Hochschule Esslingen – University of Applied Sciences
Fakultät Soziale Arbeit, Gesundheit und Pflege

Studiengang Pflege/Pflegemanagement

Sommersemester 2018

BACHELORARBEIT

Case Management in der ambulanten Pflege

vorgelegt von:

Steffi Schwabe

Matrikelnummer: 751795
E-Mail: S.Schwabe@stud.hs-esslingen.de

Erstprüfer: Prof. Dr. P.H. MPH, Dipl.-Kfm. Reinhold Wolke

Zweitprüfer: Prof. Dr. rer. Cur. Katarina Planer

Esslingen, den 15.05. 2018

Hochschule Esslingen
University of Applied Sciences

Nah an Mensch und Technik.

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis II
Tabellenverzeichnis III
1. Einleitung 1
1.1 Problemstellung und Relevanz des Themas 1
1.2 Zielsetzung 5
1.3 Methodisches Vorgehen 5
1.4 Aufbau der Arbeit 6
2. Ambulante Pflege 7
2.1 Bedürfnisse von älteren Menschen 7
2.2 Entwicklung der ambulanten Pflege 10
2.3 Aktueller Versorgungsprozess in der ambulanten Pflege 13
3. Das Handlungskonzept Case Management 17
3.1 Entstehungsgeschichte des Case Managements 17
3.2 Definition und Zielsetzung des Case Managements 19
3.3 Funktionen des Case Managements 23
3.4 Der Regelkreis des Case Managements 26
3.5 Case Management in Abgrenzung zu Care Management, Managed Care, Disease Management, Integrierte Versorgung 32
4. Implementierung von Case Management 33
4.1 Probleme im Versorgungsprozess der ambulanten Pflege 33
4.2 Implementierung von Case Management in die ambulante Pflege 36
5. Fazit 51
5.1 Zusammenfassung 51
5.2 Ausblick 54
Literaturverzeichnis V
Erklärung XI

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Anzahl der Pflegebedürftigen in Deutschland nach Pflegeart im Zeitraum von 2013 bis 2030 1
Abbildung 2 Privat Pflegende: Welche Art der Pflege würden Sie für sich selbst bevorzugen? 8
Abbildung 3 Anzahl von Pflegeheimen und ambulanten Pflegediensten in Deutschland in den Jahren 1999 bis 2015 12
Abbildung 4 Case Management-Regelkreis 26
Abbildung 5 Anforderungen an die Implementierung von Case Management 38
Abbildung 6 Implementierungsmodelle 38
Abbildung 7 Kommunikationswege durch Case Management 40
Abbildung 8 Implementierungsentscheidung im Case Management 44
Abbildung 9 Dezentrales Trägermodell 46
Abbildung 10 Zentrales Trägermodell 46
Abbildung 11 Ansiedelung bei allen Trägern und Diensten 47
Abbildung 12 Vernetzte Arbeitsgemeinschaft 48

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Abgrenzung Case Management, Managed Care, Disease Management und Integrierte Versorgung 32

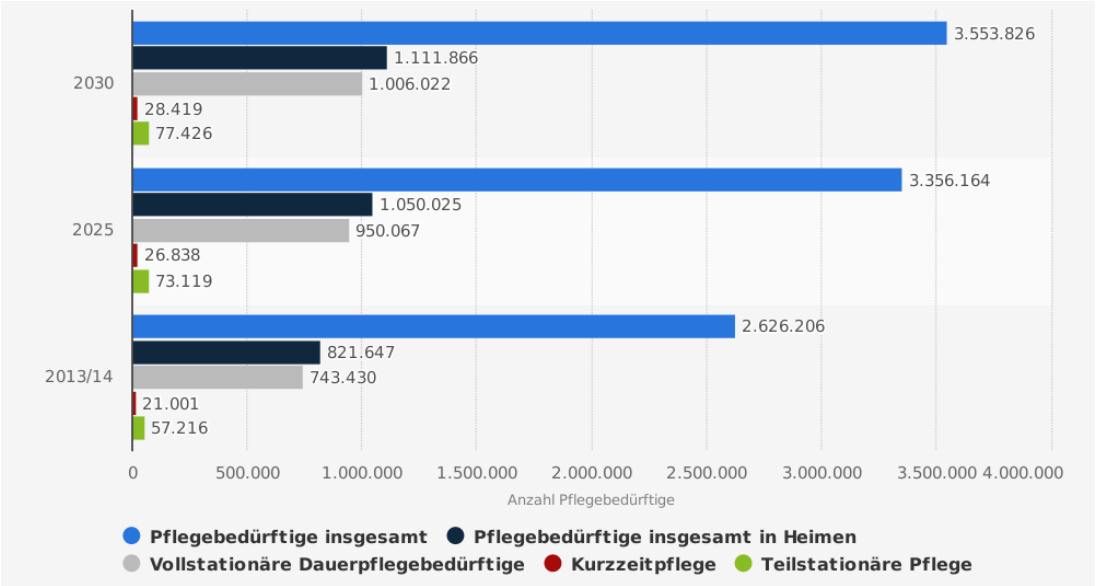
Tabelle 2 Implementierungsphasen des Case Managements..... 50

1. Einleitung

1.1 Problemstellung und Relevanz des Themas

In Deutschland arbeiten laut dem Statistischen Bundesamt 1.085.758 Menschen in stationären Pflegeheimen und ambulanten Pflegediensten (Statistisches Bundesamt 2018). Aufgrund des demografischen Wandels sinkt jedoch die Zahl der Beschäftigten in der Altenpflege auf ca. 784.000 Personen, die Zahl der Pflegebedürftigen steigt dagegen von 2,4 Millionen auf 3,4 Millionen bis zum Jahr 2030. Durch die Zunahme der pflegebedürftigen Menschen lässt sich rechnerisch ein erhöhter Personalbedarf in der Pflege ableiten. Unter der Voraussetzung unveränderter Rahmenbedingungen fehlen bis 2030 demnach 506.000 Pflegekräfte. Heutzutage werden Pflegebedürftige neben der professionellen[1] Pflege in hohem Umfang von Angehörigen versorgt. Jedoch nimmt auch dieses Personal aus sozio-demografischen Gründen im Zeitraum bis 2030 deutlich ab (Vereinigung der Bayrischen Wirtschaft e.V., 2012, 1). Die Gründe für die Abnahme werden in der weiteren Einleitung noch näher erläutert. Daraus resultiert, dass bis zum Jahre 2030 ca. 125.000 professionelle Pflegekräfte in der ambulanten Pflege benötigt werden (Vereinigung der Bayrischen Wirtschaft e.V., 2012, 1).

Abbildung 1 Anzahl der Pflegebedürftigen in Deutschland nach Pflegeart im Zeitraum von 2013 bis 2030



(Wüest & Partner 2018)

[1] Ambulante und stationäre Betreuung von Pflegebedürftigen (Vereinigung der Bayerischen Wirtschaft e.V., 1)

Wie in Abbildung 1 erkennbar ist, wird es bis 2030 3.553.826 Pflegebedürftige geben. Davon werden 1.111.866 Pflegebedürftige voraussichtlich in Pflegeheimen versorgt, das hat zur Folge, dass 2.441.960 Pflegebedürftige zu Hause durch Angehörige oder ambulante Pflegedienste versorgt werden. Kurzzeitpflege und teilstationäre Pflege werden 2030 105.845 Pflegebedürftige in Anspruch nehmen. Im Vergleich zum Jahr 2013/14 bedeutet dies, dass es 2030 ungefähr 35 % mehr Pflegebedürftige in Deutschland geben wird (Wuest & Partner 2018).

Demografischer Wandel bedeutet Änderungen der Bevölkerungszusammensetzung und -größe durch die Bevölkerungsdichte und der Differenz aus Geburten- und Sterbefällen eines Jahres. Die sinkende Geburtenzahl, die steigende Lebenserwartung und die Internationalisierung/Heterogenisierung der Bevölkerung sind Kernelemente des demografischen Wandels (Aner et al. 2015, 4).
Der demografische Wandel verändert auch die Pflege. Darum wurde die Pflege in den letzten 30 Jahren durch berufs-, gesellschafts- und hochschulpolitische Entwicklungen verändert und Forderungen zum Professionalisierungsprozess der Pflege werden angestoßen (Remmel-Faßbender et al. 2017, 4). Der Bedarf an Pflegeleistungen kann reduziert werden, wenn Menschen im Alter länger gesund und selbstständig bleiben. Aber negative Gesundheitsentwicklungen[2] können den Bedarf an Pflegeleistungen erhöhen (Höpflinger und Perrig-Chiello 2012, 275). Nach wie vor hat die Pflege jedoch in Deutschland eher eine untergeordnete und nachrangige Position im Gesundheitssystem. Sie wird immer noch meist als Assistenzdisziplin ohne eigenständigen professionellen Verantwortungsbereich wahrgenommen. In den wichtigen Handlungsfeldern[3] wie Gesundheitsförderung, Prävention und der Patientenberatung ist die Pflege selten vertreten (Ewers 2017, 64). Durch medizinische Innovationen wird die Verweildauer im stationären Bereich verringert, selbst komplexe und komplizierte Versorgungen werden vermehrt in den ambulanten Bereich verlagert. Dadurch müssen auch immer mehr Angehörige und Familienmitglieder die Verantwortung für die ambulante Pflege dieser Patient*innen übernehmen (Vosseler 2013, 57). Stärkung und Erhaltung der Pflege in Privathaushalten ist pflegepolitisches Ziel. Und dieses Ziel ist auf den ersten Blick erreicht, da die überwiegende Mehrheit pflegebedürftiger Menschen durch Angehörige oder Bekannte mit Unterstützung von professionell Pflegenden zu Hause versorgt werden. Überwiegend sind es Frauen

[2] Beispiele für negative Gesundheitsentwicklungen sind zunehmende Adipositas, erhöhter Tabakkonsum, mangelnde Bewegung und vermehrter Alkoholkonsum (Höpflinger und Perrig-Chiello 2012, 275).

[3] Kuration, Prävention und Gesundheitsförderung, Rehabilitation und Pflege zählen zu den vier Säulen im deutschen Gesundheitssystems (Grote und Thiele 2014, 25)

zwischen 35 und 55 Jahren, die die häusliche Pflege übernehmen. Dies könnte zukünftig jedoch auch für Probleme sorgen, da zum Beispiel die Frauenerwerbsbeteiligung deutlich gestiegen ist. Für diese Frauen stellt ein Pflegegeld eine Alternative zur Erwerbstätigkeit dar, doch durch die steigende Erwerbstätigkeit stehen sie der Familienpflege nicht mehr wie im bisherigen Maße zur Verfügung. Auch die zunehmende Auflösung von traditionellen Familienstrukturen schwächt die häusliche Pflege (Aner et al. 2015, 4). Jedoch ist die Familie immer noch erste Versorgungsinstanz. Gründe hierzu sind das traditionelle Leitbild von Familiensolidarität, das auch in der heutigen Gesellschaft noch von zentraler Bedeutung ist. Zudem trägt ein negatives Bild der Pflegeeinrichtungen in die Öffentlichkeit und die hohen Kosten, die privat zu tragen sind, zu einer Versorgung in der Häuslichkeit bei (Hausinger, Hämel, und Kümpers 2017, 439). Außerdem haben sich die Vorstellungen von persönlicher Lebensqualität bei Krankheit und Pflegebedürftigkeit verändert. Pflegebedürftige favorisieren den selbstständigen und selbstbestimmten Verbleib in der eigenen Häuslichkeit, wenn dies finanziell möglich ist. Daher sollten sich die pflegerischen und medizinischen Hilfen diesem Bedarf im häuslichen Rahmen anpassen (Remmel-Faßbender et al. 2017, 26).

