten reichten die Beraterinnen aus Hannover und Westerstede Anfang September die Kündigung ihres Arbeitsvertrags zum 30. November des Jahres ein. Wenig später stand fest, dass auch die Koordinatorin das Projekt zum Jahresende verlassen würde. Ob eine Fortsetzung des Modellvorhabens unter diesen Bedingungen möglich sein würde, erschien fraglich. Sicher war allerdings, dass dies angesichts des personellen Wechsels einem Neuanfang gleichgekommen wäre und die ursprüngliche Projektplanung nicht einzuhalten war.

Vor diesem Hintergrund wurde die vorzeitige Beendigung des Projektes zum 31. Dezember 2008 beschlossen.

2. Aufgaben und Vorgehen der wissenschaftlichen Begleitung

Der wissenschaftlichen Begleitung des Modellvorhabens fielen mehrere Aufgaben zu. Sie sollte die Entwicklung und Umsetzung der Case- und Care-Management-Konzepte fachlich unterstützen³, Verlauf und Ergebnis der Umsetzung dokumentieren und bewerten, die Wirksamkeit der neuen Unterstützungsangebote einschätzen und die im Verlauf des Modellprojektes geschaffenen Kooperationsbeziehungen hinsichtlich ihrer Funktionalität und Nachhaltigkeit bewerten. Aufgrund des schwierigen Projektverlaufs konnte ein Teil dieser Aufgaben nicht bearbeitet werden. So war beispielsweise eine schriftliche Befragung der Klienten geplant, die in Form des Case Managements unterstützt wurden. Angesichts der geringen Fallzahlen ließ sich dieser Teil der Untersuchung nicht durchführen. Ähnliches gilt für andere Teilarbeiten der wissenschaftlichen Begleitung, die auf den Fortschritt der Entwicklungsarbeiten im Modellprojekt bzw. der auf Klienten und Kooperationspartner ausgerichteten Aktivitäten angewiesen waren.

Die ursprüngliche Projektplanung umfasste sechs Teilaufgaben, von denen allerdings nur die ersten drei mehr oder weniger vollständig bearbeitet werden konnten:

1. *Analyse des regionalen Hilfeangebotes an den Modellstandorten*: Im Hinblick auf das Ziel einer optimalen Vernetzung verfügbarer Versorgungs- und Hilfeangebote erfolgte zu Beginn des Modellvorhabens eine Bestandsaufnahme der regionalen Strukturen an den Modellstandorten. Sie war u.a. gedacht als Arbeitsgrundlage für das Case und Care Management⁴.
2. *Beratende Begleitung von Konzeptentwicklung und -umsetzung*: Das Case- und Care-Management-Konzept lag zu Beginn des Modellvorhabens nur in groben Zügen vor und bedurfte einer zielgruppenspezifischen Konkretisierung. Zur praktischen Umsetzung waren darüber hinaus die Entwicklung von Verfahrensweisen und Instrumenten für den Arbeitsalltag erforderlich. Schließlich mussten die mit dem Case- und Care-Management betrauten MitarbeiterInnen qualifiziert werden. Der wissenschaftlichen Begleitung kam

³ In monatlichen Abständen trafen sich die MitarbeiterInnen der wissenschaftlichen Begleitung und des Modellprojekts zu Arbeitsbesprechungen. In diesem Rahmen wurden die aktuellen Entwicklungen von Seiten des Projektträgers vorgestellt. Das IPW spiegelte die Ergebnisse seiner Informationserfassung und -aufbereitung zurück. Zudem dienten diese Treffen der organisatorischen Abstimmung zwischen SoVD und wissenschaftlicher Begleitforschung. Neben diesen regelmäßigen Zusammenkünften standen die Mitarbeiter des IPW telefonisch und per Email in Kontakt mit der Koordinierungsstelle, um sich über aktuelle Fragen und Entwicklungen kurzfristig auszutauschen.

⁴ Zu Beginn wurden die drei Standorte Hannover, Westerstede/Ammerland und Sulingen/Diepholz hinsichtlich des regionalen Hilfeangebotes analysiert. Die standortbezogenen Daten über verschiedene Akteure wie z.B. Krankenhäuser, Ärzte, Kranken- und Pflegekassen, Hospize, Pflegedienste etc. wurden zu einer Synopse zusammengefügt und der Koordinierungsstelle und den Case ManagerInnen zur Verfügung gestellt. Die Synopse ist gegliedert nach Angebotsarten (z.B. stationäre, teilstationäre und ambulante Pflege) und umfasst Informationen zum Namen, der Anschrift und Telefonnummer sowie Besonderheiten (z.B. Spezialisierungen, eingeschränktes Einzugsgebiet) des Angebotes.

die Aufgabe zu, den Modellträger bei diesen Arbeiten fachlich-konzeptionell zu beraten.

3. *Dokumentation des Modellverlaufs*: Die wissenschaftliche Begleitung sollte anhand geeigneter Daten die Dokumentation des gesamten Verlaufs des Modellprojektes übernehmen und u.a. das Tätigkeitsprofil und die Funktion des Case- und Care-Managements in der Praxis sowie die konzeptionellen Anpassungen im Modellverlauf und die Umsetzung des Unterstützungsangebots erfassen.

Die folgenden Aufgaben konnten nicht entsprechend der ursprünglichen Planung bearbeitet werden:

4. *Einschätzung der Wirkung des Case und Care Managements*: Hier ging es vorrangig darum, inwieweit es durch das Case und Care Management tatsächlich gelingt, den individuellen Bedarfslagen der Klienten gerecht zu werden.
5. *Einschätzung der Vernetzung auf regionaler Ebene*: Die Realisierung eines Care-Management-Programms setzt eine Vielzahl von Aktivitäten zur Verbesserung der gegenseitigen Information der beteiligten Akteure, der Koordination und zur Entwicklung struktureller Bedingungen für die alltägliche, fallbezogene Kooperation voraus. Dabei sollte die wissenschaftliche Begleitung vor allem untersuchen, wie sich das Care Management im Verhältnis zu anderen Akteuren der Gesundheitsversorgung etabliert und welche Formen der Kooperation sich dabei als tragfähig erweisen. Dabei wäre auch die Einbindung freiwilliger Helfer zu berücksichtigen gewesen.
6. *Einschätzung der Übertragbarkeit und der Entwicklungsperspektiven des Konzeptes*: Der SoVD zielte mit seinem Vorhaben auf die Integration von Konzepten des Case und Care Managements, der Beratung und Vernetzung in einem trägerneutralen institutionellen Kontext. Es stellte sich die Frage, ob dieser Ansatz erfolgversprechend ist und ggf. Vorbild für andere Initiativen sein kann.

Die Schwerpunkte der wissenschaftlichen Begleitung lagen analog zur Entwicklung des Projektes zunächst bei der Erfassung regionaler Strukturdaten, der Beratung bei der konzeptionellen Ausgestaltung und der Entwicklung von Begleitforschungsinstrumenten. Die Erfassung und Auswertung von Daten konzentrierte sich auf die Dokumentation der Anfragen von (potenziellen) Klienten der Beratungsstellen. Zur Durchführung der Begleitforschung hat das IPW verschiedene Erhebungsinstrumente entwickelt:

- einen *Bogen zur Erfassung der Tätigkeiten der Case ManagerInnen*, in dem die MitarbeiterInnen ihre Aktivitäten auf der Fall- und Systemebene dokumentierten. Auch wenn dies keine exakte Quantifizierung des hinter den Aktivitäten stehenden Zeitaufwandes ermöglichte, so gestattet das Instrument doch, Tätigkeitsschwerpunkte ebenso wie selten anfallende Arbeiten zu identifizieren. Der Bogen kam ab Juli 2007 zum Einsatz. Mit

der Einführung der EDV-gestützten Falldokumentation ab Januar 2008 wurde auf seinen weiteren Einsatz verzichtet, da wesentliche Inhalte nun durch die Software erfasst wurden und der wissenschaftlichen Begleitung zur Verfügung stehen sollten.

- *Interviewleitfäden* zur Durchführung themenzentrierter Interviews mit den Case ManagerInnen und der Mitarbeiterin der Koordinierungsstelle. Die Leitfäden kamen ab Juli 2007 bei den halbjährlich durchgeführten Befragungen zum Einsatz. Insgesamt führte die wissenschaftliche Begleitung 12 leitfadengestützte Interviews mit den MitarbeiterInnen des Projektes durch⁵.
- einen *Erfassungsbogen zur Dokumentation von Kooperationsbeziehungen* und eine *Netzwerkkarte* zur Visualisierung der gewonnenen Informationen, mit der es möglich war, Veränderungen in Kooperationsbeziehungen im Zeitverlauf nachvollziehbar abzubilden. Allerdings lagen bis zum Zeitpunkt der zuletzt durchgeführten Erhebungen vorwiegend Angaben zu Kontaktaufnahmen seitens der Pflege- und Wohnberatung vor. Stabile Kooperationsbeziehungen zu Partnern außerhalb des SoVD waren bis Projektabschluss kaum vorhanden⁶.
- ein *Kriterienraster zur Falldokumentation*, das festlegte, welche Daten im Rahmen der Falldokumentation von den Case ManagerInnen zur späteren Auswertung durch die wissenschaftliche Begleitung mit erfasst werden sollten. Sie waren als Basis für Aussagen zu den Tätigkeitsfeldern der Pflege- und Wohnberatung, den Zugangswegen der Nutzer und den erreichten Personengruppen gedacht und wurden durch die wissenschaftliche Begleitung monatlich erfasst und ausgewertet. Für den Bereich Beratung und Information entsprach das Raster in großen Teilen den Punkten in dem ohnehin verwendeten Dokumentationsbogen für Beratungsfälle bzw. der später verwendeten EDV-Stammdatenerfassung. In diesen Bereichen war die Qualität der zur Verfügung gestellten Informationen vergleichsweise gut. Auf Probleme stieß hingegen die Erfassung zusätzlicher Informationen. Dies betrifft beispielsweise Angaben zum Migrationshintergrund, einer Schwerbehinderung, zu einer gesetzlichen Betreuung oder alltagspraktischen Beeinträchtigungen der Klienten. Das Problem erstreckte sich auch auf die Case-Management-Klienten. Eine Rekonstruktion der gewünschten Informationen auf Basis des Assessments und der Hilfepläne war ebenfalls nicht möglich, da diese nicht für alle Fälle bzw. nur in Teilen vorlagen.
- einen *Fragebogen für Nutzer des Case Managements*, der nach Beendigung des Case Managements an die Klienten ausgehändigt werden und deren Einschätzungen erfassen

⁵ Die Interviews wurden audiotekhnisch aufgezeichnet, in Teilen verschriftlicht und anschließend inhaltsanalytisch zusammengefasst und strukturiert (vgl. Mayring 2000). Die Strukturierung erfolgte anhand vorab definierter Themenschwerpunkte.

⁶ Im weiteren Verlauf des Projektes sollten ergänzend die Einschätzungen der Kooperationspartner zum Case Management erfasst werden. Die dafür entwickelten Interviewleitfäden zur Befragung ausgewählter Kooperationspartner kamen jedoch nicht zum Einsatz, da nur wenige Personen in Form des CM begleitet und unterstützt wurden und die Kooperationspartner somit keine konkreten Erfahrungen machen konnten.

sollte. Angesichts der geringen Fallzahl und des Rücklaufs von nur vier Fragebögen erschien eine Auswertung nicht sinnvoll.

Darüber hinaus hat das IPW im Rahmen der fachlichen Begleitung mehrere schriftliche Empfehlungen und Hinweise zum Aufbau des Case Managements formuliert. Dazu zählen u.a. *Empfehlungen zur Schulung der Case ManagerInnen*. Sie basieren auf einer Literaturanalyse und der Auseinandersetzung mit Standards und Richtlinien für die Weiterbildung „Case Management“ (vgl. Löcherbach et al. 2005) und beschreiben, wie Schulungsmaßnahmen ausgestaltet werden sollten. Sie enthalten außerdem Hinweise darauf, wie zu einzelnen Themen bereits im Rahmen der Schulungen ein Projektbezug hergestellt werden konnte. Es wurde empfohlen, im Rahmen der Schulungen fünf Schwerpunkte zu setzen:

1. Schaffung eines Überblicks über den Projektrahmen, insbesondere die im Projektkonzept des SoVD enthaltenen Vorgaben, die daraus resultierenden Aufgaben der Case ManagerInnen und die Zuständigkeiten der Projektbeteiligten.
2. Grundlagenwissen zum Case Management: Entstehungshintergrund, Definitionen und Zielsetzungen, Arbeitsschritte sowie Rollen und Kernfunktionen eines Case Managers.
3. Grundlagenwissen zum Care Management, insbesondere Inhalte und daraus resultierende Aufgaben bei der Netzwerkarbeit und Berührungspunkte zwischen System- und Fallebene.
4. Abgrenzung von Case Management zu den Bereichen Information, Aufklärung und Beratung.
5. Zusammenführung der Schulungsinhalte und Klärung von Fragen zur Handlungskonzeption.

Das IPW beteiligte sich punktuell an der Vermittlung dieser Inhalte. Im Rahmen einer einwöchigen Schulungswoche für die neuen MitarbeiterInnen wurden darüber hinaus die Aufgaben der wissenschaftlichen Begleitforschung und damit verknüpfte Anforderungen vorgestellt.

Ebenfalls zu Projektbeginn erarbeitete die wissenschaftliche Begleitung literaturgestützte *Empfehlungen zur Konzept- und Instrumentenentwicklung*⁷. Vorgeschlagen wurde die Entwicklung eines Handlungskonzeptes, das – ausgehend von der Konzeptbeschreibung des SoVD – Leitideen sowie die Ausdifferenzierung fall- und systembezogener Arbeitsschritte verdeutlicht:

- Im Konzeptentwurf des SoVD enthaltene Leitideen – z.B. Empowerment – sollten nach diesen Empfehlungen näher definiert und beschrieben werden, um den MitarbeiterInnen das zentrale Anliegen zu verdeutlichen sowie eine Grundlage für ein gemeinsames Begriffsverständnis und eine einheitliche Arbeitsweise zu schaffen.

⁷ Die schriftlichen Empfehlungen wurden in den monatlichen Projekttreffen mit der Koordinatorin und den Case ManagerInnen vorgestellt und diskutiert.

- Die Empfehlungen schlugen ferner vor, klientenbezogene Arbeitsschritte zu beschreiben, die als Grundlage für das Vorgehen der Case ManagerInnen in den Bereichen Case Management, Beratung und Information dienen konnten. Für den Bereich Beratung sollten dabei z.B. Adressaten, Beratungsmethoden und Ziele des Beratungsprozesses benannt werden. Für das Case Management wurde die Definition von Zielgruppenkriterien sowie die Festlegung fallbezogener Aufgaben und Arbeitsschritte im Sinne des Case Management Regelkreises empfohlen.
- Nicht zuletzt sollte im Konzept festgelegt werden, welche Arbeiten in den Bereichen Öffentlichkeitsarbeit, Aufbau von Kooperationsbeziehungen und Aufbau eines ehrenamtlichen Helferkreises zu leisten waren.