Die Pflege als traditionsreiche Gesundheitsprofession hat international in den letzten hundert Jahren wichtige Beiträge zur Diskussion über Case Management geleistet und dessen Anwendung und Ausdifferenzierung in vielen klinischen Feldern vorangetrieben (Ewers 2017, 58). Die Attraktivität des Handlungskonzeptes Case Management ist in den letzten 20 Jahren stark angestiegen (Schmid und Schu 2017, 256). Das Programm und Handlungskonzept Case Management wird in vielen Bereichen des Sozial- und Gesundheitswesens zunehmend stärker angefordert und angewandt, da dieses Management für Kooperation und Koordination, für Kontrolle von Kosten und Qualität der Hilfen und Behandlungen sorgen soll (Wendt, 2015, 7). Case Management ist bereits in Kliniken aller Größen und Versorgungsleistungen in der gesamten Bundesrepublik zu finden (Frommelt 2015, 136). Unter den Gesichtspunkten der demografischen Entwicklung soll das Handlungskonzept dazu beitragen, dass die Gesundheit und Unabhängigkeit älterer Menschen erhalten wird, damit diese so lange wie möglich in ihrem eigenen Zuhause verbleiben können (Zander 2005, 94).

Aus der eigenen praktischen Erfahrung lässt sich berichten, dass die Menschen heutzutage ein höheres Lebensalter erreichen wie früher, unter anderem aufgrund des medizinischen Fortschrittes. Damit steigt auch die Zahl der Patient*innen mit chronischen[4] und degenerativen[5] Krankheiten sowie der immer komplexer werdenden Krankheiten. Die Pflegebedürftigen haben meist auch soziale Probleme und Schwierigkeiten in verschiedenen Lebensbereichen. Um diese Prozesse zu koordinieren bedarf es aus der Sicht der eigenen praktischen Erfahrung in der ambulanten Pflege einer Veränderung. Zuerst erkennt man in der ambulanten Pflege den Ausschnitt, den eine zu behandelnde Person vorbringt oder der akut erkannt wird. Das Gesundheitssystem und die unterschiedliche Hilfsmöglichkeiten werden für die Pflegebedürftigen und deren Angehörige zunehmend unübersichtlicher. Bei einem Hausbesuch bei den Pflegebedürftigen beanspruchen Patient*innen oft mehr Zeit um über Probleme zu reden, zusätzlich zu der Zeit, die für die Pflege oder Behandlung veranschlagt ist, was durch die eigene berufliche Praxis bestätigt werden kann. Diese Zeit ist für die Patient*innen wichtig, um Fragen zur weiteren Versorgung und zusätzlichen Betreuungsmöglichkeit zu klären. Aus der eigenen Praxis lässt sich jedoch sagen, dass dieser Zeitfaktor ein deutliches Problem für die ambulante Pflege darstellt. Zudem fungiert die ambulante Pflege häufig als Schnittstelle zwischen Patient*innen und Hausärzt*innen. Oft fallen viele zusätzliche zeitintensive Telefonate mit dem/der Hausarzt/Hausärztin an, wenn sich der Versorgungsbedarf bei den Pflegebedürftigen verändert. Zeit, Kosten und den Bedürfnissen der Pflegebedürftigen gilt es aus Sicht der eigenen praktischen Erfahrungen in der ambulanten Pflege gerecht zu werden. Denn auch bei der ambulanten Pflege ist es von zentraler Bedeutung, wirtschaftlich effektiv zu arbeiten. Man muss sich dem Zusammengang der Problematik annehmen, wenn man effektiv helfen und eine Unter- oder Fehlversorgung vermeiden will. Aus diesen Gründen ist es wichtig, den Prozess zur Koordination und Beratung zu verbessern und effektiver zu gestalten.

[4] Chronische Erkrankungen: länger andauernde, schwer heilbare Krankheit, die nicht vollständig geheilt werden kann. Beispiele: Diabetes mellitus, koronare Herzkrankheit, chronische Atemwegserkrankung (Lange 2011, 54)

[5] Degenerativ: Rückbildung und Verfall vorwiegender ganzer Organe oder ganzem Gewebe. Dies ist ein Prozess des natürlichen Alterns (Specht-Tonmann 2015, 6).

1.2 Zielsetzung

In dieser Bachelorarbeit soll der Frage nachgegangen werden, ob Case Management die Effizienz des Versorgungsprozesses in der ambulanten Pflege steigert da, wie bereits genannt, die ambulante Pflege zum einen wirtschaftlich arbeiten muss und zum anderen die Versorgung der Patientenqualität verbessern sollte. Unter Effizienz in der ambulanten Pflege ist zu verstehen, dass eine bessere Versorgungsqualität der Patient*innen gewährleistet wird und aus ökonomischer Sicht die Kosten reduziert werden.

Daher ergeben sich folgende drei Forschungsfragen, die im Verlauf der Bachelorarbeit beantwortet werden.

1. Wie gestaltet sich die aktuelle Situation in der ambulanten Pflege hinsichtlich des Versorgungsprozesses?
2. Welche Implikationen hat das Case Management für die ambulante Pflege?
3. Ist Case Management ein geeignetes Konzept für die ambulante Pflege, um die Versorgungssituation von Patient*innen sowie deren Angehörigen zu verbessern und durch welche Methoden lässt sich dieses Konzept in die ambulante Pflege integrieren?

Durch diese Ausarbeitung soll ein Anreiz zur Implementierung von Case Management in der ambulanten Versorgung geschaffen werden. In dieser Arbeit geht es nicht um die Pflege im praktischen Alltag. Beschrieben wird allerdings im Zusammenhang des demografischen Wandels die belastende Situation des Fachkräftemangels - heute und in Zukunft.

1.3 Methodisches Vorgehen

Der Zugang zum Forschungsfeld gelang anfangs über eine orientierende unstrukturierte Recherche, die Gegenstände der Diskussionen in der Literatur offenlegte. Aspekte wie beispielsweise Versorgungsprozess, Handlungskonzept, Pflegeberatung, Pflegeüberleitung, Entwicklung, Geschichte, aktuelle Situation in der ambulanten Pflege und Best-Practice-Beispiele tauchten auf und wurden in einem Mindmap gesammelt. Daraufhin gelang es, eine Vielzahl von konkreten Fragen zum Thema zu entwickeln, die nach inhaltlichen Schwerpunkten sortiert eine Eingrenzung und grobe Gliederung der Arbeit nach sich zogen.
Dadurch wurde ersichtlich, dass der Schwerpunkt der Arbeit auf einem literaturanalytischen Vorgehen liegt. Dieser Ansatz erforderte im nächsten Schritt eine systematische Recherche. Es bedarf einer umfassenden Recherche im wissenschaftlichen, aber auch erfahrungspraktischen Kontext.

Gesucht wurde hauptsächlich im Bibliothekskatalog WebPAC der Hochschule Esslingen und in den Literaturdatenbanken Carelit, google scholar und Statista. Folgende Suchbegriffe leiteten neben anderen das Vorgehen: „Case Management“, „Entwicklung“, „Ambulante Pflege“, „Alte Menschen“, „Pflegeberatung“, „Pflegestützpunkte“, „Entlassungsmanagement“, „Bedürfnisse“, „Versorgungssystem“, „Implementierung“ „Pflegestärkungsgesetz (PSG)“, „Gesamtversorgungsverträge“ und „Übergabe“. Dabei wurden die genannten Suchbegriffe durch den Boolschen Operator UND miteinander kombiniert, um die Suchergebnisse zu konkretisieren. Die Bücher, die nicht durch die Hochschule ermittelt werden konnten, wurden in der Württembergischen Landesbibliothek Stuttgart ermittelt. Daneben fand eine Handrecherche anhand der Bibliografie, der als relevant erachteten Literatur, aufgrund von Datenbank-Empfehlungen und -verweisen auf ähnliche Artikel statt. Als relevant erachtet wurden Dissertationen, Fachbücher, Studien und Artikel aus wissenschaftlichen Fachzeitschriften, die den Fokus auf die ambulante Pflege oder das Handlungskonzept legten.

Die Analyse der Literatur bezieht sich in der Hauptsache auf die ambulante Versorgung und das Case Management. Es geht darum, die aktuelle Entwicklung der ambulanten Versorgung darzustellen sowie die Chancen und Risiken bei der Implementierung.

Begriffe, wie unter anderem Patientenqualität, -orientierung, -perspektive und Klientenzufriedenheit, werden in der vorliegenden Bachelorarbeit nicht gegendert, da diese in Begriffe in der Literatur als eigenständige Begrifflichkeiten auftauchen.

1.4 Aufbau der Arbeit

In Kapitel eins wurde die Hinführung zum Thema beschrieben sowie die persönliche Motivation und praktische Erfahrung für diese Ausarbeitung. Da die ambulante Verpflegung im Mittelpunkt dieser Arbeit steht, legt das zweite Kapitel dar, was ambulante Versorgung bedeutet und geht dabei auf ihre Entstehungsgeschichte, sowie auf aktuelle Versorgungsprozesse ein. Des Weiteren werden einleitend die Bedürfnisse von alten Menschen beschrieben.

Das dritte Kapitel beschreibt das Handlungskonzept Case Management in seinen Einzelteilen. Um die Überleitung in das vierte Kapitel zu leisten, wird hier auf die Entstehungsgeschichte von Case Management sowie dessen Definitionen und Zielfunktion eingegangen. Außerdem wird auf den Regelkreis von Case Management und die unterschiedlichen Funktionen eingegangen. Dieser Abschnitt wird intensiv beschrieben, da er für die Umsetzung von Case Management in die ambulante Pflege von besonderer Bedeutung ist. Im vierten Kapitel wird der Schwerpunkt auf die Integration von Case Management in die ambulante Pflege gelegt.

Zusammenfassend wird im fünften Kapitel überprüft, inwieweit Antworten auf die gestellten Fragestellungen gefunden werden konnten und auf Grundlage dessen wird ein zukunftsorientierter Ausblick gegeben.

2. Ambulante Pflege

Das nachstehende Kapitel soll dazu beitragen, die ambulante Pflege zu definieren und den Versorgungsprozess und daraus resultierende Probleme zu analysieren.

2.1 Bedürfnisse von älteren Menschen

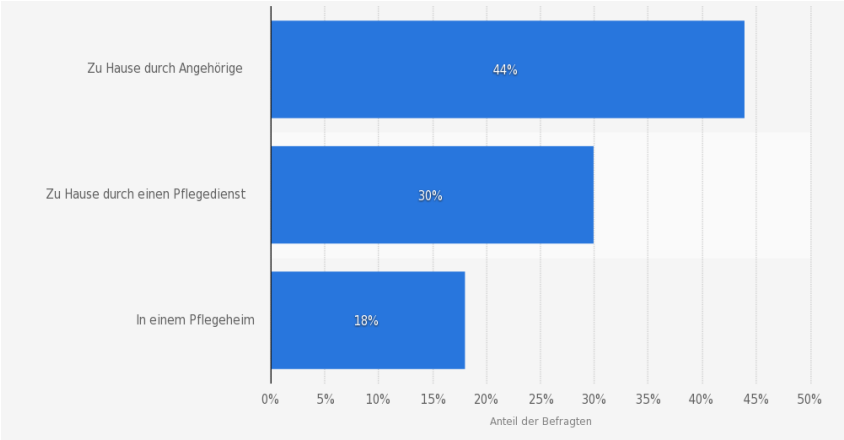
Bereits von Johann Wolfgang von Goethe (1749-1832) wurde das Älterwerden definiert: „Älterwerden heißt selbst ein neues Geschäft antreten; alle Verhältnisse verändern sich und man muss entweder ganz zu handeln aufhören oder mit Willen und Bewusstsein das neue Rollenfach übernehmen."

Altern tritt bei allen Menschen auf und ist eine normale, feststehende Entwicklung, die sowohl mit somatischen[6], als auch mit nicht-somatischen Veränderungen zu tun hat (Abraham, De Maesschalc, und Milisen K. 2004, 8). Es beginnt nicht erst in einem fortgeschrittenen Alter, da es ein prozesshaftes Geschehen ist. Als Leitsymptome biologisch bedingter Alterung werden die nach und nach abnehmende Leistungsfähigkeit aller Körpersysteme genannt sowie der sinkende Grundumsatz des Energiestoffwechsels (Specht-Tomann 2015, 9). Altern kennzeichnet eine neue Lebensphase, die eigene Herausforderungen, Möglichkeiten und Verantwortlichkeiten mit sich bringt (Abraham, De Maesschalc, und Milisen K. 2004, 8). Nach der Weltgesundheitsorganisation (WHO) wird die Einteilung von alten Menschen in ältere Menschen (60-70 Jahre), alte Menschen (70-90), Hochbetagte (älter als 90) und Langlebige (älter als 100) vorgenommen. In der Praxis spricht man von „jungen Alten" (55-75) und von „alten Alten" (älter als 75). Das individuelle Gefühl, alt zu sein, hängt jedoch von mehreren Faktoren ab. Zum einen mit dem Ende der Erwerbstätigkeit. Wenn das Ende der Erwerbstätigkeit mit der durchschnittlichen Lebenserwartung (Männer 78 Jahre und Frauen 84 Jahre) gleichgesetzt wird, verbringen Männer rund ein Viertel und Frauen rund ein Drittel ihrer Lebensjahre als alte Menschen. In Jahren ausgedrückt handelt es sich um 20 bzw. 26 Jahre (Specht-Tomann 2015, 6-7). Die Lebenserwartung hat sich in den letzten 100 Jahren verdoppelt. Dafür gibt es verschiedene mögliche Gründe. Verbesserung des Lebensniveaus durch eine bessere Ernährung, gesündere Wohnsituationen, Verbesserung der sozialen Sicherheit sowie den medizinischen Fortschritt und der besseren medizinischen Versorgung sind Gründe für die steigende Lebenserwartung (Sachverständigenrat 2012).

[6] somatisch: körperliche und organische Krankheiten; Soma (lat.) = Körper (Brockhaus 2018)

Einer der bedeuteten Wünsche von älteren Menschen ist, dass sie selbstbestimmt und in Freiheit leben wollen (Abraham, De Maesschalck, und Milisen 2004, 6). Dies würden sie meist am liebsten bis an ihr Lebensende zu Hause tun (Mennemann 2017, 215). Aber was bedeutet das? Es könnte bedeuten, bis ans Lebensende Herr über die eigenen Angelegenheiten zu sein. Das heißt zwischen mehreren Möglichkeiten zu wählen und selbst zu entscheiden, was für einen gut und richtig ist. Aber es bedeutet auch, verantwortlich sein für alles, was man getan oder auch unterlassen hat (Bruckler 2013, 38).

Abbildung 2 Privat Pflegende: Welche Art der Pflege würden Sie für sich selbst bevorzugen?



(Continentale 2016)

In Abbildung 3 wurden 2016 privat Pflegende befragt, wie sie ihren Lebensabend bevorzugt verbringen möchten. Fast 75 % der Befragten, würden gerne zu Hause leben und von Angehörigen oder einem Pflegedienst versorgt werden. Daraus lässt sich ableiten, welch hohen Stellenwert die ambulante Pflege in der Gesellschaft hat und warum es wichtig ist, die Qualität der Versorgung zu verbessern (Continentale 2016).

Viele alte Menschen fühlen sich subjektiv[7] gesund (Höpflinger und Perrig-Chiello 2012, 285). Jedoch sind nicht alle Personen, die ein höheres Alter erreicht haben, durchweg gesund. Mit steigender Lebensdauer verstärken sich die Risiken von körperlichen und kognitiven Einschränkungen und Erkrankungen. Häufig liegen mehrere Krankheiten vor (Böhm, 2016, 275-290; Hoffmann 2013, 214 und Scholz 2016, 28-34). Durch gute soziale Unterstützung und durch ein entsprechendes Wohnumfeld sind viele ältere Menschen sehr lange in der Lage, selbstständig zuhause zu bleiben. Wenn ältere Menschen länger behinderungsfrei

[7] subjektiv: Selbsteinschätzung der eigenen Gesundheit

leben, wird erst später Pflege und Unterstützung benötigt, dadurch wird die Nachfrage nach ambulanten medizinischen und pflegerischen Leistungen steigen (Höpflinger und Perrig-Chiello 2012, 285).
Menschen mit Wohneigentum bleiben länger zu Hause, da sie mehr Möglichkeiten haben, ihr Zuhause altersgerecht einzurichten und oft eine hohe Wohnqualität genießen. Durch hindernisfreie Wohnungen werden Voraussetzungen für einen längeren Verbleib zuhause geschaffen, zum Beispiel Sitzduschen, behindertengerechte Toiletten und einem Treppenlift, um den Zugang zu erleichtern. Ein Umzug in ein Pflegeheim bedeutet daher meist den Verkauf des Hauses oder der Eigentumswohnung (Höpflinger und Perrig-Chiello 2012, 287).
Die Mehrzahl der älteren Menschen lebt jedoch ohne Kinder im eigenen Haushalt. Selten wohnen mehrere Generationen unter einem Dach, wenn dann meist in getrennten Haushalten. Eine selbstständige Lebensführung bis ins hohe Alter gelingt besser, wenn die Personen über ein gut funktionierendes soziales und/oder familiäres Netz verfügen. Auch wenn die räumliche Distanz zunimmt, wird dennoch meist regelmäßiger Kontakt gepflegt. Oft wird der persönliche Kontakt durch alternative Kontaktformen moderner Medien kompensiert. Insgesamt sind ältere Menschen gut in soziale Beziehungsnetze eingebunden. 90 % der Personen haben mindestens eine wichtige Bezugsperson, zu der regelmäßiger Kontakt besteht und im Durchschnitt weitere fünf enge Beziehungen, die regelmäßig gepflegt werden (Hoffmann 2013, 213-214).

Außerdem sprechen viele alte Menschen gerne von früher, dafür brauchen sie interessierte Zuhörer*innen, die für sie zugleich Vertrauenspersonen sind. Der Umgang mit der Lebensgeschichte ist bei alten Menschen immer von größter Bedeutung, da alle Erfahrungen, die angenehmen wie die unangenehmen, Spuren in Persönlichkeit und Charakter hinterlassen haben. Die Erhebung einer Lebensgeschichte ist keine Aufgabe, die an einem Tag erledigt ist, sondern ein Prozess, der bis zum Tod oder zumindest bis zum Ende der Betreuungszeit des Pflegebedürftigen andauert (Bruckler 2013, 22-25).
Im Pflegealltag ist für Pflegebedürftige und deren Pflegepersonen das Thema „Verlust“ von zentraler Bedeutung. Laufend sind Verluste von z.B. Ehegatten, Lebenspartner*innen, Schul- und Jugendfreund*innen zu beklagen (Bruckler 2013, 30). Pflegebedürftige Menschen wünschen sich eine passgenaue Hilfe, aber sie erleben diese oft nicht oder sind mit der Aushandlung der Passgenauigkeit überfordert (Bader 2016, 122). Bedürfnisse von pflegebedürftigen Menschen in der ambulanten Pflege sind insbesondere eine feste Bezugsperson und ein möglichst kleiner Kreis an Helfer*innen, d.h. Kontinuität. Sie wünschen sich während der Betreuung Verlässlichkeit, Transparenz, Kontinuität und

Gleichförmigkeit. Außerdem Freundlichkeit und Empathie seitens des Pflegepersonals sowie Verständnis und Interesse an der Patientensituation und vor allem Zeit (Schaeffer 2000, 22). Das Ziel eines selbstbestimmten Alterungsprozesses darf nicht zu Intoleranz gegenüber normalen physiologischen Abläufen führen, die mit dem Älterwerden einhergehen (Abraham, De Maesschalck, und Milisen 2004, 7).
Um das Verständnis von ambulanter Pflege zu verdeutlichen, wird im folgenden Kapitel, die Entstehungsgeschichte dargestellt.

2.2 Entwicklung der ambulanten Pflege

Unter ambulanten Pflegediensten versteht man selbstständig wirtschaftende Einrichtungen, die unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft Pflegebedürftige in ihrem Hause pflegen und hauswirtschaftlich versorgen. Außerdem gehört auch die medizinische Behandlungspflege zum Leistungsspektrum der Einrichtungen. Es werden die ambulanten Pflegedienste erfasst, die durch den Versorgungsvertrag § 72 SGB XI zur Pflege zugelassen sind oder nach § 73 Abs. 3 und 4 SGB XI Bestandsschutz genießen und zugelassen sind (Statistisches Bundesamt 2018)

Um die Entstehungsgeschichte der ambulanten Pflege zu beschreiben, muss in das Jahr 1833 zurückgegangen werden. Amalie Sieveking gründete 1833 den weiblichen Verein für Armen- und Krankenpflege in Hamburg (Hackmann 2016, 526). Die Begriffe „Krankheit“ und „Gesundheit“ veränderten sich von einer früheren individuellen Wahrnehmung zu einer ökonomischen Größe, da derjenige, der krank war, nicht parallel produktiv arbeiten konnte (Voshage 2015). Der evangelische Pastor Theodor Fliedner gründete ausgehend von der Beobachtung der zunehmenden Armut nach dem Vorbild katholischer Ordnen das erste Diakonissenmutterhaus in Kaiserwerth bei Düsseldorf. Die Diakonissen sollten in den Kirchengemeinden bei Armen und Kranken die leibliche und geistliche Pflege durchführen. Damals nahmen die Diakonissen auch Aufgaben wahr, die heute in die Bereiche von Seelsorge und sozialer Arbeit fallen. Die Diakonissen arbeiteten sowohl in Krankenhäusern, wie auch in den Gemeinden (Hackmann 2016, 526). Während der industriellen Revolution kam es zur strukturellen Trennung von Erwerbstätigkeit und Familienleben. Der Mann galt als Ernährer der Familie und die Frau war für die reproduktiven Aufgaben und für die Erziehung zuständig. Aus diesen Gegebenheiten entstand das Bild der Frau als Spezialistin für Zwischenmenschliches, Fürsorge, Wärme, Liebe, Selbstlosigkeit, sowie Aufopferung. Da diese Tätigkeit nicht als gleichwertig anerkannt wurde, war die Frau dem Mann unterstellt. Aus diesen genannten Gründen setzte sich die pflegerische Tätigkeit auch als Frauenberuf durch (Voshage 2015).