Die Empfehlungen zur Instrumentenentwicklung umfassten Hinweise auf die notwendigen Instrumente und deren inhaltliche Ausgestaltung bzw. die hierbei zu beachtenden Anforderungen. Diesen Empfehlungen zufolge sollten für das Case Management im Kern fünf Instrumente zur Verfügung stehen:

- ein *Assessmentinstrument* zur Identifikation und Einschätzung von Problem- und Bedarfslagen sowie vorhandener Ressourcen eines Klienten.
- ein *Formular zur Erstellung eines Versorgungs- bzw. Hilfeplans*, zur Zusammenfassung und Gewichtung identifizierter Kernprobleme, Planung darauf abgestimmter Maßnahmen und Formulierung dahinter liegender Handlungsziele.
- ein *Instrument zum Monitoring und zur Verlaufsdokumentation*, in dem die Umsetzung des Hilfeplanes, die Aktivitäten beteiligter Akteure und der Grad der Zielerreichung festgehalten werden können.
- ein Instrument, mit dem die Umstände der *Beendigung des Case Managements* festgehalten und dessen Verlauf bewertet werden können.
- ein *Beratungsleitfaden*, der den Beratungsansatz und die damit verbundenen Ziele, Aufgaben und Vorgehensweisen verdeutlicht und als Grundlage für die Beratungspraxis dienen kann.

Darüber hinaus gab es literaturgestützte Hinweise zur Entwicklung eines Identifikationsinstrumentes (Screening), mit dem geprüft werden kann, ob im Einzelfall die Voraussetzungen für die Aufnahme in das Case Management erfüllt sind oder nicht. Ferner wurden Hinweise zu möglichen Kriterien für die Zielgruppendefinition und für die Beendigung des Case Managements formuliert.

3. Aufbau der konzeptionellen und strukturellen Voraussetzungen

3.1 Personelle und räumliche Voraussetzungen

Die Koordinierungsstelle des Projektes wurde im Dezember 2006 mit einer Diplom-Pädagogin besetzt. Sie verfügte über Berufserfahrung im Bereich der Altenpflegeausbildung und der Arbeit im Sozialen Dienst eines Altenheimes. Die drei für das Case Management vorgesehenen MitarbeiterInnen nahmen im April 2007 ihre Arbeit auf. Der Projektträger hatte sich dazu entschlossen, die Stellen mit MitarbeiterInnen mit gerontologischem und pädagogischem Hintergrund zu besetzen. Zwei von ihnen hatten während ihres Studiums Praktika in Beratungsstellen absolviert, die sich der Beratung alter und pflegebedürftiger Menschen widmen. Neben zahlreichen anderen vorbereitenden Aufgaben war seitens des Projektträgers dem individuellen Qualifizierungsbedarf der neuen MitarbeiterInnen Rechnung zu tragen.

In den ersten beiden Wochen nach ihrer Tätigkeitsaufnahme nahmen die BeraterInnen an einem durch die Koordinationsstelle gestalteten Schulungsprogramm teil, in dem Grundlagen zu den Themen Case Management und Beratung im Mittelpunkt standen. Neben der Vermittlung von Kenntnissen in spezifischen pflegerischen Fragen und zu Leistungsansprüchen pflegebedürftiger Personen wurden für das Case Management selbst weitere Qualifizierungsmaßnahmen angebahnt. So befand sich die Koordinatorin bereits zu Projektbeginn in einer Weiterqualifizierung zur Case Managerin. Die Beraterin aus Westerstede begann während der Projektlaufzeit ebenfalls mit dieser Qualifizierungsmaßnahme. Gleiches galt für die ab Januar 2008 am Standort Hannover beschäftigte Mitarbeiterin.

Seit April 2007 standen an den drei Projektstandorten Hannover, Westerstede und Sulingen Räumlichkeiten für Beratung und Case Management zur Verfügung. Die Ausstattung mit Mobiliar und Telefon verzögerte sich allerdings um einige Wochen. An zwei Standorten konnten die Räumlichkeiten in den ersten Wochen zudem nicht uneingeschränkt genutzt werden⁸.

Kurz nach Projektbeginn hatte es sich als notwendig erwiesen, den ursprünglich vorgesehenen Standort Osterholz aufzugeben. Entgegen der Einschätzung des Projektträgers bei Antragstellung erwiesen sich die dort vorgefundenen Rahmenbedingungen als ungeeignet, innerhalb der vorgegebenen Fristen ein Beratungs- und Case-Management-Angebot aufzubauen. Als Ersatz wurde der Standort Hannover (bzw. ausgewählte Stadtteile Hannovers) gewählt. Dieser Wechsel brachte gleich zu Projektbeginn Verzögerungen und die Notwendigkeit aufwändiger interner Abstimmungen mit sich. Unter inhaltlichen Gesichtspunkten

⁸ In Hannover teilten sich zunächst die Mitarbeiterin der Koordinierungsstelle und die Beraterin ein Büro. In Westerstede wurde das Büro neben der Beraterin noch von einem weiteren Mitarbeiter des SoVD genutzt. Diese Konstellationen waren zum einen aus Datenschutzgründen problematisch. Zum anderen sollte es in Beratungssituationen zur Wahrung der Privatsphäre von Klienten möglich sein, Gespräche unter vier Augen bzw. in Abwesenheit von nicht involvierten Personen zu führen.

war er allerdings als vorteilhafte Entwicklung zu bewerten, da nunmehr nicht nur in ländlich strukturierten Regionen, sondern auch in einem Ballungsgebiet Niedersachsens Modellerfahrungen gesammelt werden konnten. Charakteristisch für den Standort Hannover war die räumliche Nähe zur „Unabhängigen Patientenberatung Deutschland“, einer Beratungsstelle nach § 65b SGB V, über die viele Klienten Zugang zum Projekt fanden.

Die Aufbauphase war, wie schon angesprochen, durch Personalwechsel an zwei Standorten gekennzeichnet. Die am Standort Sulingen angestellte Beraterin konnte nicht weiter beschäftigt werden. Die MitarbeiterInnen der beiden anderen Standorte übernahmen in Vertretung die von dieser Beraterin vereinbarten Termine, die sich über einen Zeitraum von mehreren Monaten erstreckten. Ab September 2007 wurde die Stelle durch einen Mitarbeiter mit gerontologischem Hintergrund wieder besetzt. Am Ende des Jahres 2007 hat es auch in Hannover einen Personalwechsel gegeben. Die dort beschäftigte Beraterin verließ das Projekt zum Ende November und wurde ab Januar 2008 durch eine Mitarbeiterin mit pädagogischem Hintergrund ersetzt, die u.a. über Berufserfahrungen im Sozialdienst einer stationären Pflegeeinrichtung verfügte. Dennoch brachte dies für die Koordinationsstelle einen erheblichen Mehraufwand durch Vertretungsaufgaben und weitere, nicht eingeplante Arbeiten mit sich.

Erst Anfang 2008 bestanden einigermaßen stabile personelle und sachliche Rahmenbedingungen für die Beratungstätigkeit und das Case Management (der Projektplan war ursprünglich von April 2007 ausgegangen). Die räumlichen und technischen Voraussetzungen standen zur Verfügung. Durch fortlaufende Qualifizierungsmaßnahmen wurde dafür Sorge getragen, dass die individuelle Kompetenz der BeraterInnen den Anforderungen ihrer alltäglich zu bearbeitenden Aufgaben angepasst wurde.

3.2 Arbeitsschwerpunkte der Projektmitarbeiter

Die Mitarbeiterin der Koordinierungsstelle übernahm primär die Koordination und Organisation des Projektes und war verantwortlich für die Konzeptentwicklung. Damit einher ging ab Januar 2007 SoVD-interne Informationsarbeit, mit der sich das Modellprojekt und insbesondere die Koordinatorin selbst bekannt machten. In den ersten Monaten des Jahres organisierte sie zudem den räumlichen Aufbau und die Ausstattung der Büros an den Projektstandorten. Parallel hierzu bereitete sie durch eigene Recherchen, etwa zu Profilen und Konzepten anderer Beratungsangebote, die Entwicklung der konzeptionellen Grundlagen und die inhaltliche Ausgestaltung der Schulung für die Case ManagerInnen vor.

Auch die nachfolgende Weiterentwicklung und Konkretisierung einzelner Konzeptbausteine, die Fertigstellung des Beratungsleitfadens und die Instrumentenentwicklung fielen in das Aufgabenfeld der Koordinierungsstelle. Hier fand allerdings eine enge Zusammenarbeit mit den Case ManagerInnen statt, die dabei Teilaufgaben übernahmen, z.B. die inhaltliche Anpassung an Anforderungen des Arbeitsalltags.

Einen weiteren Arbeitsschwerpunkt, insbesondere im ersten Projektjahr, bildete die Öffentlichkeitsarbeit. Sie wurde ebenfalls federführend durch die Mitarbeiterin der Koordinierungsstelle geleistet. In diesem Rahmen erfolgte, wie im Handlungskonzept vorgesehen, die Veröffentlichung von Artikeln über das Modellprojekt sowohl in der SoVD-Mitgliederzeitung als auch standortbezogen in Tageszeitungen. An den Standorten wurden außerdem Informationsveranstaltungen für potenzielle Kooperationspartner und Klienten durchgeführt. Daneben wurden eigene Informationsbroschüren entwickelt, zu Themen wie z.B. Möglichkeiten des betreuten Wohnens, Begutachtung bei Pflegebedürftigkeit durch den MDK, Leistungen der Pflegeversicherung oder Vorgehen bei der Beantragung eines Schwerbehindertenausweises. Außerdem wurde eine Internetseite geschaffen, die Auskunft über die Inhalte des Projektes gab und auf Möglichkeiten der Kontaktaufnahme hinwies (www.pflegeberatung-nds.de).

Auch bei der Öffentlichkeitsarbeit wirkten die Case ManagerInnen mit, insbesondere bei standortbezogenen Informationsveranstaltungen und bei der Vorstellung des Projektes bei regionalen Anbietern von gesundheitlicher/pflegerischer Versorgung. Die Öffentlichkeitsarbeit wurde ab März 2008 nochmals intensiviert, um mehr Kooperationspartner zu motivieren, potenzielle Klienten an die Pflege- und Wohnberatung vermitteln.

Die Arbeit auf Fallebene setzte an den Standorten Hannover und Westerstede unmittelbar nach der Eröffnung der Beratungsstellen Ende April 2007 ein. In Sulingen war dies erst ab September 2007 möglich. Die Nutzer konnten telefonisch, auf schriftlichem Wege oder persönlich durch Aufsuchen der Beratungsstelle Kontakt aufnehmen. Die BeraterInnen waren zu diesem Zweck wochentags zu den üblichen Büroöffnungszeiten erreichbar. Die überwiegende Zahl persönlicher Klientenkontakte fand nach Terminabsprache in der Beratungsstelle statt. Daneben suchten die BeraterInnen einen Teil ihrer Klienten im Rahmen von Hausbesuchen persönlich auf – wenn diese nicht in der Lage waren, in die Beratungsstelle zu kommen, oder wenn ein Treffen in der häuslichen Umgebung aus anderen Gründen sinnvoll erschien, z.B. wenn es um Fragen der Wohnraumanpassung ging.

Die Möglichkeit zur persönlichen Kontaktaufnahme bestand ferner an zwei Wochentagen im Rahmen einer „offenen Sprechstunde“, in der die BeraterInnen ohne vorherige Terminabsprache aufgesucht werden konnten. Insgesamt wurde diese Möglichkeit nach Auskunft der BeraterInnen eher selten wahrgenommen. Außerdem suchten die Nutzer die Beratungsstelle auch dann auf, wenn eigentlich keine „Sprechstunde“ vorgesehen war. Ansonsten konnten die Nutzer ihren Kontaktwunsch auf einem Anrufbeantworter hinterlassen.

3.3 Entwicklung eines Handlungskonzepts

Allgemeine Überlegungen zur Ausgestaltung von Beratung und Case und Care Management wurden im Projektantrag des SoVD dargelegt. Ergänzend erfolgten literaturgestützte Empfehlungen der wissenschaftlichen Begleitung zur konzeptionellen Ausgestaltung. Diese Empfehlungen schlugen die zeitnahe Entwicklung eines zielgruppenorientierten Handlungskonzeptes zu Projektbeginn vor, welches neben der Formulierung von Leitprinzipien eine

Ausdifferenzierung von klienten- und vernetzungsbezogenen Arbeitsschritten leisten sollte (vgl. Kapitel 2).

Eine erste Fassung des Handlungskonzeptes wurde im Juni 2007 von der Koordinierungsstelle in Zusammenarbeit mit den Case ManagerInnen erstellt. Danach erfolgten bis Februar 2008 mehrere Überarbeitungen. Die konzeptionellen Überlegungen des SoVD orientierten sich in Teilen am Konzept der Koordinierungsstelle Ambulanter Angebote (KAA) in Ahlen (Verein Alter und Soziales e.V. 2005).

Das neue Unterstützungsangebot erhielt die Bezeichnung *Pflege- und Wohnberatung*. Die Namensgebung beinhaltete somit keinen Hinweis darauf, dass das neue Angebot auch Vermittlungs- und Koordinationsleistungen (als Bestandteil von Case Management) einschloss. Es bedurfte daher einer entsprechenden Information potenzieller Klienten, vor allem aber der Kooperationspartner, um das gesamte Leistungsspektrum des Angebots zu verdeutlichen: Klienten verbinden mit dem Anglizismus „Case Management“ häufig ohnehin keine oder nur wenig konkrete Vorstellungen und sind daher *immer* auf geeignete Erläuterungen angewiesen. Um jedoch das Konzept für Kooperationspartner besser nachvollziehbar zu machen, wäre ein entsprechender Hinweis auf der Ebene der Namensgebung wahrscheinlich hilfreich gewesen. Außerdem konnte der Name bei potenziellen Kooperationspartnern, die selbst Beratung leisten, möglicherweise den Eindruck eines Konkurrenzangebotes wecken (vgl. Kapitel 5.3).

Das Konzept unterschied drei klientenbezogene⁹ Aufgabenschwerpunkte auf der *Fallebene*: Information, Beratung und Case Management. Die Entscheidung, welche der genannten Leistungen zu erbringen waren, sollte anhand des individuellen Bedarfs der Nutzer getroffen werden.