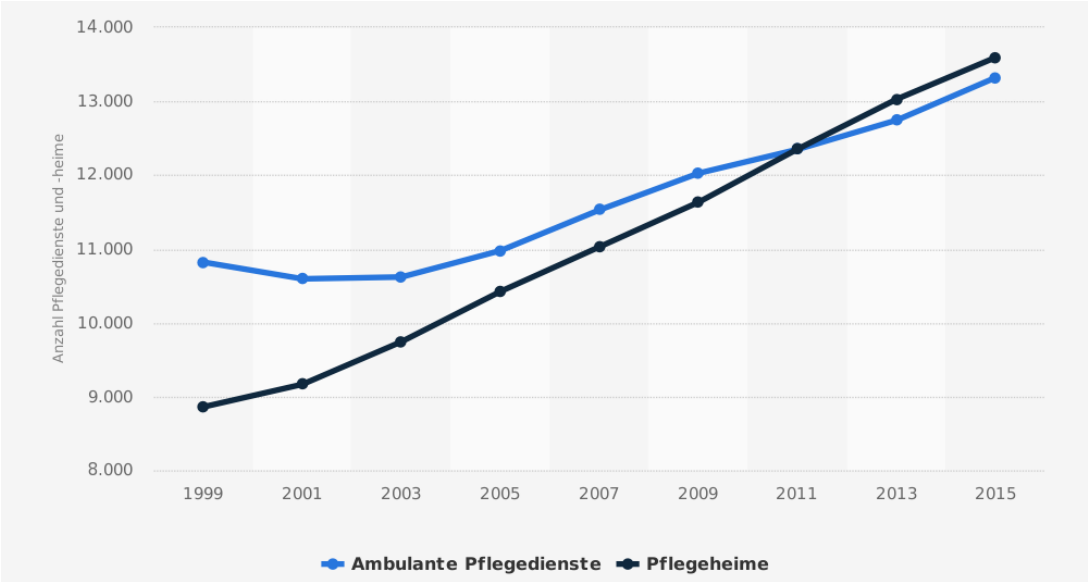
Durch die Gründung des Diakonischen Werkes (1848) und des Deutschen Caritasverbandes (1897) vernetzten sich die kirchlichen Organisationen (Hackmann 2016, 527). Die Krankenpflegerinnen selbst hatten keine freien Arbeitsverträge, sondern wurden durch die genannten Mutterhäuser vermittelt. Der Staat selbst übernahm nur sehr zögerlich die sozialen Maßnahmen von der Kirche und den Wohlfahrtsverbänden (Voshage 2015).
Nach Ende des ersten Weltkrieges wurde von 1914 bis 1918, der Sozialstaat ausgebaut. Dadurch übernahm auch die Krankenversicherung teilweise die Finanzierung der ambulanten Pflege. Zeitgleich professionalisierte sich die soziale Arbeit zunehmend. Die grundsätzliche Form der evangelischen Gemeindepflege blieb weitgehend stabil (Hackmann 2016, 527). Während den ersten beiden Jahrzehnten der Bundesrepublik Deutschland erfuhr die ambulante Pflege kaum Beachtung (Rubin 2009, 11).
Mit dem Wohlstand in den 1950er-Jahre stieg die Nachfrage nach Pflegepersonal mit fachlichen und sozialen Kompetenzen. Aber es fehlten Nachwuchskräfte (Voshage 2015). Gründe für den Mangel an Nachwuchskräften waren die Überalterung der Gemeindeschwestern, ein nicht mehr realitätsnahe Bild der Gemeindeschwester, nicht mehr zeitgemäße Arbeitsbedingungen, fehlende fachliche Qualifikationen und Finanzierungsproblematiken (Hackmann 2016, 527). Zudem ging es darum, den stationären Sektor der Krankenhäuser von den ausschließlichen Pflegefällen zu entlasten, da ein Bettenmangel herrschte aufgrund fehlender Modernisierung und Personalmangel (Rubin 2009, 11). Die Leistungsmöglichkeiten der ambulanten Pflege wurden durch „ihre strukturellen und finanziellen Rahmenbedingungen – ganz im Einklang mit der Zielvision, den Krankenhaussektor entlasten zu wollen – an Maßstäben der Akutversorgung ausgerichtet“ (Schaeffer 2002, 23). Die Gesundheitsbranche reagierte zu dieser Zeit mit Reduzierung der Arbeitszeit und höherem Lohn (Voshage 2015). Als Reaktion wurden von den Landesregierungen nach und nach Sozialstationen eingeführt. Mehrere Gemeindeschwestern wurden organisatorisch zusammengefasst und arbeiteten gemeinsam. Der Ausbau der Dienste erfolgte zügig, da die ambulante Pflege zur Pflichtleistung der Krankenkasse wurde und die Sozialstationen durch die Länder großzügig gefördert wurden (Hackmann 2016, 527). Außerdem fand 1965 durch den ersten anerkannten Berufsabschluss zur Krankenpflegehilfe ein erster Schritt in Richtung der Professionalisierung statt (Schmidbaur 2002, 37). Das Prinzip des Mutterhauses wurde 1972 von dem Berufsverband der Krankenpflege abgelöst (Kreutzer 2005, 96-99).

Die ambulanten Pflegedienste haben ihren Ursprung in den Sozialstationen, die Ende der 1960er-Jahre entstanden. Da die Sozialstationen ein breites Aufgabenspektrum hatten, führte es schnell an die Kapazitätsgrenzen bei den Sozialstationen. Ende der 1970er-Jahre

und zu Beginn der 1980er-Jahre entstanden die ersten privaten Pflegedienste (Voshage 2015). Zu dieser Zeit war die Hilfe zur Pflege in der Sozialhilfe das wichtigste Instrument zur materiellen Absicherung bei Pflegebedürftigkeit (Richter 2017, 19). Durch die Einführung der Pflegeversicherung 1995 wurden die Tätigkeiten reduziert, da die Zuschüsse der Länder deutlich geringer ausfielen. Mit der Umstellung der Refinanzierung der exakt definierten Leistungsmodule im Rahmen der Pflegeversicherung hat sich die Einheit von sozialer Arbeit, Seelsorge und Krankenpflege vorläufig aufgelöst (Hackmann 2016, 527). Andererseits wurden die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen, sowie die Krankenversicherungen und Sozialhilfeträger finanziell entlastet (Rubin 2009, 13). Die Einführung der sozialen und privaten Pflegeversicherung haben zu einer Verbesserung der Versorgung von pflegebedürftigen Menschen und deren pflegenden Angehörigen beigetragen (Richter 2017, 19).
Im Rahmen der letzten PSG erfolgte eine vorsichtige Rückbesinnung auf die frühere ganzheitlichere Sichtweise der ambulanten Pflege (Hackmann 2016, 527).

Nach den Daten des Statistischen Bundesamtes gab es 1999 – 2001 zunächst einen Rückgang von ambulanten Pflegediensten. Seit 2003 nimmt die Zahl der ambulanten Dienste jedoch wieder kontinuierlich zu, wie in Abbildung 3 zu erkennen ist. Auch heute gelten die Ziele der sozialen Pflegeversicherung (PV), die in den Paragraphen 2, 3, 4, 5, 9, 44, 69 ff, 70 und 112 ff SGB XI geregelt sind (Richter 2017, 20).

Abbildung 3 Anzahl von Pflegeheimen und ambulanten Pflegediensten in Deutschland in den Jahren 1999 bis 2015



(Statistisches Bundesamt 2017)

Die Entwicklung der Pflege verdeutlicht, dass die Pflegebranche stark von Rollenverständnissen geprägt ist und sich spät zu professionalisieren begann. Dass pflegebedürftige Menschen einem Pflegedienst übergeben wurden, war nur schwer zu rechtfertigen und von der Gesellschaft zu akzeptieren, da die Pflege durch eine Frau als Selbstverständlichkeit galt, die Anerkennung entbehrlich machte (Voshage 2015).

Aktuell gibt es in Deutschland rund 13.700 ambulante Pflegedienste, die pflegebedürftige Menschen in der Häuslichkeit versorgen. Der Markt der ambulanten Pflegedienste ist teilweise sehr unübersichtlich und kleinteilig, da die Pflegedienste vorwiegend kleine Unternehmen sind. Im Durchschnitt beschäftigt ein Pflegedienst ungefähr 20 Mitarbeiter*innen (Pflegedatenbank 2018). Das Verhältnis zwischen den Trägern (öffentlich[8], privat[9], freigemeinnützig[10]) erfolgt nach dem Subsidiaritätsprinzip[11] und ist im Sozialgesetzbuch (SGB) geregelt. Die meisten ambulanten Pflegedienste sind von weiblicher Seite geprägt und die Mehrheit der Angestellten ist teilzeitbeschäftigt (Neumaier 2015, 4-5).

2.3 Aktueller Versorgungsprozess in der ambulanten Pflege

In der häuslichen Pflege wird meist der Begriffe „Kund*in“ für die pflegebedürftigen Personen genutzt, da es den Status der Nutzer*innen deutlich machen soll. Die Pflegewissenschaft warnt jedoch davor pflegebedürftige Menschen mit Kund*innen gleichzusetzen, da nicht alle Attribute einer Konsumentenrolle auf den Pflegebedürftigen passen (Abt-Zeglin 2005, 158).
Pflegebedürftigkeit bedeutet nach § 14 SGB XI „(1) Pflegebedürftigkeit im Sinne dieses Buches sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeit aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen können. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, und mit mindestens der in § 15 festgelegten Schwere bestehen.

[8] Öffentliche Träger: Einrichtungen, die von kommunalen Trägern unabhängig von ihrer Betriebsart unterhalten werden (Gesundheitsberichtserstattung des Bundes (GBE-Bund) 2018)

[9] Private Träger: Einrichtungen, die von privat-gewerblichen Trägern unterhalten werden (GBE-Bund 2018)

[10] Freigemeinnützige Träger: Träger der freien Wohlfahrtspflege, z.B. Arbeiterwohlfahrt, Caritas, Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband, Deutsches Rote Kreuz, Diakonisches Werk (GBE-Bund 2018)

[11] Subsidiaritätsprinzip: Was ein Individuum oder eine Gruppe aus eigener Kraft tun kann, darf weder von einer übergeordneten Instanz noch vom Staat an sich gezogen werden. Dadurch soll eine Anerkennung sozialer Initiativen erfolgen und schließt die staatliche Pflicht mit ein, die kleineren Einheiten falls nötig so zu stärken, dass sie entsprechend tätig werden können. Die Wurzeln liegen im Verfassungsrecht (Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege 2018).

(2) Maßgeblich für das Vorliegen von gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen oder Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten sind die in den folgenden sechs Bereichen genannten pflegefachlich begründeten Kriterien: 1. Mobilität (…); 2. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten (…); 3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen (…); 4. Selbstversorgung (…); 5. Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen (…); 6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte (…). (3) Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeit, die dazu führen, dass die Haushaltsführung nicht mehr ohne Hilfe bewältigt werden kann, werden bei den Kriterien der in Absatz 2 genannten Bereiche berücksichtigt."
Dies bedeutet, dass Pflegebedürftige Menschen sind, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit und Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen (Franke 2016, 12). Pflegebedürftige mit demenzieller Erkrankung werden denen mit körperlichen Einschränkungen gleichgesetzt (Mennemann 2017, 214). Der/die Pflegebedürftige muss mindestens fünf Jahre pflegeversichert gewesen sein und einen Antrag auf Feststellung der Pflegebedürftigkeit bei der zuständigen PV stellen. Im Prozess der häuslichen Versorgung herrscht oft eine langfristige Begleitung von Patient*innen und es kommen viele Besonderheiten auf die Pflege hinzu. Zu aller erst ist professionelles Pflegepersonal Gast im Haus der Kunden und die Lebenswelt und Individualität der Menschen gilt es zu respektieren (Rubin 2009, 15). Pflegekräfte in der häuslichen Versorgung müssen in der Lage sein, einfühlsam mit dem gesamten Umfeld umzugehen, benötigen Improvisationstalent und ein breites Spektrum an Fachwissen. Die Arbeit vor Ort erfolgt eigenverantwortlich (Abt-Zegelin 2005, 158).

Die häusliche Krankenpflege übernimmt Leistungen nach dem SGB V und dem SGB XI, also nach der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)[12] (Neumaier 2015, 6).
In § 37 SGB V ist die häusliche Krankenpflege geregelt. „Versicherte erhalten (…) neben der ärztlichen Behandlung häusliche Krankenpflege durch geeignete Pflegekräfte, wenn Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist, oder wenn sie durch die häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt wird. (…) Die häusliche Krankenpflege umfaßt die im Einzelfall erforderliche Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung. Der Anspruch besteht bis zu vier Wochen je Krankheitsfall."
Voraussetzung, um solche Leistungen zu erhalten, ist eine vorausgegangene Krankheit, die ärztliche Verordnung der erforderlichen Maßnahme und die Bewilligung der Leistung seitens der Krankenversicherung als Kostenträger (Rubin 2009, 15).

[12] Leistungen nach dem SGB V und SGB XI reichen von einfacher Hilfe, wie der Einnahme von Medikamenten bis zur kompletten Übernahme der Körperpflege (Neumaier 2015, 6).

Durch das PSG I[13], wurden die Leistungen der stationären und ambulanten Versorgung erhöht und die Pflege zu Hause verbessert. Das PSG II[14] hat den Pflegebedürftigkeitsbegriff neu definiert und es wurde das Neue Begutachtungsassessment (NBA) eingeführt. Das PSG III[15] untermauert die Stärkung der Pflegeberatung (Mennemann 2017, 214).

Der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) wird beauftragt, die Person, die einen Antrag stellt zu begutachten und anschließend wird der Pflegekasse ein Vorschlag bezüglich der Pflegebedürftigkeit der antragstellenden Person unterbreitet (Rubin 2009, 15).
Pflegebedürftige Personen werden in Pflegegrade[16] nach § 15 SGB XI - Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit - eingeteilt. Nach dieser gesetzlichen Regelung werden so Pflegebedürftige nach der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit bzw. Fähigkeiten einem Pflegegrad zugeordnet, der durch das NBA ermittelt wird. Die Schwere leitet sich aus den in § 14 Abs. 2 SGB XI aufgeführten Modulen ab (Franke 2016, 15). Der Bedarf an hauswirtschaftlicher Versorgung spielt keine Rolle mehr bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit[17] und der Eingruppierung. Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit in diesem Bereich werden nach § 14 Abs. 2 SGB XI bei den Kriterien der sechs Module nach § 14 Abs.2 SGB XI berücksichtigt (Richter 2017, 57). Es gibt sechs Module, die insgesamt 65 Items haben, anhand derer der Grad der Selbstständigkeit bzw. der Grad der Fähigkeiten innerhalb der jeweiligen Module durch Einzelpunkte ermittelt werden und im Zuge unterschiedlicher Gewichtung zu einer Gesamtbewertung zusammengeführt werden. Die pflegebedürftigen Menschen können nach § 28 Abs. 1 SGB XI in Bezug auf die ambulante Pflege Pflegesachleistungen (§ 36 SB XI), Kombinationen von Geldleistungen und Sachleistungen (§ 38 SGB XI), häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson (§ 39 SGB XI), Tagespflege und Nachtpflege (§ 41 SGB XI), zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen (§ 45b SGB XI) erhalten. Wenn die Pflegegrade und Pflegestufen miteinander verglichen werden, erkennt man, dass durch die leistungsrechtliche Ausgestaltung eine fast gleiche Finanzierung der Leistung für ambulante und stationäre Pflege erschaffen wurde. Dies ist ebenfalls gesetzlich verankert im § 36 „Pflegesachleistung“ und § 43 „Inhalt der Leistung“ SGB XI. Außerdem haben die Pflegebedürftigen nach dem

[13] PSG I trat am 01.01.2015 in Kraft (Mennemann 2017, 214)

[14] PSG II gilt seit dem 01.01.2016 (Mennemann 2017, 214)

[15] Das PSG III wurde zum 01.01.2017 eingeführt (Mennemann 2017, 214)

[16] Die Pflegestufen, 0-3 wurden seit Januar 2017 durch die Pflegegrade 1-5 abgelöst (Franke 2016,15).

[17] Zudem hat es keine Relevanz mehr, ob die jeweilige Aktivität überhaupt anfällt; Zeitumfang und Häufigkeit der Durchführung; reale Bedingungen des Wohnumfeldes (Franke 2016, 15).

PSG II einen Anspruch auf Betreuungsleistungen, die in § 43b SGB XI geregelt sind. Demnach haben Pflegebedürftige Anspruch auf zusätzliche Betreuung und Aktivierung, die über die nach Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit notwendige Versorgung hinausgeht. Diese Leistung muss von vollstationären Einrichtungen sowie im Bereich der Tages- und Nachtpflege angeboten werden (Maier, Maier, und Tybussek 2017, 61-62).
Häufig endet der Versorgungsbedarf alter und multimorbider Menschen nicht an den Grenzen des SGB XI, daher ist eine weitere, nachrangige Möglichkeit zur Finanzierung des Pflegebedarfs die Sozialhilfe in SGB XII (Rubin 2009, 16). Leistungsberechtigt sind nach § 41 SGB XII „ältere(n) und dauerhaft voll erwerbsgeminderte Personen mit gewöhnlichem Aufenthalt im Inland, die ihren notwendigen Lebensunterhalt nicht aus Einkommen und Vermögen nach den §§ 82 bis 84 und 90 bestreiten können (…)“ Ein ambulanter Pflegedienst rechnet bei Leistung nach SGB XI eine Fahrtkostenpauschale ab. Leistungen nach SGB V werden extra berechnet (Neumaier 2015, 6).

Zudem ist Hilfebedürftigkeit von Pflegebedürftigkeit klar zu unterscheiden. Hilfebedürftigkeit definiert sich „als Beeinträchtigung der Selbstständigkeit, die personelle Hilfen bei der Haushaltsführung und/oder außerhäuslichen Aktivitäten notwendig macht.“ (Franke 2016, 19) Diese Hilfen sind dadurch gekennzeichnet, dass sie primär keinen pflegerischen Charakter haben, da es sich um Formen der hauswirtschaftlichen Unterstützung und um soziale Hilfen kompensatorischer und beratender Art handelt (Franke 2016, 19). In der ambulanten Versorgung gewinnt immer mehr das Konzept der Bezugspflege an Bedeutung. Die Bezugspflegekraft besitzt dabei eine zentrale Rolle in der Versorgung des Patient*innen, da sie im Idealfall einen engen Kontakt zu Patient*innen, Angehörigen, Hausärzt*innen, Fachärzt*innen, Therapeut*innen, Seelsorge und weiteren Diensten hat. Eine Bezugspflegekraft könnte auch als Case Manager*in bezeichnet werden. Der Aufgabenbereich der Case Manager*innen betrifft auch die tägliche Betreuung durch den ambulanten Pflegedienst. Aufgaben hier sind Pflegevisiten und andere qualitätssichernde Maßnahmen, Hygiene, Gerätekontrolle, Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln, Kontakt zu supportiven Diensten und Notfallmanagement. Dadurch wird der/die Case Manager*in eine zentrale Anlaufstelle und wäre dadurch prädestiniert, im Rahmen der integrierten Versorgung eine wichtige Rolle einzunehmen (Schmidt 2016, 219).

3. Das Handlungskonzept Case Management

Das Konzept Case Management erstreckt sich bereichsübergreifend[18] über verschiedene Fachlichkeiten und Disziplinen[19] sowie über gesellschaftliche Institutionen. Dadurch lässt es sich einerseits schwer greifen, andererseits ist dadurch die Möglichkeit gegeben, über viele Aspekte von Hilfen nachzudenken und diese zusammenzuführen. Trotz der Weitläufigkeit bleibt ein Fokus bestehen: Das ist der einzelne Fall (Monzer 2013, 1).

3.1 Entstehungsgeschichte des Case Managements

Der Ursprung von Case Management entwickelte sich durch die soziale Arbeit in den Vereinigten Staaten von Amerika (USA) und geht bis in die nordamerikanische Siedlerbewegung („Settlement Movement") zurück (Remmel-Faßbender 2012, 17; Ewers 2017, 58). In den 1970er-Jahren erschien der Begriff erstmalig in der englischsprachigen pflegewissenschaftlichen Literatur (Ewers 2017, 58).

Nach Moxley, 1989, gab es in den 70er- und 80er-Jahren des letzten Jahrhunderts in den USA sechs Faktoren, die verantwortlich waren für die Entwicklung eines modernen Case Managements.

1. **Enthospitalisierung[20]** (Desinstitutionalisierung): Chronisch psychisch Kranke, geistig behinderte pflegebedürftige Menschen wurden in großer Zahl aus den stationären Unterbringungen entlassen, da man feststellte, dass die Versorgung die Insassen lebensuntüchtig macht, viel kostet und mehr Schaden zufügt, als Nutzen erbringt (Wendt 2015, 19-20). Dadurch war für diese Personen eine unabhängige Lebensführung möglich, andererseits war es für sie schwierig, Unterstützungshilfen selbstständig einzufordern (Moxley 1989 zitiert in Klug, 2009, 40).

2. **Dezentralisierung der Dienste:** Durch die „Ambulantisierung"[21] entstehen viele neue Dienste aus denen die Klient*innen wählen können (Moxley 1989 zitiert in Klug 2009, 40-41). Die Krankenkassen waren gezwungen, durch die kontinuierlich steigenden Kosten im Gesundheitswesen Case Management Strategien zu implementieren, um durch die

[18] nach eigener Erfahrung Zusammenarbeit zwischen u.a. Krankenhaus, Hausärzt*innen, Ambulanten Pflegediensten, Rehabilitationsklinik und Therapiezentren

[19] nach eigener Erfahrung z.B. Ärzt*innen, Pflege und Therapeut*innen

[20] Enthospitalisierung bedeutet die Wiederherstellung normalisierter Lebensumstände für Menschen mit Behinderungen nach langdauerndem Aufenthalt in Psychiatrischen Krankenhäusern (Klug 2009, 40)

[21] Grundsatz „ambulant vor stationär" entstand mit Einführung der Pflegeversicherung 1995. Ambulantisierung meint die Auslagerung sozialer und gesundheitlicher Versorgungsleistungen aus dem stationären in den ambulanten Bereich und eine allgemeine Bevorzugung ambulanter Versorgung (Klug 2009, 40-41).

Koordination der Versorgung und den gezielten Einsatz der vorhandenen Ressourcen die Kosten zu kontrollieren (Vosseler 2013, 46).

3. **Klient*innen mit sehr komplexen Problemlagen:** Diese Personen sind zum Beispiel gleichzeitig von Arbeitslosigkeit, Verschuldung, Sucht und gesundheitlichen Einschränkungen betroffen. Diesen Personen fällt es schwer, aus verschiedenen Dienstleistungsprogrammen geeignete Angebote zu nutzen und zu koordinieren (Moxley, 1989 zitiert in Klug 2009, 41). Organisatorisch und methodisch empfahl sich die Verknüpfung im Sozial- und Gesundheitswesen, da in vielen Fällen zur Krankenhausbehandlung zusätzlich eine soziale Unterstützung nötig ist (Wendt 2015, 25).

4. **Zugangslogik:** Die Spezialisierung der Dienste führt dazu, dass Klient*innen ihre Problemlagen selbst analysieren müssen, um den richtigen Dienst zu finden. Dadurch entstanden Zugangsschwellen, die die Klient*innen darin hinderten, den richtigen Dienst zum richtigen Zeitpunkt zu finden. Die Probleme der Klient*innen müssen zu den Angeboten der Dienste passen und nicht die Angebote werden zugeschnitten auf die individuellen Problemlagen (Moxley 1989 zitiert in Klug 2009, 41).

5. **Fehlende soziale Netzwerke:** Vielen Klient*innen gelingt ihr Lebensmanagement nicht, weil sie über keine oder nur brüchige soziale Netzwerke verfügen (Moxley 1989 zitiert in Klug 2009, 41).