Unter *Information* wurde das zur Verfügung stellen von mündlichen oder schriftlichen Informationen verstanden. Dies geschah beispielsweise durch die Übermittlung von Adressenlisten regionaler Leistungsanbieter, von Informationsbroschüren über Leistungen der Pflegeversicherung oder durch Auskunft zu Einzelfragen. Dabei wurde der Hintergrund des Problems nicht weiter erfragt. Es handelte sich zumeist um einmalige Kontakte.

Beratung reicht im Verständnis des Handlungskonzeptes über die reine Informationsvermittlung hinaus und umfasst danach auch eine Problemanalyse. Eingeschlossen ist hierbei die Besprechung von Maßnahmen, die der Nutzer selbst ausführt oder die bei Bedarf von dem/der BeraterIn stellvertretend ausgeführt werden, z.B. das Stellen von Anträgen. Ergänzend war in Einzelfällen die Erarbeitung eines Hilfeplanes mit der Benennung von Maßnahmen, Zielen und der Verantwortlichkeit der Beteiligten für einzelne Punkte vorgesehen. Es sollte zudem explizit die Möglichkeit bestehen, unabhängig von der Einleitung eines

⁹ Wenig glücklich war aus Sicht der wissenschaftlichen Begleitung die Entscheidung, die Nutzer des Angebots als „Kunden“ zu bezeichnen. Abgesehen davon, dass die Verwendung dieses Begriffs in der Gesundheitsversorgung umstritten und aus wissenschaftlicher Sicht fragwürdig ist (Wingenfeld 2003), erhielten die Betroffenen keine Dienstleistung, für die sie bezahlen mussten. Im vorliegenden Bericht wird durchgängig der Begriff „Klienten“ verwendet.

komplexeren Case Management Prozesses Folgeberatungen in Anspruch zu nehmen und die BeraterInnen bei Bedarf mit der stellvertretenden Ausführung von Maßnahmen zur Problemlösung zu beauftragen.

Im Handlungskonzept wird *Case Management* in Anlehnung an einschlägige Definitionen verstanden als „kooperativer Prozess, der hilft, Menschen in komplexen Problemlagen zu begleiten. Ziel ist es, durch effektive Steuerung und Koordinierung von Unterstützungsleistungen eine kundenorientierte Versorgung zu erreichen“ (Fachgruppe Case Management der DGS 2004). Als Zielgruppe werden allgemein hilfe- und pflegebedürftige, mehrfach erkrankte Menschen bezeichnet, die über kein soziales Netzwerk verfügen oder sich in komplexen Problemlagen befinden, sowie deren Angehörige. Für das Case Management gelten die „Komplexität der Problemlage“ und „eine hohe Akteursdichte“ als Kriterien für die Aufnahme in das Verfahren.

Dieses allgemein formulierte Verständnis bedarf einer Operationalisierung, die klarstellt, welche Kriterien in der Praxis ausschlaggebend sein sollen (Applebaum und Wilson 1987, Wendt 2001). In der letzten Fassung des Konzeptes wird die Zusammensetzung dieser Kernkomponenten näher erläutert. Danach liegt eine *komplexe Problemlage* vor, wenn in mehr als einem der Bereiche „medizinische und pflegerische Situation“, „soziale Situation“, „Wohnsituation“ und „Fähigkeit zur Erschließung und Inanspruchnahme von Hilfen“ eine Unterstützungsleistung und/oder Koordinations- und Steuerungstätigkeit notwendig ist. Waren mindestens zwei Akteure in das Versorgungsgeschehen involviert, so galt eine *hohe Akteursdichte* als gegeben. Als Kernaufgabe des Case Managements wurde die Koordination und Organisation verschiedener Hilfe- und Dienstleistungen beschrieben.

Als *Arbeitsschritte* werden Erstkontakt und Identifikation, Assessment, Planung, Durchführung, Monitoring, Re-Assessment, Evaluation und Beendigung des Case Managements benannt. Dies steht im Einklang mit den in der Fachliteratur beschriebenen Schritten eines Case-Management-Prozesses (z.B. Ewers 2005, Wendt 2001). Zu den einzelnen Punkten werden im Handlungskonzept die damit verfolgten Zielsetzungen, Aufgaben, die zu beteiligenden Akteure und die Nutzung der Planungs- und Dokumentationsinstrumente beschrieben.

Als Zielgruppe bezeichnete das Konzept in seiner ersten Fassung ältere hilfe- und pflegebedürftige Menschen und deren Angehörige. Diese recht allgemein gefasste Beschreibung wurde im Herbst 2007 in Form einer „Indikatorenliste“ und später in der Konzeptfassung vom Februar 2008 konkretisiert. Hier wurden beispielhaft Indikatoren für gesundheitliche Beeinträchtigungen und die Stabilität der Versorgungssituation sowie allgemeine personenbezogene Merkmale benannt, die Hinweise auf einen CM-Bedarf geben können¹⁰:

¹⁰ Ergänzend zu diesen Indikatoren benannte das Handlungskonzept allgemeine Voraussetzungen für die Zusammenarbeit im Rahmen des Case Managements: den Wunsch nach Stabilisierung bzw. Veränderung der Versorgungssituation, die Motivation zur gemeinsamen Erarbeitung eines Hilfeplanes und die Autorisierung des Case Managers. Dies sind Grundvoraussetzungen für ein erfolgversprechendes Case Management.

- Im Bereich gesundheitliche Beeinträchtigungen wurden Krankheitsfolgen wie Mobilitätseinschränkungen, Kommunikationsstörungen oder motorische Unruhe als Beispiele angeführt.
- Als Indikatoren für eine potenzielle Instabilität der Versorgungssituation galten u.a. ein instabiles soziales Hilfenetz, mehrfache Krankenhauseinweisungen aufgrund derselben Gesundheitsstörung oder Beteiligung vieler professioneller Akteure an der Versorgung.
- Als personenbezogene Merkmale wurden z.B. Kommunikationsdefizite aufgrund eines Migrationshintergrundes, Probleme bei der Finanzierung notwendiger Hilfeleistungen oder Schwierigkeiten bei der Erschließung von Dienstleistungen benannt.

Zu einer weiteren Präzisierung dieser Merkmale oder einer Klärung der Frage, welche der angeführten Kriterien für die Aufnahme eines Case Managements ausschlaggebend sein sollen, kam es nicht mehr. Die vorgesehene Entwicklung eines Screeninginstrumentes auf Basis der genannten Kriterien wurde nicht verwirklicht.

Kriterien für den *Abschluss des Case Managements* sah das Konzept ebenfalls vor: Der Klient sollte auf die Beendigung vorbereitet werden, wenn die im Hilfeplan dargelegten Ziele erreicht waren und das Versorgungssystem auch ohne Unterstützung der Case ManagerInnen funktionierte. Darüber hinaus konnte der CM-Prozess auf Wunsch des Nutzers, bei Übernahmen des Case Managements durch eine andere Instanz oder bei mangelnden Möglichkeiten der Umsetzung des Hilfeplans beendet werden.

Das Handlungskonzept beschreibt neben fallbezogenen Tätigkeiten auch Aktivitäten auf der Systemebene und verwendet hierzu den Begriff *Care Management*. Eine klare Konzeptualisierung dieses Begriffs nimmt das Handlungskonzept jedoch nicht vor. Es benennt lediglich systembezogene Aufgaben und Arbeitsschritte. Als drei zentrale Themenfelder werden dabei die Öffentlichkeitsarbeit, der Aufbau und die Pflege von Kooperationsbeziehungen sowie der Aufbau eines ehrenamtlichen Helferkreises beschrieben. Es handelt sich aus wissenschaftlicher Sicht um ein eher rudimentäres Verständnis von Care Management¹¹.

Durch *Öffentlichkeitsarbeit* sollten potenzielle Kooperationspartner, aber auch Nutzer auf das Angebot der Pflege- und Wohnberatung aufmerksam gemacht werden. Zu diesem Zweck sah das Konzept verschiedene Aktivitäten vor:

- Verteilung von Flyern und Informationsbroschüren zum Projekt an öffentlich zugänglichen Orten sowie Schaffung einer Internetpräsenz
- Durchführung von Informationsveranstaltungen
- Vorstellung des Projektes bei Diensten aus der jeweiligen Region, z.B. Pflegediensten, Krankenhaus-Sozialdiensten oder Beratungsstellen
- Artikel in der Tagespresse und in Mitgliederzeitschriften des SoVD.

¹¹ Beispielsweise besteht nach Ewers (2008: 42) der Kern von Care Management in der Steuerung der Versorgung konkreter Patientengruppen mit bedarfsgerechten Dienstleistungen auf einer regionalen oder institutionellen Ebene. Den zentralen Aspekt der Versorgungssteuerung greift das Konzept jedoch nicht auf.

Die Verantwortung für die Initiierung und Umsetzung dieser Maßnahmen war überwiegend der Koordinierungsstelle, in Teilen auch den BeraterInnen zugeschrieben.

Der *Aufbau und die Pflege von Kooperationsbeziehungen* wurden im Handlungskonzept als wesentliche Aufgabe des Care Managements benannt und als wichtige Voraussetzung für einen erfolgreichen Verlauf des Modellprojektes angesehen. Als potenzielle Kooperationspartner galten dabei verschiedene Einrichtungen und Instanzen:

- Krankenhaussozialdienste
- niedergelassene Ärzte
- Seniorenbeiräte und Seniorenbeauftragte
- Pflegedienste
- Kranken- und Pflegekassen
- Anbieter komplementärer Dienste
- Akteure auf kommunalpolitischer Ebene.

Eine Benennung besonders wichtiger Partner (z.B. lokale Beratungsstellen, Medizinische Dienste der Krankenversicherung oder Selbsthilfeorganisationen) und eine darauf abgestimmte Prioritätensetzung des Vorgehens bei der Kooperationsanbahnung erfolgte im Rahmen des Konzeptes nicht. Entsprechende Überlegungen wurden allerdings im Zusammenhang mit den 2008 eingeleiteten Maßnahmen zur Erhöhung der Zuweisungszahlen angestellt.

Die Aussagen des Konzeptes zum *Aufbau eines ehrenamtlichen Helferkreises* blieben recht allgemein. Es benennt einige grundsätzliche Anforderungen wie z.B. Bereitschaft zur Mitarbeit und Zusammenarbeit, Verlässlichkeit und Aufgeschlossenheit gegenüber hilfe- und pflegebedürftigen Menschen. Ehrenamtliche Helfer sollten sowohl innerhalb des SoVD als auch extern gewonnen werden. Ausführungen zur Vorgehensweise bei der Gewinnung der Helfer und deren Koordination durch die Pflege- und Wohnberatung fehlen hingegen. Das Handlungskonzept bewegt sich an dieser Stelle auf der Ebene von Vorüberlegungen.

Neben dem Handlungskonzept wurde im Februar 2008 ein *Beratungsleitfaden* fertiggestellt, der ebenfalls gemeinsam von der Koordinierungsstelle und den Case ManagerInnen erarbeitet worden ist. Er beinhaltet ergänzend zu den im Handlungskonzept formulierten Grundlagen Hinweise zu strukturellen Voraussetzungen und zum Vorgehen der Mitarbeiter in den Beratungsstellen. Dies betrifft z.B. vorzuhaltende Informationsmaterialien, die Erreichbarkeit, Hilfen zur Systematisierung des Beratungsprozesses oder Vorgaben für das Verhalten der BeraterInnen in problematischen, konfliktträchtigen Beratungssituationen. Erstmals wurden in diesem Leitfaden auch inhaltliche Schwerpunkte des Beratungsangebotes festgelegt. Dies waren:

- allgemeine Informationen zur Pflegeversicherung, z.B. die Erläuterung des Pflegebedürftigkeitsbegriffes oder des Antragsverfahrens,
- Leistungsspektrum und Möglichkeiten der Inanspruchnahme von Pflegeversicherungsleistungen,

- Wohnformen im Alter sowie
- Betreuungsrechtliche Fragen, z.B. zu Patientenverfügungen, Vorsorgevollmachten oder Betreuungsverfügungen.

Die Vorgaben des Beratungsleitfadens sind zu verschiedenen Bereichen unterschiedlich verbindlich. Auf der strukturellen Ebene (z.B. räumliche Voraussetzungen und Erreichbarkeit der BeraterInnen) werden sehr genaue Festlegungen getroffen. Die Aussagen zur Gestaltung des Beratungsprozesses haben eher hinweisenden Charakter.

Im Gesamtbild lässt sich feststellen, dass die zeitlichen und fachlichen Anforderungen an die konzeptionellen Entwicklungsarbeiten unterschätzt wurden und Optimierungsbedarf, der sich bei den ersten Entwürfen zeigte, aufgrund von Überlastung nicht mehr ausreichend aufgegriffen werden konnte. Anders ausgedrückt: Mit der Begleitung der Klienten wurde bereits zu einem Zeitpunkt begonnen, zu dem noch verschiedene konzeptionelle Klärungen ausstanden.

Die Parallelität von Beratungstätigkeit und Konzeptentwicklung war von Beginn an ein charakteristisches Merkmal der Aufbauarbeiten im Modellprojekt. Gemessen am Erfordernis einer Konzeptentwicklung, die nur auf wenigen konkreten Vorarbeiten aufbauen konnte, muss das dafür ursprünglich vorgesehene Zeitfenster als zu knapp bemessen bezeichnet werden. Die Konzeptentwicklung erfolgte zudem gemeinsam mit den neu eingestellten MitarbeiterInnen, die noch über keine praktische Erfahrung im Bereich von Case Management für Pflegebedürftige verfügten.

Dieser Verlauf wirkte sich u.a. in Form einer erst späten Festlegung operationalisierbarer Kriterien und Verfahrensregelungen zur Gestaltung des Case Managements aus¹². Aus Sicht der wissenschaftlichen Begleitung bestand für Teile der vorliegenden Konzepte auch zum Projektende noch Präziserungs- bzw. Anpassungsbedarf. Zwar wurden zu verschiedenen Handlungsfeldern des Projektes Optionen aufgezeigt. Es fehlten allerdings oft klare Vorgaben oder Entscheidungshilfen, an denen die Beteiligten MitarbeiterInnen ihr Vorgehen hätten ausrichten können.

Die erwähnten zeitlichen Verzögerungen und fehlende Klarheit bei der Beschreibung der Zielgruppe könnten sich auch in der Außendarstellung gegenüber potenziellen Kooperationspartnern nachteilig ausgewirkt haben. Es muss an dieser Stelle offen bleiben, inwieweit es den Case ManagerInnen und der Koordinatorin gelungen ist, angesichts sehr allgemeiner Kriterien deutlich zu machen, an welche Personen und Kooperationspartner sich das Case-Management-Angebot richtete und wie diese davon profitieren konnten.

¹² Auch der längere, krankheitsbedingte Ausfall der Projektkoordinatorin dürfte hierbei von Bedeutung gewesen sein.