6. **Ausgabensteigerung im Gesundheitswesen:** In der sozialen Arbeit entwickelten sich zunehmend sozialökologische Methodenkonzepte und im Gesundheits- und Versicherungswesen eine zunehmende Ausrichtung an ökonomischen Anforderungen (Remmel-Faßbender 2012, 15). Die bestmögliche Effizienz und Effektivität ist angesichts der genannten Punkte zu bezweifeln, daher soll das Handlungskonzept Case Management die Klient*innen dabei unterstützen, ihre Hilfeplanung zielgerichtet sicherzustellen (Moxley 1989 zitiert in Klug 2009, 41).

Trotz der parallelen Anwendung von Case Management in den USA in der sozialen Arbeit und in der Pflege führte dies nicht zu einem einheitlichen Verständnis von Case Management. Die Berufsvereinigung der sozialen Arbeit sah Case Management von der klassischen sozialen Einzelfallhilfe herkommen. Die Krankenpflege berief sich nur auf die Erfordernisse im System der Gesundheitsversorgung (Wendt 2015, 24). Case Management wird in den USA mittlerweile als eine selbstständige Berufstätigkeit, jedoch nicht als eigenständige Profession angesehen (Wendt 2015, 30).

In Deutschland wurde das Handlungskonzept Mitte der 1980er-Jahre im Rahmen der sozialen Arbeit als „Unterstützungsmanagement“ aufgegriffen (Wendt 2015, 63). Aus US-amerikanischen und britischen Konzepten wurden verschiedene Konzeptbausteine auf das deutsche Sozial- und Gesundheitswesen übertragen (Ewers und Schaeffer 2005, 12-17).
Seit 2005 gibt es in Deutschland die Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management (DGCC). Seit diesem Zeitpunkt findet sich auch das Case Management in den Sozialgesetzbüchern wieder, jedoch unter den Stichworten Pflegeberatung, Pflegestützpunkte, Entlassungsmanagement, Versorgungsmanagement, in den Qualitätssicherungspassagen und den Expertenstandards im Fünften und Elften SGB. In deutschen Gesetzen dürfen keine Anglizismen verwendet werden. Der aktuelle Gesetzgebung richtet sich im SGB V, GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz § 11 Abs. 4, § 140, § 39, in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (§§ 37b, 132d) an alle Leistungserbringer und Kostenträger aus Medizin und Pflege (Frommelt 2015, 135). Auch im SGB XI §§ 7a und 92 a und c wird das Schnittstellenmanagement zwischen allen Sektoren und Bereichen mittels eines Rechtsanspruchs auf Leistung aus der Pflegeberatung angesprochen mit einem spezifischen und individuellen Versorgungsplan und der Koordinierung sämtlicher medizinischen, pflegerischen und sozialen Hilfs- und Unterstützungsangeboten, einschließlich der Hilfestellung bei Inanspruchnahme der Leistungen; und zwar wohnortnah. Case Management ist ebenfalls in den elf Qualitätsmerkmalen der Gesundheitsversorgung nach DIN EN 15224:2012 verankert. Diese Merkmale sind angemessene, richtige Versorgung; Verfügbarkeit; Kontinuität der Versorgung; Wirksamkeit; Effizienz; Gleichheit; evidenzbasierte/wissensbasierte Versorgung; auf Patient*in, einschließlich der körperlichen und geistigen Unversehrtheit ausgerichtete Versorgung; Einbeziehung der Patient*innen; Patientensicherheit; Rechtzeitigkeit und Zugänglichkeit (TÜV Süd 2018).

3.2 Definition und Zielsetzung des Case Managements

In der Literatur findet man zum Begriff Case Management eine breite Palette von Definitionen, welche je nach Berufsgruppe unterschiedlich sind (Vosseler 2013, 47). Es gibt keine allgemeingültige Definition von Case Management (Wendt 2009, 15-16). Case Management entspricht einer Fallarbeit. Ein Fall kann entstehen, wenn bestimmte, meist schwierige, Situationen betroffener Menschen organisiert werden müssen, um eine Verbesserung und Stabilisierung herzustellen. Die Lösungs- und Bewältigungsfunktion gehört zu einem Fall dazu. Das Case Management selbst interessiert sich besonders für die Fälle, in denen die Lösungsorganisation schwierig oder aufwendig ist und bietet für die Konstellation seine Unterstützung an (Monzer 2013, 2). Immer wieder herrscht verstärkt Verwirrung, da der Begriff in der Literatur oftmals synonym mit anderen anglo-

amerikanischen Begriffen verwendet wird, wie Care Management oder Managed Care (Wendt 2009 15-16). Eine Abgrenzung zu diesen Begriffen erfolgt am Ende dieses Kapitels. Im Folgenden werden ausgewählte Definitionen näher vorgestellt, um dem Leser einen ersten Eindruck über die Vielfalt der Definitionen zu vermitteln.

Seit den 1970er-Jahren entwickelte sich die Definition des Case Managements kontinuierlich. James Intagliata definierte 1981 Case Management für die National Conference on Social Welfare wie folgt: “a process or method for ensuring that consumers are provided with whatever services they need in a coordinated, effective, and efficient manner” (Amado, Linz, McAnally 1990, 5)

Nach Cohen und Cesta ist Case Management „ein System der pflegerischen Leistungserbringung, das eine kostenwirksame und ergebnisorientierte Versorgung unterstützt“ (Cohen und Cesta 1997 in Ewers 2005, 57). Nach Frink und Strassner ist „Case Management ein *multidisziplinäres klinisches System*, in dem examinierte Pflegekräfte als Case Manager für die Koordination der Versorgung ausgewählter Patient über die Dauer einer Versorgungsperiode eingesetzt werden“ (Frink und Strasser 1996 in Ewers 2005, 57).

Remmel-Faßbender definierte 2012 Case Management als „eine besondere Management-Aufgabe, die als kooperativer Prozess angelegt und zu verstehen ist. Case Management in Humandiensten ist immer dann angebracht, wenn eine komplexe zeitlich andauernde Problembewältigung zu besorgen ist, bei der sich mehrere Akteure untereinander abstimmen müssen.“ (Remmel-Faßbender 2012, 18)

Die DGCC definierte Case Management (2012) wie folgt „Case Management ist eine Verfahrensweise in Humandiensten und ihrer Organisation zu dem Zweck, bedarfsentsprechend im Einzelfall eine nötige Unterstützung, Behandlung, Begleitung, Förderung und Versorgung von Menschen angemessen zu bewerkstelligen. Der Handlungsansatz ist zugleich ein Programm, nach dem Leistungsprozesse in einem System der Versorgung und in einzelnen Bereichen des Sozial- und Gesundheitswesens effektiv und effizient gesteuert werden können.“ (DGCC 2012). Nach dieser Definition richtet Case Management den Blick auf die Versorgung im Einzelfall, wie auch auf die Qualität der Versorgung in einem Versorgungssystem (Roller 2015, 13).

Nach Greene (1992) gibt es für die soziale Arbeit eine spezielle Version von Case Management: „Case Management ist ein *interpersonaler Prozeß* der auf einer *Beziehung* zwischen einem Case Manager und einem Klienten (-system) beruht. Durch sorgfältig entwickelte Versorgungspläne ist intendiert, die funktionelle Kapazität von Individuen und ihrer sozialen Netzwerke, die einen Bedarf an langfristiger Unterstützung haben, zu erhöhen bzw. zu maximieren und die effektive Erbringung einer großen Spannbreite an Dienstleistungen über ein Versorgungskontinuum hinweg zu ermöglichen und sicherzustellen. Die Interventionen orientieren sich an sozialarbeiterischen *Werten* und zielen darauf ab, die Übereinstimmung zwischen den Kapazitäten des Klienten und den Anforderungen der Umwelt zu erhöhen. Dies schließt die Verbesserung von Problemen ein, die mit Funktionsverlust oder Krankheit einhergehen, bedeutet den Aufbau von Unterstützungsnetzwerken, die Koordination von Dienstleistungen auf der *Klientenebene* und die Realisierung von Effektivität auf der *Systemebene*.“ (Greene 1992; zitiert nach Ewers 2005, 56-57). Nach dieser Definition wird die zeitliche Dimension und das Versorgungskontinuum betont. Dies deutet an, dass Case Management über einen längeren Zeitraum für die Belange der Klient*innen zuständig ist (Roller 2015, 14).

Heutzutage wird von Case Management gesprochen, wenn es sich nicht nur um eine kurzfristige, punktuelle Begleitung, sondern um eine Begleitung über einen längeren Zeitraum handelt (Vosseler 2013, 47). Es geht um eine ganzheitliche Sichtweise auf die Patient*innen und dessen Problematik und nicht nur ausschnitthaft um einzelne Bedarfslagen. Case Management ist ein dynamischer Prozess, in den regelmäßig mehrere Parteien involviert sind und in dessen Verlauf sie sich zu einem Hilfesystem verbinden. Außerdem geht es darum, durch gute Koordination Probleme zu lösen und definierte Ergebnisse zu erreichen (Ewers 2005, 57).

Die Perspektive beim Case Management ist eine ökosoziale und systemische Orientierung. Durch diese Perspektive kann in komplexen und komplizierten Problemlagen die Koordination von Unterstützung so gewährleistet werden, dass durch neue Kooperationen möglichst wenig zusätzliche Angebote geschaffen werden müssen. In der jeweiligen Lebenslage der Betroffenen wird durch qualitativ sinnvolle Kombinationen von formellen und informellen Ressourcen Lösungen entwickelt (Monzer 2013, 2).

Primäres Ziel von Case Management ist es, einen Klient*innen mit multikomplexen Versorgungsdefiziten unter Gewährleistung des bestmöglichen, ressourcenorientierten und ökonomischen Aspekts zu versorgen (Vosseler 2013, 54). Dies bedeutet die Organisation

und Aufrechterhaltung eines Unterstützungssystems (Monzer 2013, 1). Die Ziele sind von der Umgebung, z.B. häuslichen Versorgung oder Krankenhaus, unabhängig. Als ein multidisziplinärer[22] Prozess integriert, koordiniert und setzt sich Case Management für die individuellen Bedürfnisse von Einzelpersonen, Familien und Gruppen, die eine umfassende und kontinuierliche Versorgungsleistung benötigen, ein (Vosseler 2013, 48). Außerdem orientiert und initiiert Case Management aus den Kenntnissen von Einzelfällen auch fallübergreifende Versorgungsnetzwerke, die später die Zusammenarbeit unterschiedlicher Unterstützungsbereiche mit ihren jeweiligen Zugangs- und Zuständigkeitsregeln erleichtern sollen (Monzer 2013, 1). Durch die Ausnutzung aller verfügbaren Ressourcen wird die Versorgung zielgerichtet über das gesamte Gesundheit-Krankheit-Kontinuum sowie die Pflege- und Krankheitsverlaufskurve geplant (Vosseler 2013, 48).

Die Grundlage für Case Management stellt das Subsidiaritätsprinzip, die Hilfe zur Selbsthilfe dar. Der Ablauf orientiert sich an dem konkreten Unterstützungsbedarfs des/r Klient*in, sodass mögliche stationäre Neueinweisungen vermieden werden können und eine unkoordinierte Versorgung unterbunden wird (Vosseler 2013, 54).
Case Management ist somit eine umfassende Unterstützung der Patient*innen durch das Gesundheitssystem, um trotz des anhaltenden Kostendrucks die gewünschte Lebensqualität zu erhalten. Langfristig kann ein gutes Case Management die Patientenzufriedenheit in Bezug auf den Versorgungsprozess, die Betreuung und die Dienstleistungsqualität der Leistungserbringer steigern (Vosseler 2013, 48-55).

Die Zielgruppe von Case Management sind Patient*innen, die aufgrund einer komplexen Problemlage mit den üblichen Angeboten nicht hinreichend versorgt werden können. Kennzeichen für eine komplexe Problemlage sind unter anderem Multimorbidität, längerfristig bestehender Hilfebedarf, schwach ausgeprägtes soziales Netzwerk, sowie ein hoher Bedarf an Versorgungsleistungen, bei dem die Einbeziehung verschiedener professioneller Akteure nötig ist. Eine typische Situation für ein Case Management ist, wenn pflegebedürftige Patient*innen und auch die Angehörigen nicht mehr in der Lage sind, sich die notwendigen Hilfen selbst zu erschließen und ohne diese Unterstützung aufgrund des komplexen Versorgungsbedarfes nur der Weg ins Pflegeheim bliebe (Vosseler 2013, 55).

[22] Das multidisziplinäre Team stellt sich aus eigener praktischer Erfahrung zusammen aus Ärzt*innen, Pflege, Physiotherapeut*innen, Ergotherapeut*innen, Sprachtherapeut*innen, Psycholog*innen, Angehörige, Sozialarbeiter*innen, Seelsorger*innen u.a.

Die Einführung von Case Management in der Verantwortung der Pflege kann als innovative Antwort auf die Krise einer zunehmend komplexer werdenden Gesundheitsversorgung gewertet werden. Die Pflege engagiert sich für eine Versorgungsgestaltung, die auf die Bedarfs- und Problemlagen der Nutzer*innen abgestimmt ist. Im Bedarfsfall werden auch die Grenzen von Sektoren, Organisationen und Professionen überschritten. Auch wird Patientenorientierung und -partizipation gefördert. Case Management zielt darauf ab, ausgewählte Patient*innen mit mehrdimensionalen Problemlagen durch ein unübersichtliches Gesundheitssystem zu lotsen, die richtige Versorgung zur richtigen Zeit und am richtigen Ort zu offerieren, die Kontrolle des Einsatzes von (im)materiellen Ressourcen und eine enge Kooperation aller Beteiligten zu fördern, um dadurch individuell und gemeinschaftlich die angestrebten Versorgungsergebnisse zu erzielen (Ewers 2017, 60).

Case Management wirkt erst durch eine sinnvolle Verknüpfung von Einzelfall-, Organisations- und Netzwerkebene. Der Ausgangs- und Zielpunkt ist, dem Anspruch der Klient*innen gerecht zu werden. Durch Case Management wird Effektivität, Effizienz und Qualität erzielt, dies soll durch Koordination und Kooperation konsensuell erfolgen. Andererseits bezieht sich die Politik gerne auf Case Management (Remmel-Fassbender 2012, 41).

Auf politscher Ebene wird Case Management als Instrument betrachtet, mit dem sich Prozesse der Leistungserbringung rationalisieren lassen. Politik leistet aber wenig zur Überwindung der strukturellen Barrieren. Die Politik fordert zwar Vernetzung, gibt aber für deren Ausgestaltung wenig Anreize (Remmel-Fassbender 2012, 41-42).

3.3 Funktionen des Case Managements

Case Management wird in verschiedenen Arbeitszusammenhängen genutzt, da der Handlungsansatz unterschiedliche Funktionen erfüllen kann. Je nach Situation, Position und Auftrag variiert die Strategie (Monzer 2013, 13). Um die Ziele von Case Management zu erreichen, ist das Konzept durch unterschiedliche Funktionen gekennzeichnet. Deren Aufgabe ist es, zwischen verschiedenen Leistungsanbietern zu koordinieren, die Grenze zwischen den Versorgungssektoren zu überwinden und die Versorgungsproblematik zu lösen (Ewers 2005, 63).

Daraus lassen sich drei Kernfunktionen ableiten. Die Funktion des Social-Supports ist eine Ergänzung von Wissert 2008 zu den Kernfunktionen.

Die Advocacy-Funktion

Die Advocacy-Funktion oder auch anwaltschaftliche Funktion ist eines der traditionellen Elemente des Case Managements. Es gilt als die ursprünglichste Form der Funktionen, die sich über alle organisatorisch-institutionellen Grenzen hinwegsetzt (Ewers 2005, 66). In der Advocacy–Funktion übernimmt der/die Case Manager*in eine sozialanwaltschaftliche Position (Monzer 2013, 14). Diese Funktion, die in den USA besonders populär ist, und in der Sozialarbeit besonders verwurzelt ist, steht für einen zentralen Wertekodex und für ein gezieltes methodisches Vorgehen zur Durchsetzung von den Interessen der Klient*innen (Ewers 2005, 63). Der/die Case Manager*in besitzt die Kenntnis der individuellen Situation und Bedürfnislage und versucht, die Angebote und Maßnahmen durchzusetzen, die notwendig sind und zur Lebenswelt passen. Der/die Case Manager*in übernimmt hierbei eine parteiliche Rolle gegenüber seinen Klient*innen, indem er berät und begleitet, sodass dieser die notwendige Unterstützung erhält und zukünftig selbst für die Durchsetzung seiner Interessen eintreten kann (Monzer 2013, 14). Voraussetzung für diese Funktion ist das Hineinversetzen in die Situation der Klient*innen seitens der Case Manager*innen. Dieser nimmt den Fall konsequent aus der Patientenperspektive wahr und versucht, den Fall aus der inneren Logik heraus zu verstehen. Die Funktion verfolgt auch das Ziel, Lücken im Versorgungssystem aufzudecken und diese Informationen an die Verantwortlichen der übergeordneten Handlungs- und Entscheidungsebenen weiterzugeben. Daher benötigt diese Funktion Kenntnisse über das Versorgungsystem, die vorhandenen Ressourcen und die praktizierten Handlungsmuster (Ewers 2005, 64-65).

Die Broker-Funktion

Die Broker-Funktion oder auch die Makler- und Vermittlerfunktion wird als die einfachste Form von Case Management beschrieben. Diese Funktion hat in den USA in den 70er- und 80er-Jahren des 20. Jahrhundert durch das unkontrollierte Wachstum sozialer und gesundheitsrelevanter Dienstleistungen und der daraus folgenden desintegrierten und fragmentierten Versorgung an Bedeutung gewonnen. Die Broker-Funktion ist daher eine Antwort auf die Unübersichtlichkeit und Desintegration moderner, komplexer und hochgradig arbeitsteiliger Sozial- und Gesundheitssysteme (Ewers 2005, 66). In der Funktion eines Brokers positioniert sich der/die Case Manager*in beratend als neutrale/r Vermittler*in zwischen dem Klient*innen- und den Anbietern sozialer und gesundheitsrelevanter Dienstleistungen. Ziel ist es, ein möglichst passgenaues Versorgungspaket zu entwickeln. Hierzu benötigt der/die Case Manager*in Assessmentinstrumente, um die Fallkonstellation richtig zu erfassen sowie umfassendes Wissens- und Informationsmanagement über die zur Verfügung stehenden Angebote und deren Finanzierung. Es ist noch nicht geklärt, welche

Funktion die Case Manager*innen im weiteren Verlauf des Unterstützungsprozesses übernehmen (Monzer 2013, 15). Der/die Case Manager*in ist nicht selbst bei einem Leistungserbringer angesiedelt, sodass unabhängig von spezifischen Interessen agiert werden kann (Ewers 2005, 66).

Gate-Keeper-Funktion

Unter Gate-Keeper-Funktion versteht man die selektierende oder Türwächter-Funktion (Wendt 2015, 190). Bei dieser Funktion handelt es sich um eine umfassende Form der zu Beginn des Kapitels beschriebenen Advocacy-Funktion, allerdings auf gesamtgesellschaftlich Interessen bezogen. Sie ist geprägt von der Idee der sozialverträglichen Kontrolle oder administrativen Einschränkung eines ungehinderten Zuganges zu gemeinschaftlich finanzierten Versorgungsleistungen durch den ausgabenzentrierten Fokus (Ewers 2011, 69). Als Gate-Keeper übernimmt das Case Management die Funktion, einem Fall die richtigen, notwendigen und vorrätigen Ressourcen zuzuteilen (Monzer 2013, 16). Er besetzt eine Schlüsselposition zwischen dem/der Klient*in und den Bedürfnissen einerseits und dem Versorgungssystem mit seinen Ressourcen andererseits (Ewers 2005, 70). Daher gilt es auch, über die gerechte Verteilung begrenzt verfügbarer Mittel zu entscheiden. Diese beschränkende Funktion steht im Dienst sowohl der Nutzer als auch der Finanzierer (Monzer 2013, 16). Der Gate-Keeper engagiert sich für die Belange einer größeren sozialen Gemeinschaft oder der Gesamtgesellschaft und durch seine ausgleichende Funktion im Sinne sozialer Gerechtigkeit, verfolgt er primär übergeordnete Versorgungsziele. Case Manager*in als Gate-Keeper sind bei Dienstleistungsanbietern angestellt (Ewers 2005, 69).

Social-Support-Funktion

Unterstützungsmanagement wird in Deutschland seit einigen Jahren als Übersetzung des englischsprachigen Begriffs Case Management benutzt. Wissert (2008) hat den Begriff inhaltlich ausgefüllt. Für ihn ist das Unterstützungsmanagement eine Ergänzung der drei grundlegenden, inhaltlichen Funktionen Advocacy, Broker und Gate-Keeper (Wissert 2011, 85). In dieser Funktion übernimmt der/die Case Manager*in eine direkte Unterstützung, damit hilfebedürftige Menschen dazu befähigt werden, sich mit den notwendigen Hilfsangeboten auseinanderzusetzen und Entscheidungen zu treffen (Monzer 2013, 17). Der/die Case Manager*in steht den Klient*innen mit Rat und Tat zur Seite, stärkt deren Selbstbestimmung und bewegt sie zur Einhaltung von Vereinbarungen (Wendt 2015, 191). Ziel ist die Wiederherstellung der Selbstbestimmung der Betroffenen, damit sie sich am Prozess der Versorgung beteiligen können. Nach Möglichkeit wird das natürliche Umfeld der

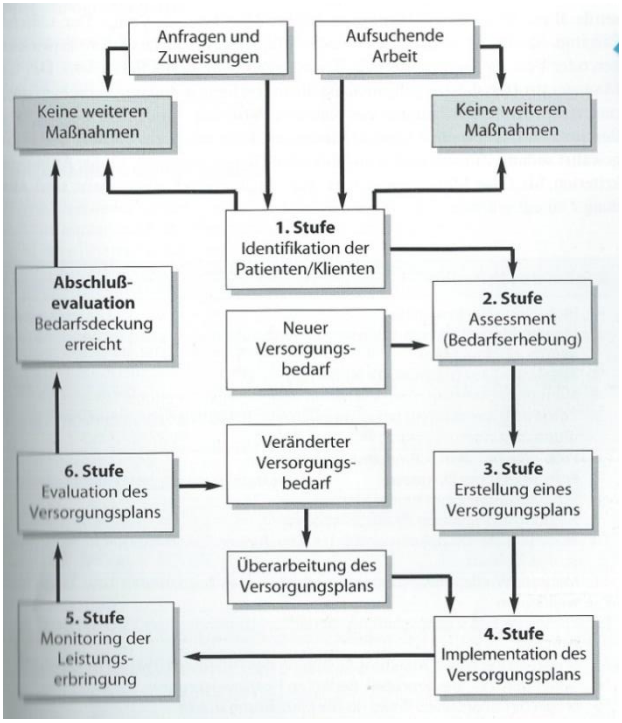
betroffenen Menschen genutzt und es wird auf unumkehrbare Schritte verzichtet (Monzer 2013, 17).