3.4 Instrumentenentwicklung

Der Einsatz spezifischer Instrumente gilt als wichtiger Bestandteil in der Umsetzung von Case und Care Management. Sie dienen der Strukturierung von Prozessen, der Erfassung von Problemen, Bedarf und Ressourcen und sind Grundlage für eine planvolle und nachhaltige Umsetzung (Moxley 1989, Wendt 2001).

Die Koordinierungsstelle entwarf zusammen mit den Case ManagerInnen verschiedene Instrumente, insbesondere zur Erhebung von Informationen zur sozialen, gesundheitlichen, pflegerischen und finanziellen Situation eines Klienten sowie zur Erfassung beteiligter Personen und Versorgungseinrichtungen (Assessment), zur Erstellung eines Hilfeplans und zur Dokumentation von Verlauf und Beendigung des Case Managements.

Diese Instrumente lagen als EDV-Dokument bzw. Papierversion vor und galten als vorläufig, da bereits zu einem frühen Zeitpunkt der Einsatz einer Softwarelösung zur Erfassung, Analyse, Überwachung und Dokumentation des Case-Management-Prozesses ins Auge gefasst wurde. Da zu Beginn des Projektes nur sehr wenige Klienten das CM-Angebot in Anspruch nahmen, kamen die selbst entwickelten Instrumente nur in zwei Fällen zum Einsatz.

Regelmäßig genutzt wurde hingegen ein ebenfalls im Projekt entwickelter Dokumentationsbogen für Beratungsfälle. Dieser ermöglichte die Erfassung soziodemografischer Daten, zuständiger Kostenträger, der Pflegestufe und medizinischer Diagnosen. Zudem konnte dort erfasst werden, mit welchem Anliegen sich die Betroffenen an die Beratungsstelle gewandt hatten und welche Maßnahmen daraufhin eingeleitet bzw. welche Leistungen durch die Pflege- und Wohnberatung erbracht wurden.

Im Sommer 2007 fiel die Entscheidung zur Anschaffung einer EDV-Lösung, die die bis dahin verwendeten Planungs- und Dokumentationsinstrumente ablösen sollte. Es handelte sich um ein Programm, das eine Firma in Kooperation mit der Koordinierungsstelle Ambulanter Angebote (KAA) in Ahlen entwickelt hatte. Die Software wurde nach einer Testphase (November bis Dezember 2007) ab Januar 2008 zur Dokumentation und Planung sowohl für das Case Management als auch bei der Beratung und Information genutzt. Das Programm ist modular aufgebaut und sieht Inhalte vor, die den schon als Papierversion entwickelten Instrumenten entsprechen. Allerdings sind die Dokumentationsmöglichkeiten in vielen Bereichen sehr viel umfangreicher.

Im Rahmen einer ersten Programmanpassung wurden formale Veränderungen vorgenommen und Programminhalte entfernt, die die MitarbeiterInnen nicht nutzen wollten. Die wesentlichen, durch die Pflege- und Wohnberatung genutzten Programmteile waren:

- Stammdatenerfassung: Hier konnten soziodemografische Daten, Daten von Angehörigen und beteiligten Personen, Angaben zu beteiligten Leistungserbringern, Kostenträgern, bestehenden Leistungsansprüchen und in Ansätzen Angaben zur Lebenssituation erfasst werden. In diesem Bereich sind auch Beendigung und abschließende Einschätzung des Case Management Prozesses zu dokumentieren.

- **Termindokumentation:** Sie diene der Erfassung von Aktivitäten, die die Case ManagerInnen mit oder für die Betroffenen durchführten. Hier bestand die Möglichkeit, freischriftlich aktuelle Entwicklungen zu beschreiben und Gesprächsnotizen zu verfassen.
- **Assessment:** Dieses Instrument dient der Erfassung und Bewertung persönlicher Ressourcen und Probleme des Betroffenen. Es ist sehr umfangreich und gibt ca. 140 Punkte vor. Werden Probleme identifiziert, können sie in ihrer Bedeutung eingeschätzt und automatisch in den Hilfeplan übernommen werden. Neben den Standardvorgaben können bei Bedarf zusätzliche Assessmentinstrumente (Braden Skala, Häusliche Pflege Skala, Mini Nutritional Assessment, SoS-Test zur sozialen Situation) genutzt werden¹³.
- **Hilfeplan:** Ausgehend vom Unterstützungsbedarf können in diesem Modul Fern- und Nahziele sowie zu deren Erreichung notwendige Maßnahmen dokumentiert werden. Im Verlauf des Prozesses können maßnahmenbezogen die erreichten Ergebnisse dokumentiert und eingeschätzt werden.

Das Programm enthält damit alle für die Dokumentation und Planung eines Case-Management-Prozesses wesentlichen Instrumente. Der Hilfeplan ist in seiner Struktur prinzipiell geeignet, die Planung und Umsetzung des Case Managements zu unterstützen. Das Modul enthält auch Funktionen, die das Monitoring, ein Re-Assessment und die Evaluation einzelner Maßnahmen ermöglichen.

Allerdings führt der große Umfang auch zu einer gewissen Unübersichtlichkeit¹⁴. Die Case ManagerInnen benötigten einige Wochen, bis sie sich in das Programm eingearbeitet und die für sie wichtigen Funktionen identifiziert hatten. Hinzu kamen in den ersten Monaten der Nutzung nicht unerhebliche technische Probleme, die dazu führten, dass oft nicht zeitnah auf das Programm zugegriffen werden konnte. Dies führte u.a. dazu, dass die MitarbeiterInnen die Module Assessment und Hilfeplan oft nicht ihrem eigentlichen Zweck entsprechend zur *Planung*, sondern vielmehr als Instrument zur nachträglichen *Dokumentation* nutzten¹⁵. Das Programm enthält außerdem kein Instrument zur Überprüfung, ob im Einzel-

¹³ Bei den genannten Instrumenten handelt es sich um erprobte Verfahren zur Risiko- und Bedarfseinschätzung bei speziellen Fragestellungen:

- Die Braden Skala ist ein Instrument zur Ermittlung eines bestehenden Dekubitusrisikos.
- Die Häusliche Pflege Skala (HPS) erfasst die Belastung pflegender Angehöriger und soll Hinweise auf geeignete Entlastungsmaßnahmen liefern.
- Das Mini Nutritional Assessment dient der Erfassung des Ernährungsstatus und der Identifikation eines Risikos der Mangelernährung bei älteren Menschen.
- Der SoS- Test zur sozialen Situation erfasst Angaben zu sozialen Kontakten und Unterstützung, zu sozialen Aktivitäten und der Wohnungssituation. Er soll es ermöglichen, das Risiko sozialer Isolation einzuschätzen.

¹⁴ Insbesondere das Assessmentmodul blieb trotz Kürzungen sehr umfangreich und unübersichtlich. Die Case ManagerInnen haben es nur in wenigen Punkten genutzt, so dass eine weitere inhaltliche Straffung vermutlich sinnvoll gewesen wäre.

¹⁵ Die Folgen technischer Probleme können den CM-Prozess unter Umständen erheblich belasten. Bis zum Projektabschluss war ein Ausdrucken der Hilfepläne nicht möglich. Die Abstimmung und Beurteilung des Modifikationsbedarfs einer Hilfeplanung gemeinsam mit den Klienten kann unter

fall die Voraussetzungen für die Einleitung eines Case Managements erfüllt sind (Screening). Aufgrund der frühzeitigen Projektbeendigung und dementsprechend fehlender Erfahrungen ist die Eignung der Software für das Case Management in der Praxis allerdings schwer einzuschätzen.

4. Information, Beratung und Case Management

4.1 Daten zur Inanspruchnahme der Hilfen

Wie bereits dargelegt, lassen sich nach dem im Handlungskonzept der Pflege- und Wohnberatung formulierten Verständnis drei Formen der Hilfe unterscheiden:

- *Information* ist eine meist einmalige Unterstützung mit dem Ziel, den Klienten die jeweils erfragte Informationen zur Verfügung zu stellen. Dabei wird der Hintergrund eines ggf. bestehenden Problems nicht weiter erfragt.
- *Beratung* reicht über die bloße Informationsvermittlung hinaus und umfasst eine Problemanalyse. Eingeschlossen ist dabei zum Teil auch die Absprache von Maßnahmen.
- Von *Case Management* wird gesprochen, wenn bei den „Beratungsfällen“ eine komplexe Problemlage mit einer hohen Akteursdichte (mindestens zwei Akteure) vorliegt.

Im Zeitraum April 2007 bis August 2008 wurden an den drei Standorten insgesamt 673 Erstkontakte mit Klienten dokumentiert. Gemäß der aufgeführten Unterscheidung der Hilfeformen handelte es sich um 374 Informations-, 283 Beratungs- und 16 Case-Management-Fälle¹⁶. Dabei zeigten sich standortspezifische Unterschiede und Entwicklungen im Zeitverlauf. Aufgrund der Sondersituation am Standort Sulingen beziehen sich die folgenden Ausführungen in erster Linie auf Daten aus Hannover und Westerstede.

Unmittelbar nach Aufnahme ihrer Tätigkeit wiesen die Beratungsstellen in Hannover und Westerstede ähnlich große Fallzahlen auf. Während diese in Hannover weiter anstiegen, gingen sie im Projektverlauf am Standort Westerstede eher zurück bzw. stagnierten. In der Folge hat die Beratungsstelle in Hannover mit rund 62% den größten Teil der Klienten betreut, gefolgt von Westerstede mit ca. 30%. Einen Überblick über die quartalsweise Entwicklung der Fallzahlen an den Standorten gibt die folgende Tabelle.

diesen Umständen kaum noch durch die verfügbaren Instrumente unterstützt werden. Eine Aushändigung des Hilfeplans und Autorisierung durch den Betroffenen war offensichtlich ebenfalls nicht in der geplanten Art und Weise möglich.

¹⁶ Die Differenzierung in Informations-, Beratungs- und Case Management Fälle basiert auf den Einschätzungen der Beraterinnen. Diese ordneten im Rahmen ihrer Falldokumentation die Klienten anhand der o.g. Definitionen einer der drei Leistungsarten zu.

Tab. 1: Entwicklung der Fallzahlen an den Projektstandorten

	Hannover	Westerstede	Sulingen	zusammen
2. Quartal 2007	46	46	0	92
3. Quartal 2007	75	41	2	118
4. Quartal 2007	75	35	14	124
1. Quartal 2008	68	30	23	121
2. Quartal 2008	106	27	16	149
Juli / August 2008	46	22	1	69
Insgesamt	416	201	55	673

Die bloße Fallzahl lässt allerdings kaum Aussagen zum Umfang der Leistungen zu, die bei der Betreuung der einzelnen Klienten erbracht wurden. Vor dem Hintergrund der o.g. Definitionen ist allerdings zu vermuten, dass der mit Beratung verbundene Arbeitsaufwand höher war als im Fall der reinen Informationsübermittlung.

**Tab. 2: Informations- und Beratungsfälle nach Standorten
(n=604, ohne Sulingen und ohne CM-Fälle)**

	Hannover				Westerstede			
	Information		Beratung		Information		Beratung	
	N	Anteil	N	Anteil	N	Anteil	N	Anteil
2. Quartal 2007	37	82,2%	8	17,8%	34	73,9%	12	26,1%
3. Quartal 2007	49	65,3%	26	34,7%	17	42,5%	23	57,5%
4. Quartal 2007	53	72,6%	20	27,4%	16	45,7%	19	54,3%
1. Quartal 2008	39	59,1%	27	40,9%	7	25,9%	20	74,1%
2. Quartal 2008	58	55,8%	46	44,2%	6	24,0%	19	76,0%
Juli / August 2008	23	50,0%	23	50,0%	4	18,2%	18	81,8%
Insgesamt	259	63,3%	150	36,7%	84	43,1%	111	56,9%

Wie Tabelle 2 zeigt, dominierten in Westerstede zu Projektbeginn Fälle, bei denen es nach Einschätzung der BeraterInnen um bloße Information bzw. Auskunft zu einem bestimmten Thema ging. Die Struktur der Anfragen veränderte sich rasch, so dass bereits im 3. Quartal 2007 Beratungsfälle dominierten. Ihr Anteil stieg im Verlauf bis auf über 80% der Fälle (zum Projektende). Auch in Hannover stieg der Anteil von Beratungen relativ kontinuierlich an, allerdings weniger stark. In Westerstede gab es nach Auskunft der BeraterInnen häufiger als in Hannover Beratungskonstellationen, die längerfristig bestanden und in deren Verlauf es zu wiederholten Kontakten mit den Klienten kam¹⁷. Auch der Anteil der Beratungsgespräche und Hausbesuche an allen klientenbezogenen Aktivitäten weist auf Unterschiede zwischen den Standorten hin:

¹⁷ Die Daten erlauben keine Aussage darüber, zu wie vielen Kontakten es im jeweiligen Einzelfall gekommen ist.

Tab. 3: Bearbeitung der Anfragen Hannover und Westerstede

	Hannover			Westerstede		
	N	Anteil	pro Monat	N	Anteil	pro Monat
Auskunft / Infomaterial / Weiterleitung	275	69,80%	17,2	105	54,1%	6,6
Beratungsgespräch	87	22,08%	5,4	62	32,0%	3,9
Hausbesuch	32	8,12%	2,0	27	13,9%	1,7

Während am Standort Hannover in fast 70% der Fälle Auskünfte gegeben wurden, Informationsmaterial zur Verfügung gestellt wurde oder die Betroffenen an andere Stellen weitergeleitet wurden, machten diese Fälle in Westerstede nur rund 54% aus. Demgegenüber war der Anteil von Beratungsgesprächen in der Beratungsstelle und der Durchführung von Hausbesuchen etwas höher. Im Verlauf des Projektes nahm an beiden Standorten der Anteil der Beratungstermine und Hausbesuche zu.

In 80,8% aller Fälle erfolgte zunächst eine telefonische Kontaktaufnahme mit der Pflege- und Wohnberatung. Dies war sowohl bei Beratungsfällen (78,9%) als auch in Fällen der Informationsvermittlung (82,3%) die mit Abstand häufigste Art der Kontaktaufnahme. Auch in anderen Projekten, die Beratungsleistungen zu Gesundheitsthemen anbieten, dominiert diese Form des Erstkontaktes (Seidel/Dierks 2005). Dennoch ist der im Projekt erreichte Anteil von rund 80% vergleichsweise hoch. In 15,8% der Fälle suchten die Nutzer die Beratungsstelle ohne vorherige Anfrage persönlich auf. Der Anteil der Anfragen, die per Post, Email oder Fax erfolgten, war mit 3,4% gering.

Im Falle der Beratung kam es in der weiteren Bearbeitung in 71,4% der Fälle zu einem oder mehreren persönlichen Zusammentreffen. Nach dem Verständnis der Pflege- und Wohnberatung konnte eine Beratung allerdings auch auf einen rein telefonischen Kontakt beschränkt bleiben. Die MitarbeiterInnen berichteten, dass es in diesen Fällen oft zu langen, teilweise über eine Stunde dauernden Telefongesprächen kam. Wenn es den Ratsuchenden primär um die Auskunft zu einem bestimmten Thema ging, blieb es häufig bei reinen Telefonkontakten. Einen standortbezogenen Überblick über die Anteile persönlicher und telefonischer Kontakte in Beratungsfällen gibt die nachfolgende Tabelle.

Tab. 4: Beratungsgespräche, Hausbesuche und telefonische Beratung nach Standorten

	Beratungsgespräch		Hausbesuch		Telefonische Beratung	
	N	Anteil	N	Anteil	N	Anteil
Hannover	66	45,8%	27	18,8%	51	35,4%
Westerstede	58	52,7%	25	22,7%	27	24,5%
Sulingen	14	73,7%	5	26,3%	0	0,0%
Insgesamt	138	50,5%	57	20,9%	78	28,6%

Aus der Falldokumentation der Beratungsstellen gingen die Themen hervor, zu denen die Betroffenen Informationen oder Beratung erhielten¹⁸. Über alle Fälle dominieren mit 39,9% allgemeine Fragen zur Pflegeversicherung, z.B. zu den Zugangsvoraussetzungen oder dem Spektrum möglicher Leistungen. Oft wurden auch die individuelle Pflegesituation der Betroffenen (18,9%) oder Fragen zu bestimmten Leistungsarten wie stationäre Pflege (15,2%), Kurzzeitpflege (7,9%) oder Verhinderungspflege (4,3%) thematisiert. Auch Fragen zur Wohnraumanpassung (13,7%), zu finanziellen Angelegenheiten (13,7%) zu Möglichkeiten des betreuten Wohnens (12%) und den Möglichkeiten des Widerspruchs nach einer Pflegeversicherungseinstufung wurden vergleichsweise häufig angesprochen. Die BeraterInnen verwiesen darauf, dass häufig auch Personen an sie herantraten, wenn (noch) keine Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI bestand. Die Auswertung der Nutzerdaten bestätigt diese Einschätzung. In solchen Konstellationen geht es den Ratsuchenden eher darum, angesichts ihres Lebensalters oder beginnenden Einschränkungen ihres Gesundheitszustandes Perspektiven für die zukünftige Lebensführung zu entwickeln.

4.2 Zugangswege

Mit 42,4% war die Öffentlichkeitsarbeit am häufigsten Anlass für eine Anfrage. Sie fand beispielsweise in Form von Beiträgen in der lokalen Presse oder der SoVD-internen Mitgliederzeitung statt. Außerdem präsentierten BeraterInnen und Koordinierungsstelle ihr Angebot auf regionalen Veranstaltungen, bei denen es um Themen wie Pflegebedürftigkeit oder Wohnumfeldgestaltung ging. Dies führte dazu, dass sich Betroffene oder deren Angehörige direkt an die Beratungsstelle wandten.

Mit 35,8% haben Hinweise anderer Stellen des SoVD die zweitgrößte Bedeutung. Dabei handelt es sich an den Standorten Westerstede und Sulingen um die verbandseigene Sozialberatung. Am Standort Hannover erfolgte die Weiterleitung zudem durch die beim SoVD angesiedelte unabhängige Patientenberatung und das Pflegenotruftelefon.

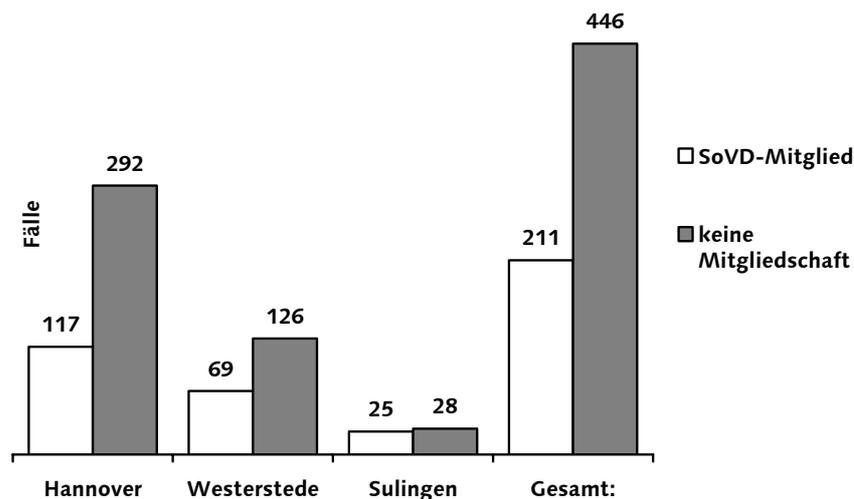
21,8% der Nutzer kamen aufgrund eines Hinweises von externen Instanzen, z.B. von Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen, Ärzten und anderen Beratungsstellen. Der Versuch, über den Aufbau von Kooperationsbeziehungen Klienten zugewiesen zu bekommen, war also insgesamt wenig erfolgreich. Allerdings zeigen sich auch hier Unterschiede der Standorte. Während in Westerstede die Gewinnung von Klienten durch Öffentlichkeitsarbeit im Projektverlauf sukzessive abnahm, zeigte sich in Hannover ein gegenläufiger Trend. Die Zahl SoVD-interner Weitervermittlungen und extern zugewiesener Fälle blieb dagegen an beiden Standorten vergleichsweise stabil.

Weitere Hinweise auf den Zugang zum Beratungsangebot geben Informationen zur SoVD-Zugehörigkeit der Klienten. Verbandsmitglieder erhalten die verbandsinterne Zeitung und können ggf. durch interne Informationsveranstaltungen über die Pflege- und Wohnbera-

¹⁸ Die herangezogenen Daten stützen sich auf die Falldokumentation der BeraterInnen. Oft wurden mehrere Themen je Fall bearbeitet, so dass es zu Mehrfachnennungen kommt.

tung informiert worden sein. Zudem steht das Angebot der kostenlosen SoVD-Sozialberatung nur Mitgliedern offen. Angesichts des beträchtlichen Anteils intern zugewiesener Klienten ist anzunehmen, dass es sich hier häufig um weitergeleitete Verbandsmitglieder handelt. Insgesamt betrug der Anteil der SoVD-Mitglieder an allen Fällen 37,1% (in Hannover 28,6%, in Westerstede 35,4% und in Sulingen 47,2%).

Abb. 1: SoVD-Mitgliedschaft der Nutzer nach Standorten



Die Anbindung an den SoVD dürfte sich also positiv auf den Zugang von Klienten ausgewirkt haben. Wichtiger ist jedoch der Umstand, dass externe Instanzen nur eine geringe Bedeutung bei der Zuweisung von Klienten spielten. Dies dürfte sich insbesondere im Bereich des Case Managements nachteilig ausgewirkt haben.

4.3 Nutzerstruktur

Nur in knapp einem Drittel der Fälle (31,1%) waren es die Betroffenen selbst, die mit ihrem Anliegen an die Pflege- und Wohnberatung herantraten. Häufiger erfolgte die erste Kontaktaufnahme durch Angehörige, Nachbarn oder Bekannte (63,9%). Einen nur geringen Anteil machen hingegen Anfragen anderer Einrichtungen, z.B. von Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen oder anderen Beratungsstellen aus, die stellvertretend für den Betroffenen den Kontakt zur Pflege- und Wohnberatung aufnehmen. Sie blieben im gesamten Projektverlauf mit rund 4% von geringer Bedeutung.

Der Anteil der Anfragen durch Angehörige fiel an den Standorten im ländlichen Umfeld höher aus als in der Stadt. Er beträgt in Westerstede 64,5% und in Sulingen sogar 73,1% gegenüber Hannover mit 55,1%. Umgekehrt ist in Hannover die Zahl der Betroffenen, die sich selbst an die Beratungsstelle wenden, mit 33,2% höher als an den beiden anderen Standorten. Angesichts der vergleichsweise geringen Fallzahlen sind diese Unterschiede zwar mit Vorsicht zu interpretieren. Möglicherweise könnten die Daten jedoch einen Hin-

weis auf Unterschiede in familiären Konstellationen zwischen städtischem und ländlichem Umfeld geben. Unter Umständen leben in der Stadt Hannover mehr alte Menschen, die keine Unterstützung durch Angehörige erhalten.

Tab. 5: Anfragende Personen nach Standorten (n=512)

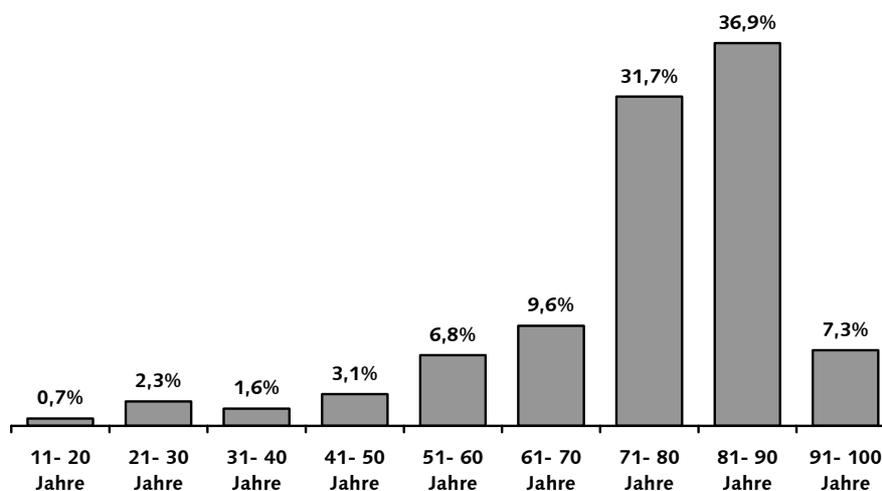
	Hannover		Westerstede		Sulingen	
	N	Anteil	N	Anteil	N	Anteil
Hilfebedürftige/r	111	33,2%	42	27,6%	6	23,1%
Partner/in	35	10,5%	22	14,5%	4	15,4%
Kinder	90	26,9%	55	36,2%	13	50,0%
Sonstige Angehörige, Bekannte, Nachbarn	79	23,7%	26	17,1%	3	11,5%
Einrichtungen	15	4,5%	5	3,3%	0	0,0%
Sonstige	4	1,2%	2	1,3%	0	0,0%
Insgesamt	334	100,0%	152	100,0%	26	100,0%

Nur für einen Teil der Klienten liegen Daten zu soziodemografischen Merkmalen und dem Gesundheitszustand vor¹⁹. Dennoch lassen sich aus ihnen einige Hinweise auf die Nutzer der Pflege- und Wohnberatung ableiten.

Die Pflege- und Wohnberatung wurde überwiegend von Menschen höheren Lebensalters in Anspruch genommen²⁰. 85,5% von ihnen waren älter als 60, rund 76,0% hatten das 70. Lebensjahr bereits überschritten. Diese Verteilung weist Parallelen zur Altersstruktur der Leistungsempfänger der Pflegeversicherung auf, die in häuslicher Umgebung wohnen. Auch bei ihnen bilden Menschen ab dem 70. Lebensjahr mit 69,2% die größte Gruppe (BMG 2008). Der Anteil derjenigen, die 90 Jahre oder älter sind, fiel unter den Nutzern der Pflege- und Wohnberatung mit 7,3% hingegen etwas geringer aus als in der genannten Gruppe mit 10,3%. Die Verteilung der Altersgruppen unter den Nutzern veranschaulicht die folgende Abbildung 2:

¹⁹ In diesem Bereich sind die Daten in der Falldokumentation nicht immer vollständig. Dies erklärt sich u.a. dadurch, dass bei Telefonkontakten, insbesondere wenn es um eine reine Auskunft zu einem Thema ging, detaillierte Angaben für die Bearbeitung des Falles aus Sicht der BeraterInnen nicht notwendig waren.

²⁰ Es lagen für 528 von insgesamt 657 Fällen Angaben zur Altersgruppe vor (Beratungsfälle 273 von 283, Informationsfälle 255 von 374).

Abb. 2: Altersgruppen der Nutzer (gesamt, n = 528)

Informationen zu Erkrankungen liegen nur in etwas mehr als der Hälfte der Fälle vor, daher repräsentieren sie nicht das tatsächliche Krankheitsspektrum²¹. Es fallen einige Diagnosegruppen auf, die besonders häufig vertreten sind: Mit nahezu einem Viertel (24,4%) bilden Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems die größte Gruppe. Sie umfasst z.B. Personen, die Knochenbrüche oder andere Sturzfolgen aufwiesen. Ähnlich groß ist mit 22,4% die Gruppe der psychischen Einschränkungen und Verhaltensstörungen, die beispielsweise demenzielle Erkrankungen und Depressionen beinhaltet. Auch Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems (18,2%) und des Nervensystems (12%) wurden vergleichsweise häufig dokumentiert.

Tab. 6: Häufigkeiten verschiedener Diagnosegruppen (ICD 10) (n = 353)

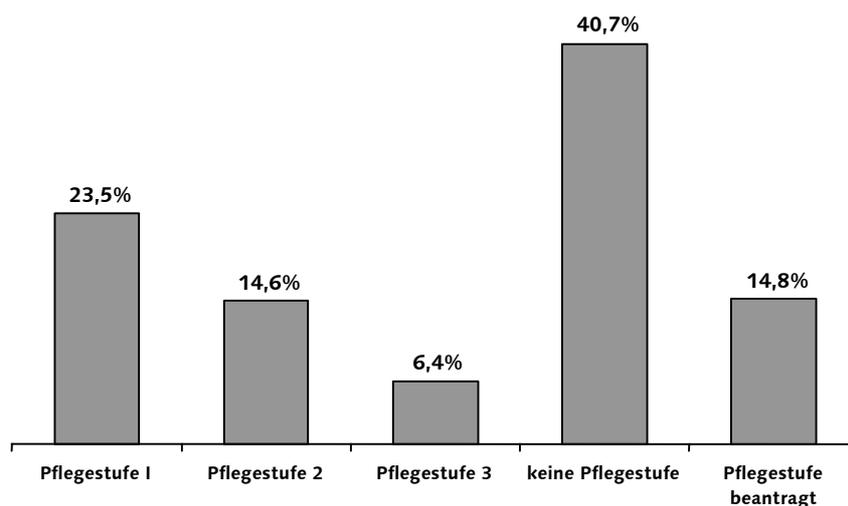
Diagnosegruppe ICD 10	N	Anteil in %
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems	106	24,4
psychische und Verhaltensstörungen	97	22,4
Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems	79	18,2
Krankheiten des Nervensystems	52	12,0
Neubildungen	24	5,5
endokrine und Stoffwechselkrankheiten	19	4,4
Krankheiten der Sinnesorgane	19	4,4
Sonstige	38	8,9

²¹ Insgesamt wurden in 353 von 657 Fällen Daten zu Erkrankungen erfasst. Dabei ist zu bedenken, dass es sich überwiegend um Angaben der Betroffenen oder ihrer Angehörigen handelt, also nicht um ärztlich gesicherte Diagnosen. Zudem wurden je Fall bis zu 3 Diagnosen dokumentiert, wobei die Bedeutung der verschiedenen Erkrankungen für den Unterstützungsbedarf der Betroffenen nicht ersichtlich war. Angesichts des Alters und Pflegebedarfs der Nutzer ist zudem zu vermuten, dass im Durchschnitt mehr Gesundheitsstörungen vorlagen, als tatsächlich dokumentiert wurden.

Jene Teile der Dokumentation, aus der Informationen über alltagsrelevante körperliche Einschränkungen der Nutzer hervorgehen, wurden nur in rund 7% der Fälle ausgefüllt, so dass eine weitere Auswertung nicht sinnvoll erschien. Relativ gut ist allerdings die Datenlage zur Pflegeeinstufung nach dem SGB XI. Hier liegen in 80% der Fälle (n = 528) Angaben vor. 44,6% der Nutzer waren beim Kontakt mit der Pflege- und Wohnberatung bereits in eine Pflegestufe eingruppiert und erhielten Leistungen nach dem SGB XI. In 40,7% der Fälle lag keine Pflegestufe vor. 14,8% der Nutzer hatten zum Zeitpunkt des Kontaktes eine Einstufung beantragt, das Verfahren war jedoch noch nicht abgeschlossen.

Unter den eingestuften Nutzern dominierte mit 52,6% die Pflegestufe I, 32,7% waren in Stufe II eingruppiert und lediglich 14,6% in die Pflegestufe III. In drei Fällen griff die Härtefallregelung des SGB XI. Zwischen den Standorten waren in der Verteilung nur geringe Unterschiede auszumachen. Die Gruppe jener Personen, die sich aktuell in einem Antragsverfahren befand, war unter den Beratungsfällen mit 21,6% gegenüber den Informationsfällen mit 7,5% deutlich erhöht.

Abb. 3: Pflegestufen der Klienten (n = 528)



Die Falldokumentationen weisen zu den Punkten Migrationshintergrund, Schwerbehinderung und Vorliegen einer gesetzlichen Betreuung Lücken auf, die eine Auswertung der Daten nicht sinnvoll erscheinen lassen.

4.4 Case-Management-Fälle

Während der Projektlaufzeit wurden lediglich 16 Case Management Fälle dokumentiert, davon 7 in Hannover, 6 in Westerstede und 3 am Standort Sulingen. Aufgrund der geringen Fallzahl lassen sich aus den soziodemografischen Daten und der Dokumentation des Gesundheitszustandes und Unterstützungsbedarfs keine Hinweise auf ein typisches Nutzerprofil gewinnen. Hinsichtlich Alter und Geschlechterverteilung bestehen keine Unterschiede zu den sonstigen Nutzern des Beratungsangebotes. 3 der Klienten waren alleinlebend, in allen anderen Fällen lebten Angehörige mit im Haushalt. 10 von 16 Personen waren als pflege-

bedürftig nach dem SGB XI anerkannt (6x Pflegestufe I, 4x Pflegestufe II), bei zwei weiteren war die Einstufung beantragt.

Unterschiede gegenüber anderen Klienten zeigen sich im Zugang zur Pflege- und Wohnberatung. Zwar wurde der erste Kontakt auch hier überwiegend telefonisch hergestellt. Allerdings waren es in 7 Fällen externe Dienstleister (5x Krankenhaus, 1x Altenheim, 1x Beratungsstelle), die stellvertretend für die Hilfesuchenden Kontakt aufnahmen. Für die wenigen Case-Management-Fälle hatten externe Zuweiser also eine größere Bedeutung als bei den anderen Klienten. In 5 Fällen erfolgte eine Weiterleitung durch SoVD-interne Instanzen.

Die Dauer der Begleitung durch die Case ManagerInnen variierte stark und reichte von 3 Wochen bis zu 7 Monaten:

- bis 1 Monat: 2 Fälle
- 1-3 Monate: 7 Fälle
- 4-5 Monate: 5 Fälle
- 6-7 Monate: 2 Fälle

Im Durchschnitt kam es zu ca. 10 Kontakten zwischen Case ManagerInnen und Klienten. Bis auf eine Ausnahme wurden in allen Fällen Hausbesuche durchgeführt, in 9 der 16 Fälle mehrfach.

Im Verlauf der Interviews schilderten die BeraterInnen zwei Fälle, anhand derer sich einige typische Probleme und Arbeiten im Verlauf des Case Managements gut beschreiben lassen:

Herr M. fand über den Sozialdienst eines Krankenhauses Zugang zur Pflege- und Wohnberatung. Er war bereits einige Jahre pflegebedürftig und wurde durch seine Frau in der häuslichen Umgebung versorgt. Nach einem Schlaganfall verschlechterte sich sein Gesundheitszustand. Er benötigte nun erhebliche Unterstützung bei allen körperlichen Aktivitäten, und seine Ehefrau sah sich nicht in der Lage, diese zu gewähren. Zudem war Herr M. aufgrund einer Aphasie nur noch mit Hilfe einer Schreibmaschine in der Lage, seine Wünsche und Bedürfnisse zu äußern. Verkompliziert wurde die Situation dadurch, dass seine Ehefrau nur wenig deutsch sprach und nur eingeschränkt mit beteiligten Akteuren kommunizieren konnte. Zu diesem Zeitpunkt bestand auf Seiten der Ehefrau der Wunsch, dass Herr M. in ein Pflegeheim übersiedeln solle, was dieser vehement ablehnte. Beide einigten sich auf den Versuch, mit Unterstützung der Pflege- und Wohnberatung die häusliche Versorgung zu organisieren. Die Case Managerin übernahm die Rolle der „Dolmetscherin“, die Herrn M.s Wünsche den beteiligten professionellen Akteuren (Pflegedienst, Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie, Ärzte) kommunizierte und in seinem Sinne Absprachen zur Organisation der Versorgung traf. Ebenso klärte sie mit Kostenträgern die Finanzierung dieser Leistungen. Da die räumlichen Gegebenheiten in der Wohnung die pflegerische Versorgung erschwerten und Umbaumaßnahmen nicht möglich waren, wurde unter Beteiligung der Case Managerin ein Umzug vorbereitet. Nach ca. 7 Monaten erwies sich die Situation aus Sicht der Case Managerin als stabil. Die Versorgung durch einen Pflegedienst funktionierte

unter Einbindung der Ehefrau und alle Kostenfragen waren geklärt, so dass das Case Management beendet werden konnte.

Im Fall von Herrn S. nahm dessen Ehefrau Kontakt zu Pflege- und Wohnberatung auf. Ihr Mann hatte ebenfalls einen Schlaganfall erlitten, befand sich zu diesem Zeitpunkt aber nach Aufenthalt im Krankenhaus und anschließender Kurzzeitpflege wieder zu Hause. Frau S. empfand die Versorgung als sehr belastend und sah sich nicht imstande, diese weiter zu gewährleisten. Zwar war ihr Mann bereits seit einigen Jahren pflegebedürftig. Nun benötigte er allerdings umfassendere Hilfe bei der Körperpflege und war nicht mehr in der Lage, sich ohne Unterstützung in der Wohnung zu bewegen. Zudem brauchte er – auch nachts – regelmäßig Unterstützung beim Toilettengang. Der Sohn lebte zwar im gleichen Haushalt, es war ihm aufgrund seiner Berufstätigkeit aber nur eingeschränkt möglich, seine Mutter bei der Pflege des Vaters zu unterstützen. Die Case Managerin wies die Familie auf Möglichkeiten der Inanspruchnahme eines Pflegedienstes hin und war bei der Beantragung benötigter Hilfsmittel behilflich. Sie stellte auch einen Höherstufungsantrag bei der Pflegekasse und organisierte in Absprache mit der Familie S. die Versorgung durch einen Pflegedienst. Während des Case Managements wurde Herr S. erneut ins Krankenhaus eingewiesen. Während dieser Zeit organisierte der dort tätige Sozialdienst die zweimal wöchentliche Versorgung in einer Tagespflegeeinrichtung. Er nahm allerdings keinen Kontakt zur Case Managerin auf und stimmte sich nicht mit ihr über das weitere Vorgehen ab. Insgesamt hatte sich die Versorgungssituation aus Sicht der Beraterin verbessert, war aber nach wie vor instabil. Ursächlich dafür waren zwischenzeitlich aufgetretene Verschlechterungen des Gesundheitszustandes und eine nach wie vor bestehende Überforderung der Ehefrau. Zum Zeitpunkt des Interviews befand sich Herr S. erneut im Krankenhaus und der weitere Verlauf war für die Case Managerin nicht absehbar.

Charakteristisch war in beiden Fällen ein hoher Unterstützungsbedarf in organisatorischen Fragen. Einerseits waren stets mehrere Akteure, z.B. Pflegedienste, Ärzte, Physiotherapeuten, Mahlzeitenbringdienste, Sanitätshäuser u.ä. an der Versorgung beteiligt oder sollten hinzugezogen werden. Andererseits waren die Case Management Nutzer und auch ihre Angehörigen nicht oder nur zeitweise in der Lage, die Aktivitäten dieser Beteiligten zu koordinieren bzw. zu initiieren. Die Case ManagerInnen übernahmen dann z.B. die Kontaktaufnahme und Vereinbarung von Terminen und Leistungen. Ebenso traten sie stellvertretend für die Betroffenen mit Kostenträgern in Kontakt oder unterstützten sie, z.B. beim Treffen von Absprachen und dem Stellen von Anträgen. Diese Vermittlungs- und Koordinationsarbeit machte, so die BeraterInnen, einen großen Teil des Case Managements aus.

Die Anlässe für den CM-Bedarf sind, wie diese Beispielen verdeutlichen, vielfältig. Sie reichen von gesundheitlichen Einschränkungen, z.B. Aphasie, über mangelndes Verständnis für Sachverhalte des Leistungsrechts bis hin zu zeitlicher und körperlicher Überlastung von Angehörigen. Diese Überforderung wurde von Klienten und Angehörigen in der Regel zu Beginn des Kontaktes geäußert, verbunden mit der Bitte um aktive Unterstützung. In einigen Fällen, in denen die Zuweisung durch externe Instanzen erfolgte, gaben die dort tätigen MitarbeiterInnen bereits vorab Hinweise auf einen derartigen Unterstützungsbedarf.

Die Falldokumentation der Case ManagerInnen erwies sich als nicht ausreichend, um weitergehende Analysen dieser Nutzergruppe und ihrer Problemlagen durchzuführen. So wurden beispielsweise nur in 10 der 16 CM-Fälle Assessments durchgeführt und dokumentiert und nur in 12 Fällen Hilfepläne erstellt. In den Interviews wiesen die MitarbeiterInnen darauf hin, dass aufgrund der Probleme bei der Anwendung der Dokumentationssoftware eine zeitnahe Nutzung des Assessmentinstrumentes und der Hilfeplanung nicht immer möglich war und deshalb darauf verzichtet wurde.

Allerdings sind auch bei einigen der dokumentierten Fälle die Angaben im Assessment unvollständig, so dass die Komplexität der Problemlage, die zur Aufnahme ins Case Management geführt hat, schwer nachzuvollziehen ist. Ebenso weist die Maßnahmenplanung nicht in allen Fällen auf einen komplexen Unterstützungsbedarf hin. Zum Teil beschränken sich die dort dokumentierten Aktivitäten auf die Unterstützung bei einer Antragstellung oder die Klärung einer Wohnraumanpassung.

Es ist nicht möglich, auf dieser Grundlage weitergehende Aussagen zur Nutzerstruktur im Bereich des Case Managements zu machen. Ebenso wenig lässt sich das Spektrum der Unterstützungsmaßnahmen, die in diesem Zusammenhang durchgeführt wurden, detailliert aufzeigen.

5. Aufbau von Kooperationsbeziehungen

Dem Aufbau von Kooperationsbeziehungen kommt bei der Schaffung eines neuen Case-Management-Angebotes ein besonders wichtiger Stellenwert zu (vgl. dazu Wissert 2005, Löcherbach 2006). Dies gilt auch für das Modellprojekt:

- Als neuer Anbieter mit geringem Bekanntheitsgrad war die Pflege- und Wohnberatung des SoVD auf Zuweisungen potenzieller Klienten angewiesen.
- Es war notwendig, Anbieter zu identifizieren, deren Angebot dem potenziellen Bedarf der Zielgruppe entsprach und die bereit waren, in Absprache mit der Pflege- und Wohnberatung tätig zu werden.
- Es war vorgesehen, auch unabhängig von der Zusammenarbeit im Rahmen des individuellen Case Managements die Vernetzung regional vorhandener Angebote zu verbessern und im späteren Projektverlauf ergänzende Hilfestrukturen im Bereich Ehrenamt aufzubauen.

Aktivitäten, die dem Aufbau und der Festigung von Kooperationsbeziehungen dienten, spielten im Tätigkeitsspektrum von Koordinierungsstelle und BeraterInnen eine wichtige Rolle und nahmen dementsprechend erhebliche zeitliche Ressourcen in Anspruch. Dies gilt insbesondere für die ersten Monate nach Eröffnung der Beratungsstellen, aber auch für die Zeit ab März 2008, in der man sich verstärkt um die Gewinnung neuer Kooperationspartner bemühte.

5.1 SoVD-interne Kooperation

Neben der Vernetzung mit externen Instanzen spielte der Aufbau trägerinterner Kooperationsbeziehungen für die Pflege- und Wohnberatung eine zentrale Rolle. Vor allem als Zuweiser hatten die an allen drei Standorten vorhandene Sozialberatung des SoVD, die unabhängige Patientenberatung (UPD, nur in Hannover) und das Pflegenotruftelefon Niedersachsen eine große Bedeutung:

- Die Sozialberatung des SoVD bietet Beratung zu Fragen rund um die Inanspruchnahme von und den Zugang zu Sozialleistungen an. Voraussetzung für die Nutzung ist die Mitgliedschaft im SoVD.
- Die Patientenberatung befasst sich vor allem mit Fragen der Krankenversorgung. Außerdem bietet sie die Vermittlung zu Selbsthilfeorganisationen und Fachexperten an. Die Leistungen der UPD stehen allen Bürgern offen.
- Das Pflegenotruftelefon Niedersachsen bietet telefonische Beratung zu Fragen „rund um Pflege“ an und will in Konfliktsituationen unterstützend tätig werden. Die Nutzung ist nicht an eine SoVD-Mitgliedschaft gebunden.

Erste Kontakte mit den internen Kooperationspartnern ergaben sich mehr oder minder automatisch durch die Trägerzugehörigkeit und teilweise Unterbringung in den gleichen Räumlichkeiten. Ihre Rolle wurde von den BeraterInnen für den gesamten Projektverlauf als wichtig angesehen, sie verwiesen auf überwiegend positive, allerdings auch wechselhafte Erfahrungen mit ihnen. Die Bedeutung interner Kooperationspartner für die Gewinnung von Klienten war von Projektbeginn an hoch und blieb es auch im Projektverlauf. Wie schon dargestellt, fand ein erheblicher Teil der Nutzer auf diesem Weg Zugang zum neuen Unterstützungsangebot.

Verbandsinterne Kontakte spielten aus Sicht der BeraterInnen aber auch für den Kontaktaufbau mit externen Partnern eine wichtige Rolle. In Kenntnis der regionalen Versorgungsstrukturen konnten andere SoVD-Mitarbeiter die Pflege- und Wohnberatung auf weitere potenzielle Kooperationspartner hinweisen und waren zum Teil bei der Kontakthanbahnung behilflich.

5.2 Externe Kooperationspartner

Zur Gewinnung externer Kooperationspartner wurden zum einen Informationsveranstaltungen für ortsansässige Leistungsanbieter, Kostenträger, Beratungsstellen und andere Akteure organisiert. Zum anderen wurden gezielt Termine mit einzelnen Akteuren vereinbart, bei denen die ProjektmitarbeiterInnen ihren Wunsch nach einer Kooperation ausführlicher darlegen konnten. Diese Treffen dienten gleichzeitig dazu, das Angebot einzelner Anbieter (z.B. anderer Beratungsstellen) differenzierter zu erfassen. Auch durch die Kontaktaufnahme zu regionalen Arbeitskreisen und Gremien wurde versucht, potenzielle Kooperationspartner auf das Angebot der Pflege- und Wohnberatung aufmerksam zu machen und sie für eine

Zusammenarbeit zu gewinnen. Die Pflege- und Wohnberatung beteiligte sich z.B. an den regionalen Senioren- und Pflegekonferenzen. An den einzelnen Standorten wurden so Kontakte zu örtlichen Versorgungseinrichtungen, Beratungsstellen und Vereinen, Kostenträgern und politischen Vertretern geknüpft. Im Vordergrund der Kooperationsbestrebungen standen folgende Organisationen:

- *Leistungsanbieter*, d.h. Pflegedienste, Ärzte, Krankenhäuser bzw. deren Sozialdienste sowie Alten- und Pflegeheime. Sie waren aus Sicht der Pflege- und Wohnberatung vornehmlich in ihrer Rolle als Zuweiser von Klientenanfragen von Bedeutung. Da bis zum Projektende nur wenige Personen mit komplexen Problemlagen und CM-Bedarf begleitet wurden, gab es nur wenig Anlässe zur fallbezogenen Kooperation. Kontakte, bei denen die Pflege- und Wohnberatung in Zusammenarbeit mit Anbietern die Koordination von Versorgungsleistungen übernahm, blieben also die Ausnahme. Bis zum Ende des Projektes wurden feste Vereinbarungen mit Leistungsanbietern über die Zusammenarbeit mit der Pflege- und Wohnberatung noch nicht getroffen.
- *Andere Beratungsstellen* erwiesen sich aus Sicht der BeraterInnen vor allem für den Zugang zu lokalen Netzwerken und die Gewinnung von Informationen über regionale Versorgungsstrukturen als wichtige Kooperationspartner. Die Zusammenarbeit fand oft unter dem Dach bereits bestehender Gremien, z.B. der lokalen Pflegekonferenz, statt.
- Es wurden auch Kontakte zu *Selbsthilfeorganisationen, Vertretern aus der Kommunalpolitik und Kostenträgern* geknüpft. Diese hatten allerdings nur eine geringe Bedeutung für die praktische Tätigkeit. Zwar kam es vereinzelt zu Überleitungen durch Selbsthilfeorganisationen, daraus entstand jedoch keine regelmäßige Zusammenarbeit. Berührungspunkte mit Kostenträgern ergaben sich vor allem fallbezogen durch die Unterstützung von Nutzern bei der Beantragung von Leistungen. Die Kontakte zu politischen Vertretern ergaben sich vor allem durch die Mitarbeit in Arbeitskreisen und Gremien. Für die Arbeit auf Fallebene spielten sie allerdings keine Rolle.

Um einen Überblick über den Aufbau von Kooperationsbeziehungen zu verschiedenen Zeitpunkten zu gewinnen, wurden die an den Standorten geknüpften Kontakte von der wissenschaftlichen Begleitung halbjährlich erfasst. Dabei wurden auch Häufigkeit, Qualität und die Ebenen der Zusammenarbeit ermittelt. Die Beurteilungen der Akteure wurden zur Visualisierung in Netzwerkkarten übertragen und anschließend analysiert. Ergänzend zu diesen Daten lieferten die Interviews mit BeraterInnen und Koordinierungsstelle Hinweise auf die Entwicklung von Kooperationsbeziehungen.

Insgesamt ist die Entwicklung externer Kooperationsbeziehungen deutlich hinter den zu Projektbeginn formulierten Erwartungen zurück geblieben. Obwohl bis Mai 2008 insgesamt rund 130 Akteure kontaktiert wurden²² (Hannover 38, Westerstede 53, Sulingen 36), entwickelte sich nur in wenigen Fällen eine Kooperation, die nachfolgend zu einer Vermittlung

²² Die Bemühungen um die Gewinnung neuer Kooperationspartner wurden auch nach diesem Zeitpunkt fortgeführt und sogar intensiviert.

von Klientenanfragen führte. Auf Nachfrage wurde deren Zahl für den Standort Westerstede mit „einer Hand voll“, für den Standort Hannover mit 5 bis 10 beziffert. Bei der Analyse der Netzwerkkarten wurde deutlich, dass es in der überwiegenden Zahl der Fälle bei einer ersten Kontaktaufnahme blieb, obwohl die kontaktierten Personen und Einrichtungen – so die Einschätzung der Koordinatorin und der BeraterInnen – meist Interesse an einer Zusammenarbeit gezeigt hätten. Der Anteil der durch externe Kooperationspartner vermittelten Klienten lag mit 21,8%, wie schon erwähnt, in seiner Bedeutung deutlich hinter der Öffentlichkeitsarbeit und den internen Zuweisungen.

5.3 Fördernde und hinderliche Faktoren

Kenntnisse über Aufgaben und Arbeitsweise potenzieller Partner sind wichtig, um zu entscheiden, mit welchen Akteuren überhaupt Kooperationsbeziehungen angestrebt werden sollen, welche Effekte man sich von diesen verspricht und wie erfolgversprechend eine Kontaktaufnahme ist. Außerdem erleichtert ein guter Informationsstand die Vorbereitung erster Gespräche, in denen zunächst eine Vertrauensbasis hergestellt werden muss, um zu weiteren Absprachen zu kommen (Garms-Homolová et al. 1998). Dies entspricht auch den Erfahrungen der ProjektmitarbeiterInnen. Für die Verstetigung und das Gelingen von Kooperation sind die Akzeptanz der BeraterInnen, deren Integration in das lokale Netzwerk, der regelmäßige Kontakt und die Kenntnis der lokalen Strukturen grundlegend (Wissert 2005).

Diese Voraussetzungen waren, insbesondere zum Zeitpunkt der Eröffnung der Beratungsangebote, nur eingeschränkt gegeben. Zwar lagen den ProjektmitarbeiterInnen Informationen über verschiedene an den Standorten tätige Akteure vor. Diese Angaben mussten jedoch vor Ort präzisiert, ergänzt und teilweise revidiert werden. So erwies es sich nach den Ergebnissen der Interviews teilweise als schwierig, das Angebot und vor allem die Bedeutung einzelner Leistungsanbieter auf der Basis schriftlicher Informationen einzuschätzen. Hierzu war man auf Hinweise anderer Akteure angewiesen, die aufgrund eigener Erfahrungen differenziertere Aussagen machen konnten. Die Vervollständigung des Bildes über das Versorgungsgeschehen und seine Akteure an den Standorten nahm einige Monate in Anspruch und band in dieser Zeit erhebliche Ressourcen.

Auch für die verbandsinternen Akteure war anfangs das Angebotsspektrum der Pflege- und Wohnberatung offenbar nicht immer klar erkennbar. So berichteten die BeraterInnen, dass es in den ersten Monaten häufiger zu Überleitungen von Personen gekommen sei, deren Anliegen die BeraterInnen nicht gerecht werden konnten; sie wünschten Unterstützung in Angelegenheiten, die nicht in das Themenfeld der Pflege- und Wohnberatung fielen. Zum Teil setzten Zuweisungen auch erst spät ein – beispielsweise im Falle des Pflegenotruftelefons.

Bei der Vorstellung des Projektes stießen die Case ManagerInnen zum Teil auf Vorbehalte ihrer Gesprächspartner. Dabei spielte eine tatsächliche oder vermeintliche Konkurrenz zu anderen Beratungsstellen eine wichtige Rolle. Die MitarbeiterInnen des Projektes waren

zwar davon überzeugt, dass „Case Management“ ein klares Unterscheidungsmerkmal zu anderen Angeboten darstellt (wenn auch der eine oder andere Anbieter angab, selbst mit dieser Methode zu arbeiten). Allerdings dürfte die Akzentuierung von Information und Beratung in der Außendarstellung und Praxis der Beratungsstellen dem Eindruck, die Pflege- und Wohnberatung trete in Konkurrenz zu bestehenden Beratungsangeboten, eher förderlich gewesen sein. Schlechte Erfahrungen potenzieller Kooperationspartner mit vorherigen Modellprojekten oder prinzipielle Ressentiments brachten weitere Erschwernisse mit sich. Allerdings zeigte sich auch, dass Überschneidungen im Leistungsangebot die Zusammenarbeit mit anderen Anbietern nicht zwangsläufig ausschließen. Exemplarisch verwiesen die befragten MitarbeiterInnen auf die Kooperation mit dem Kommunalen Seniorenservice Hannover (KSH), die sie als erfolgreich einschätzten. Mit verantwortlich für die gelungene Zusammenarbeit war aus Sicht der Interviewpartner die Tatsache, dass die Kooperationspartner ein differenziertes Bild über das Leistungsspektrum des jeweils Anderen hatten und darum bei speziellen Fragestellungen gezielt aufeinander verweisen konnten. Zudem sei man sich mit dem KSH einig gewesen, dass angesichts der Vielzahl von Anfragen eine Konkurrenz um einzelne Fälle nicht bestand.

In Westerstede wurde die Kooperation im Vergleich zu den anderen Standorten als weiter entwickelt wahrgenommen. Dies wurde u.a. mit überschaubaren lokalen Strukturen, stärkerer Wirkung der „Mund-zu-Mund-Propaganda“ und der Tatsache in Verbindung gebracht, dass weniger Anbieter von Beratungsleistungen vor Ort sind als in Hannover. In Hannover ist das Angebot der Pflege- und Wohnberatung „eines unter vielen“ und musste – so die Erfahrung der BeraterInnen – sein Profil gegenüber anderen Anbietern deutlicher herausstellen als in Westerstede. Zudem wirkte sich die tatkräftige Unterstützung des örtlichen SoVD-Vorstandes sowie kommunaler Stellen im Landkreis Ammerland positiv aus. Insgesamt stieß das Modellprojekt dort auf größere Offenheit und musste weniger Barrieren überwinden.

In diesem Zusammenhang scheint auch der Bekanntheitsgrad des SoVD unter potenziellen Kooperationspartnern eine Rolle gespielt zu haben. Während er in Westerstede hoch war, sahen sich Beraterin und Koordinierungsstelle in Hannover häufig mit der Tatsache konfrontiert, dass der Verband den potenziellen Kooperationspartnern gänzlich unbekannt war oder sie ihn thematisch nicht mit Fragen der pflegerischen Versorgung in Verbindung brachten. Dies hatte zur Folge, dass bei der Kontaktaufnahme in doppelter Hinsicht Aufklärungsarbeit geleistet werden musste, sowohl zur Rolle und Position des SoVD im Allgemeinen als auch zum Angebot der Pflege- und Wohnberatung im Besonderen. Insofern war die Trägerunabhängigkeit des SoVD zwar einerseits ein wichtiges Argument, um die Neutralität des Angebotes deutlich zu machen. Gleichzeitig aber war der Verband in der Wahrnehmung potenzieller Kooperationspartner ein neuer Akteur, über dessen Kompetenzen und Interessen im Bereich der pflegerischen Versorgung große Unsicherheit bestand.

Negativ auf die allgemeine Akzeptanz des neuen Angebots wirkten sich auch die Reform der Pflegeversicherung und die damit verbundene intensive Diskussion um die neuen Pflegestützpunkte und die umfassende Pflegeberatung nach § 7a SGB XI aus. Hier stellte sich aus dem Blickwinkel einiger potenzieller Kooperationspartner offenbar die Frage, inwieweit

der SoVD perspektivisch überhaupt als Träger eines allgemeinen Beratungs- und Case-Management-Angebotes auf dem Feld der Pflegeversicherung vertreten sein würde – und inwieweit es sich angesichts dieser Unsicherheit lohnen würde, verbindlichere Kooperationsbeziehungen aufzubauen. Insofern wirkte sich die breite Ausrichtung des Projektes auf pflegebedürftige Menschen im Allgemeinen, die im Konzept des Modellvorhabens von Anfang an festgeschrieben war, nach Einsetzen der Reformdiskussionen nachteilig aus. Case-Management-Angebote, die sich auf besondere Zielgruppen spezialisiert haben und ein spezifisches Know-How erfordern (z.B. Case Management für Familien schwerstkranker Kinder), waren und sind von solchen Effekten naturgemäß weniger betroffen.

Zum Projektende deutete sich aus Sicht der ProjektmitarbeiterInnen die Vertiefung einzelner Kooperationsbeziehungen an. Mit Blick auf die Gewinnung neuer Fälle machte sich dies allerdings nur auf dem Gebiet der Beratung und nicht im Tätigkeitsfeld Case Management bemerkbar.

6. Zusammenfassende Einschätzung

Der Verlauf des Modellprojekts „Case und Care Management im Rahmen trägerneutraler Pflegeberatung“ war von Beginn an durch Störungen gekennzeichnet, die Verzögerungen und hohe Belastungen für die MitarbeiterInnen nach sich zogen. Störungen durch unerwartete personelle oder organisatorische Probleme sind bei Modellvorhaben bis zu einem gewissen Grad nichts Ungewöhnliches (vgl. Schaeffer et al. 2005). Im vorliegenden Fall trafen sie allerdings auf eine Projektplanung, die ohnehin als sehr ehrgeizig bezeichnet werden muss. Eine zu knappe Bemessung der Phase der Konzeptentwicklung und organisatorischen Vorbereitungen in Verbindung mit Brüchen, die durch die Verlagerung eines Standortes sowie das Ausscheiden von MitarbeiterInnen an zwei der drei Standorte entstanden, führte zu nachhaltigen Beeinträchtigungen des Aufbauprozesses. Seitens des Projektträgers wurden im Vorfeld die Probleme und der Aufwand bei der Bearbeitung interner Konflikte unterschätzt, die bei der Integration eines neuen Unterstützungsangebotes in bestehende organisatorische Strukturen zwangsläufig entstehen.

Infolge dieser schwierigen Anfangskonstellation kam es zu einer Zersplitterung der verfügbaren Ressourcen in zeitlich parallele Aktivitäten, die ursprünglich als aufeinanderfolgende Schritte definiert waren. Insbesondere die Parallelität von Beratungstätigkeit, organisatorischen Aufgaben und konzeptionellen Entwicklungsarbeiten (einschließlich Instrumentenentwicklung) führte tendenziell zur Überlastung der MitarbeiterInnen, zumal diese besonders in der Anfangsphase ihrer Beratungstätigkeit gehalten waren, ihre Kenntnisse zu erweitern, um sich auf die für sie neue Aufgabe des Case Managements bei Pflegebedürftigen hinreichend vorzubereiten. Wichtige Projektbausteine wie der Aufbau von Unterstützernetzen und die Einbindung von ehrenamtlichen MitarbeiterInnen wurden konsequenterweise zurückgestellt.

Die Aufgabenvielfalt ging zu Lasten der Entwicklung von Schwerpunktsetzungen und konzeptionellen Präzisierungen sowie eines stärker zielgruppenspezifischen Vorgehens. So blieb es trotz erheblicher Anstrengungen der beteiligten MitarbeiterInnen bei einer Situation, in der die wichtigste Zielgruppe des Projekts nur punktuell erreicht werden konnte. Zwar wurden zahlreiche Anfragen aufgrund eines Bedarfs an Information oder Beratung in Fragen rund um das Thema Pflegebedürftigkeit an die Beratungsstellen herangetragen, doch fanden Personen mit komplexen Problemlagen, auf die die Methode des Case Managements zugeschnitten ist, nur selten Zugang.

Die Überlastung ging außerdem mit dem Risiko einher, dass die Qualität des Unterstützungsangebotes, aber auch der noch ausstehenden Entwicklungsarbeiten leidet. Konzeptionelle Schwachstellen und Erfordernisse im Bereich der Instrumentenentwicklung bzw. -anpassung konnten nicht mehr aufgearbeitet werden.

Das Erfordernis, zur Bearbeitung der Anfangsprobleme Ressourcen aufzuwenden, hat also sehr wahrscheinlich dazu beigetragen, dass Problemen an anderen, zentralen Stellen nicht frühzeitig und entschieden genug begegnet wurde. Wesentliche Aufbauarbeiten konnten

zwar abgeschlossen werden, allerdings gelang es nicht, das neue Angebot des Case Managements hinreichend zu verankern und Zugangshürden aus dem Weg zu räumen.

In diesem Zusammenhang waren auch Akzeptanzprobleme bei potenziellen Kooperationspartnern von Bedeutung. Offenbar gab es zu wenig Zeit und Gelegenheit, sich gegenüber anderen Angeboten abzugrenzen und Kooperationspartnern zu vermitteln, dass das neue Angebot eine Erweiterung und Bereicherung ihrer eigenen Handlungsmöglichkeiten darstellen und eine enge Kooperation zu Entlastung und zu beiderseitigem Vorteil führen kann. Hier stellt sich die Frage, ob eine stärkere Bündelung der Kooperationsbemühungen nicht erfolgsversprechender gewesen wäre als eine Strategie, die in die Breite strebt und möglichst viele Stellen informieren und gewinnen möchte.

Allerdings ist zu berücksichtigen, dass die Entwicklung tragfähiger Kooperationsbeziehungen auch eine Frage der Zeit ist. Es konnte beispielsweise nicht erwartet werden, dass Versorgungseinrichtungen bereits nach einer ersten Vorstellung des Modellprojektes in einen intensiven Informationsaustausch treten und Personen, bei denen sie einen CM-Bedarf vermuten, an das Modellprojekt verweisen. Bis ein neues Angebot im Bewusstsein der betreffenden MitarbeiterInnen stetig präsent ist, bedarf es wiederholter Kontakte und erster Kooperationserfahrungen im Zusammenhang mit der individuellen Unterstützung von Pflegebedürftigen durch das Case Management.

Der Aufbau von Case und Care Management, das zentrale Anliegen des Projektes, ist somit verhältnismäßig rasch ins Stocken gekommen. Die beschriebenen Probleme sind, wie gesagt, zum Teil nicht ungewöhnlich für Modellprojekte dieser Art. Weniger entspricht es allerdings den allgemeinen Projekterfahrungen, dass diese und andere Entwicklungen in so hohem Maße Hürden auf dem Weg zu einer zentralen Zielgruppe nach sich ziehen.

Aus den Projekterfahrungen lassen sich einige Folgerungen ableiten, die möglicherweise für zukünftige Initiativen des Aufbaus von Case Management nützlich sind:

- Für die organisatorischen, inhaltlich-konzeptionellen und methodischen Vorbereitungen muss ausreichend Zeit zur Verfügung stehen. Es entspricht allgemeinen Projekterfahrungen, dass bei Aufbauarbeiten dieser Art auch immer Störungen einkalkuliert werden müssen. Vor dem Hintergrund der Projektverläufe ist davon auszugehen, dass für den Fall, dass nicht schon erhebliche Vorarbeiten geleistet worden sind, ein Zeitraum von acht bis zwölf Monaten erforderlich ist.
- Die inhaltlichen Anforderungen an die Konzept- und Instrumentenentwicklung sind nicht zu unterschätzen. Gelingt es wie im vorliegenden Fall nicht, die zeitliche Parallelität von Konzeptentwicklung, intensiver Netzwerkarbeit und klientenbezogenen Arbeiten zu vermeiden, ist eine Überforderung der MitarbeiterInnen nahezu vorprogrammiert.
- Unabhängig davon, wie eng oder wie weit die Zielgruppe des Unterstützungsangebotes definiert ist, empfiehlt sich die Konzentration von Vernetzungsbemühungen auf Koope-

rationspartner, die *Schlüsselfunktionen* für den Zugang der Zielgruppe besitzen. Die Erfahrungen mit dem Modellvorhaben zeigen, dass eine allgemeine Öffentlichkeitsarbeit Personen mit komplexen Problem- und Bedarfslagen, d.h. Personen mit einem spezifischen Bedarf an Case Management, kaum erreicht. Zugang zum Case Management finden diese Personengruppen eher durch die Vermittlung anderer Institutionen, vor allem durch die Vermittlung von Versorgungseinrichtungen und ggf. auch Kostenträgern. Diese müssen sehr genaue Vorstellungen darüber gewinnen, was das jeweilige CM-Angebot leisten kann und wie sie und ihre Klientel davon profitieren können. Sie müssen ferner von der fachlichen Kompetenz des CM-Angebotes überzeugt sein bzw. werden und Vertrauen in die Stetigkeit der Kooperation entwickeln. Lässt sich dieser Zugang nicht ebnen, bleibt die Nachfrage nach Case Management trotz intensiver Bemühungen im Bereich der Öffentlichkeitsarbeit aus.

- Es ist zu hinterfragen, ob die Integration von Case Management mit anderen Hilfen und damit ein paralleles Angebot unterschiedlicher kommunikationsintensiver Unterstützungsformen (Information, Beratung, Case Management) eine sinnvolle Lösung darstellt. Zumindest der Aufbau von Case Management, so die Erfahrung aus dem Modellvorhaben, erfordert dann weit bessere Rahmenbedingungen und mehr Ressourcen als im Allgemeinen verfügbar sein dürften. Es kostet Zeit und sehr viel Vernetzungsarbeit, bis sich ein CM-Angebot etabliert hat. Dass dies und mehr – wie im Modellprojekt – von einer Mitarbeiterin geleistet werden kann, die gleichzeitig Informationsanfragen bearbeiten und Beratung durchführen muss, ist eher unwahrscheinlich.

Die Entwicklung des Case Managements in der pflegerischen Versorgung findet nach der letzten Reform der Pflegeversicherung unter anderen Vorzeichen statt. Zukünftig soll ein flächendeckendes Netz von Beratungsstellen zur Verfügung stehen, das auch und vor allem ein Case-Management-Angebot umfasst. Es wird wichtig sein, die hohen fachlichen, organisatorischen und inhaltlich-konzeptionellen Anforderungen, die mit diesen Entwicklungen einhergehen, nicht zu unterschätzen, und die in der Diskussion oft vernachlässigten Unterschiede zwischen Beratung und Case Management zu beachten. Nur unter dieser Voraussetzung wird sich das in der Methode Case Management enthaltene Unterstützungspotenzial für pflegebedürftige Menschen entfalten können.

Literatur

- Applebaum, R.A./Wilson, N.L. (1987): Prescreening At-Risk Elders for Entry into a Community-Based Long Term Care Program. *Home Health Care Services Quarterly* 8, Nr. 1, 75-86
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2008): Leistungsempfänger nach Altersgruppen und Pflegestufen - insgesamt 31.12.2007. http://www.bmg.bund.de/cln_117/nn_1193090/ShareDocs/Downloads/DE/Statistiken/Statistiken_20Pflege/Leistungsempfaenger-nach-Altersgruppen-und-Pflegestufen-Frauen.html [Stand: 10.01.2009]
- Ewers, M. (1996): Case Management: Anglo-amerikanische Konzepte und ihre Anwendbarkeit im Rahmen der bundesdeutschen Krankenversorgung. Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Public Health (P96-208) am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung. Berlin: WZB
- Ewers, M. (2005): Das anglo-amerikanische Case Management: Konzeptionelle und methodische Grundlagen. In: Ewers, M./Schaeffer, D. (Hg.): *Case Management in Theorie und Praxis*. 2., ergänzte Auflage. Bern: Huber, 53-90
- Ewers, M./Schaeffer, D. (2005): Einleitung: Case Management als Innovation im deutschen Sozial- und Gesundheitswesen. In: Ewers, M./Schaeffer, D. (Hg.): *Case Management in Theorie und Praxis*. Zweite, ergänzte Auflage. Bern: Huber, 7-27
- Ewers, M. (2008): Case Management: Hintergründe, Entwicklungen und Konzepte. Studententext des weiterbildenden Studiengangs Angewandte Gesundheitswissenschaften an der Universität Bielefeld. Bielefeld: Universität Bielefeld
- Fachgruppe Case Management der DGS (Hg.) (2004): Leitprinzipien Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen. <http://www.case-manager.de/download/leitprinzipien%20cm.pdf> [Stand: 22.12.2008]
- Garms-Homolová, V./Maurer, M./Schaeffer, D. (1998): Einführung - Konzepte und Voraussetzungen der Kooperation. In: Garms-Homolová, V./Schaeffer, D. (Hg.): *Medizin und Pflege. Kooperation in der ambulanten Versorgung*. Wiesbaden: Ullstein Medical, 1-5
- Garrett, M.B. (2008): Quality and Outcomes Management. In: Powell, S.K./Tahan, H.A. (Hg.): *Core Curriculum for Case Management*. Zweite Auflage. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 555-570
- Hüper, C./Hellige, B. (2007): Professionelle Pflegeberatung und Gesundheitsförderung für chronisch Kranke. Rahmenbedingungen – Grundlagen – Konzepte – Methoden. Frankfurt am Main: Mabuse
- Löcherbach, P./Klug, W./Rommel-Faßbender, R./Wendt, W.R. (Hg.) (2005): *Case Management. Fall- und Systemsteuerung in der sozialen Arbeit*. München: Ernst Reinhardt Verlag
- Löcherbach, P. (2006): Standards gesucht, Qualität gefragt. In: Wendt, R./Löcherbach, P. (Hg.): *Case Management in der Entwicklung*. Heidelberg: Economica, 299-318
- Mayring, P. (2000): *Qualitative Inhaltsanalyse – Grundlagen und Techniken*. Weinheim: Deutscher Studien Verlag
- Moxley, D.P. (1989): *The Practice of Case Management*. Newbury Park: Sage Publications
- Neuffer, M. (2007): *Case Management. Soziale Arbeit mit Einzelnen und Familien*. Dritte, überarbeitete Auflage. Weinheim: Juventa
- Satinsky, M.A. (1995): *An Executive Guide To Case Management Strategies*. New England. USA: American Hospital Publishing
- Schaeffer, D./Dierks, M.L./Hurrelmann, K./Keller, A./Krause, H./Schmidt-Kaehler, S./Seidel, G. (2005): Evaluation der Modellprojekte zur unabhängigen Patientenberatung und Nutzerinformation. Bern: Huber
- Schaeffer, D./Dewe, B. (2006): Zur Interventionslogik von Beratung in Differenz zu Information, Aufklärung und Therapie. In: Schaeffer, D./Schmidt-Kaehler, S. (Hg.): *Lehrbuch Patientenberatung*. Bern: Huber, 127-152

-
- Seidel, G./Dierks, M.L. (2005): Ergebnisse zur Evaluation der Modellprojekte der unabhängigen Patientenberatung und Nutzerinformation nach § 65b SGB V. P05-127. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW). Bielefeld: IPW
- Verein „Alter und Soziales e.V.“ (Hg.) (2005): KAA - Pflege- und Wohnberatung. Sachbericht Januar - Dezember 2004. Ahlen: Verein „Alter und Soziales e.V.“
- Wendt, W.R. (2001): Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen. Eine Einführung. Dritte, ergänzte Auflage. Freiburg: Lambertus Verlag
- Wendt, R. (2006): State of the art: Das entwickelte Case Management. In: Wendt, R./Löcherbach, P. (Hg.): Case Management in der Entwicklung. Heidelberg: Economica, 1-42
- Wingenfeld, K. (2003): Studien zur Nutzerperspektive in der Pflege. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld, P03-124. Bielefeld: IPW
- Wissert, M. (2005): Case Management mit alten pflegebedürftigen Menschen. Lehren aus einem Modellversuch. In: Löcherbach, P./Klug, W./Rommel-Faßbender, R./Wendt, W.R. (Hg.): Case Management. Fall- und Systemsteuerung in der sozialen Arbeit. München: Ernst Reinhardt Verlag, 199-215