Die vier aufgeführten Funktionen des Case Managements lassen sich nur schwer aufrechterhalten und meistens erleben sich die Case Manager*innen zwischen den einzelnen Funktionen, je nach Situation hin und her wechselnd. Dadurch verliert die Funktionsdifferenzierung an Klarheit für die Rollenbestimmung im Umgang mit verschiedenen, manchmal auch sich widersprechenden, Aufträgen (Monzer 2013, 18).Dies bedarf einer zielorientierten Arbeitsweise und wird von Michael Ewers (2011) als Case Management-Regelkreis beschrieben. Dieser wird im folgenden Kapitel beschrieben

3.4 Der Regelkreis des Case Managements

Als Begleitungs- und Versorgungsprozess verläuft das Case Management in der Grundstruktur in sechs aufeinanderfolgenden Handlungsschritten. In der Literatur anderer Autoren werden oft auch bis zu acht Arbeitsschritte benannt (Ewers 2005, 73). Im Folgenden wird ausschließlich auf die sechs Handlungsschritte eingegangen. In der Praxis laufen diese Schritte jedoch häufig parallel und wiederholend ab (Monzer 2013, 69).

Abbildung 4 Case Management-Regelkreis



(Ewers 2005, 73)

Outreaching, Case Finding und Intaking gehören zur ersten Stufe der Identifikation der Kliente*innen oder auch zu der Klärungsphase, mit der im Case Management begonnen wird (Monzer 2013, 71 und Ewers 2005, 73).

Outreaching

Unter Outreaching werden alle konzeptionellen, methodischen und organisatorischen Bedingungen erfasst, die vor dem Kontakt zum Klient*innen geklärt werden müssen (Vosseler 2013, 48). Dies bedeutet, dass Informationen über das Angebot des Case Managements für die zuweisenden Stellen und die Betroffenen im Mittelpunkt stehen. Es verweist darauf, die Fälle beziehungsweise Personen zu erreichen, die vom Case Management profitieren können, das heißt Case Management muss in der Öffentlichkeit bekannt gemacht werden. Häufig wird hier auch der Begriff „Access“ genannt, was als „Zugang“ übersetzt wird. Case Management muss sich nicht nur bei potentiellen Klient*innen bekannt machen, sondern auch bei den aufgegliederten Spezialdisziplinen (Monzer 2013, 73-74).

Case Finding

Um herauszufinden, welche Fälle durch das Case Management bearbeitet werden sollen, ist Case Finding wichtig. Case Management wird meist als eine zusätzliche Leistung zu den direkten Unterstützungen vorgesehen, daher muss diese zusätzliche Maßnahme unter Ressourcengesichtspunkten ein vertretbares Maß darstellen. Jede Organisation sollte für die Auswahl eigene Kriterien entwickeln, da nur begrenzt Fälle bearbeitet werden können. Wenn auf die Erarbeitung von Kriterien verzichtet wird, ist es möglich, dass bestimmte Fälle nicht entdeckt und andere zu Unrecht mit Case Management behandelt werden, dadurch kann sein Einsatz ineffizient werden (Monzer 2013, 3-4). Case Finding kann als Beispiel bei Menschen mit Unterstützungsbedarf, die sich vorübergehend in Kurzzeitpflege befinden sowie bei älteren Menschen und Menschen mit Behinderung nach einer gesundheitlichen Krise in Frage kommen. Außerdem bei Menschen nach einem Unfall, insbesondere dann, wenn eine Rückkehr in die Häuslichkeit ohne entsprechende Maßnahmen nicht möglich ist sowie bei Menschen, die sich mit einer schnell voranschreitenden Erkrankung arrangieren müssen oder ältere Menschen mit einer bisher unzureichenden Versorgung. Des Weiteren kann Case Finding angewandt werden, wenn ältere Menschen oder Menschen mit Behinderung aus einer stationären Einrichtung (wieder) ausziehen möchten oder bei schwerstkranken Kindern und Kindern mit angeborener Behinderung (Bader 2016, 122).

Intaking

Unter Intaking werden die Klärung der Rahmenbedingungen, die Aushandlung und die verbindliche Festlegung von Rechten und Pflichten der Beteiligten verstanden. Seitens der Case Manager*innen wird geklärt, ob der Fall ausreichend komplex ist, um vom Case Management bearbeitet zu werden (Vosseler 2013, 49). Dies heißt, das Intaking dazu genutzt wird, um möglichst zielgenau die richtigen Klient*innen zu finden (Remmel-Faßbender 2012, 23). Der Case Managementfall wird für alle, die bereits beteiligt sind, bekannt gegeben (Monzer 2013, 73). Der/die Klient*in wird über den generellen Ablauf des Case Managements und mögliche Dienstleistungen informiert (Remmel-Faßbender 2012, 23). Nach der Übereinkunft von Case Manager *in und Klient*in über eine Zusammenarbeit, muss ein Vertrag aufgesetzt werden, der von allen Beteiligten unterschrieben wird, um Leistungen des Case Managements klarzustellen und die jeweiligen Rollen festzulegen (Vosseler 2013, 49). Es ist somit die interne Verständigung der Klient*innen mit der Fallsteuerungsorganisation (Monzer 2013, 87).

Diese drei Schritte der Identifikation der Klient*innen sind eine Schrittabfolge und sind voneinander abhängig (Monzer 2013, 73).

Assessment

Assessment kann ins Deutsche am besten mit „Falleinschätzung“ übersetzt werden (Monzer 2013, 112), aber auch mit „Bedarfserhebung“ (Ewers 2005, 73).

Durch ein Assessment kann in jedem Case Managementfall eine ausreichende Situations- und Fallklärung (Probleme und Ressourcen) stattfinden. Das Assessment muss dabei als methodischer und instrumenteller Schritt erfolgen, der den Gütekriterien[23] von Objektivität[24], Reliabilität[25] und Validität[26]gerecht wird (Monzer 2013, 4).

Die Informationssammlung kann sowohl retrospektiv sowie in Gesprächen mit dem Betroffenen und dessen Angehörigen und weiteren Bezugspersonen erfolgen (Remmel-Faßbender 2012, 24). Sie umfasst die bisherige Krankheitsgeschichte sowie

[23] Gütekriterien sind für Forschende Prüfstandards und in der Praxis wichtig, um den Einsatz von Assessementinstrumenten zu begründen (Reuschenbach 2011c, 57).

[24] Objektivität meint, dass dasjenige Merkmal des Assessments unabhängig vom Testleiter und Testauswerter misst (Moosbrugger 2012, 8).

[25] Reliabilität bedeutet, wie zuverlässig das Merkmal ohne Messfehler gemessen wird (Moosbrugger 2012,11).

[26] Validität meint, dass ein Assessment dann gültig ist, wenn es das Merkmal das gemessen werden soll, auch wirklich misst und nicht irgendein anderes (Moosbrugger 2012, 13).

soziodemografische, biologische, soziale, umweltbedingte, finanzielle, psychosoziale und physische Daten (Vosseler 2013, 49). In einem Gespräch wird der individuelle Entlastungs- und Unterstützungsbedarf ermittelt sowie individuelle Bewältigungsstrategien und Ressourcen. Ein Assessment erfolgt in der Regel schrittweise und nimmt mehrere Gespräche in Anspruch (Remmel-Faßbender 2012, 24). Es findet grundsätzlich während der gesamten Fallbearbeitung statt und die Notwendigkeit wird regelmäßig durch ein Reassessment[27] überprüft (Monzer 2013, 4).

Erstellung eines Versorgungsplans oder Hilfeplans

Die Hilfeplanung greift die im Assessment formulierten Probleme und Ressourcen sowie festgelegten Veränderungsbereiche auf. Nach Möglichkeit werden gemeinsam mit dem Betroffenen daraus Ziele, Maßnahmen und Erfolgskriterien abgeleitet (Monzer 2013, 161). Darin wird festgelegt, durch wen, welche Art von Hilfen zu welchem Zeitpunkt und in welcher Frequenz erbracht werden (Vosseler 2013, 50). Zielarbeit ist ein wichtiger Schritt in der Hilfeplanung, denn Hilfe kann nur da passgenau geplant werden, wo die Richtung, das Ziel gut herausgearbeitet wurde (Remmel-Faßbender 2012, 26). Der entwickelte Hilfeplan ist Ausdruck des Selbstbestimmungsrechts. Der Hilfeplan ermöglicht dem/der Case Manager*in den Überblick über den komplexen Bedarf zu haben sowie Bedürfnisse der Klient*innen zu erkennen und mögliche Lösungen festzuhalten. Die Hilfeplanung dient als Kommunikationsmittel und ist für alle Beteiligten verbindlich (Vosseler 2013, 50-51). Wichtig ist, dass die weiteren Schritte sich auf Inhalte der Hilfeplanung beziehen (Monzer 2013,4). Außerdem muss ein geregeltes und transparentes Informationsverfahren vorhanden sein (Remmel-Faßbender 2012, 25). Die Hilfeplanung wird als elementares Nachweis- und Kontrollinstrument genutzt und enthält eine Auflistung von Geldmitteln und Ressourcen des/der Klient*in. Auch muss sie von den Klient*innen unterzeichnet werden (Vosseler 2013, 51).

Zur Erstellung eines Hilfeplans kann auch eine Hilfeplankonferenz stattfinden, bei der/die Case Manager*in, Klient*in, Angehörige und weitere an der Versorgung Beteiligten teilnehmen (Remmel-Faßbender 2012, 25).

Implementation des Versorgungsplans

Case Management initiiert die vereinbarten Maßnahmen, schafft Verbindung zwischen Hilfesuchenden und informellen bzw. formellen Hilferessourcen, begleitet die Klient*innen und unterstützt bei der Inanspruchnahme von Hilfen (Remmel-Faßbender 2012, 26). Bei der Implementation soll an der Verwirklichung der Ziele aus der Hilfeplanung gearbeitet werden,

[27] Reassessment = Neubewertung (Monzer 2013, 4)

um eine fallangemessene Verbesserung und Stabilisierung zu erreichen (Monzer 2013, 203). Außerdem wird ein Ausführungsteam gebildet, dem auch der/die Klient*in selbst angehört. Es erfolgt unter den Beteiligten ein Austausch über die Art der jeweiligen Kooperation, dabei werden Rahmenbedingungen festgelegt und der/die Case Manager*in übernimmt in der Phase die Rolle des/der Koordinator*in (Vosseler 2013, 51). Der/die Case Manager*in hat zudem die Verantwortung, dass der Kontakt zu den Klient*innen vorhanden bleibt und nicht abbricht. Sollte es zu einem Kontaktabbruch kommen, muss der/die Case Manager*in dem Abbruch aktiv nachgehen und erneute Unterstützung anbieten (Remmel-Faßbender 2012, 26).

Monitoring der Leistungserbringung

In dieser Phase geht es darum, die organisierten Angebote, Unterstützungen und vereinbarten Aktivitäten quantitativ und qualitativ abzusichern, indem die Erreichung der im Hilfeplan festgelegten Ziele regelmäßig geprüft, bewertet und beobachtet wird (Monzer 2013, 239). Monitoring sichert den Klient*innen die Einhaltung der Vereinbarungen ihrerseits und den jeweiligen Diensten zu. Der/die Case Manager*in vertritt seine Klient*innen anwaltschaftlich und veranlasst Interventionen und Maßnahmen zu deren Gunsten (Remmel-Faßbender 2012, 27). Es finden regelmäßige Fallkonferenzen[28] des Versorgungsteams statt zur Beurteilung des Versorgungserfolgs und, um Feedback des Ausführungsteams einzuholen. Der/die Klient*in wird vom Case Manager periodisch (mindestens alle 6 Monate) zum Reassessment aufgesucht und der/die Case Manager*in ändert den Hilfeplan je nach Bedarf. Darüber hinaus erfolgt eine periodische Evaluation der in Anspruch genommenen Leistungen zur Effektivitäts- und Effizienzkontrolle. Der/die Case Manager*in benutzt Instrumente zur Überwachung und Kontrolle der Fallführung (Vosseler 2013, 52).
Dieser Arbeitsschritt berührt das Verhältnis von Case Manager*innen zu anderen Diensten am stärksten (Remmel-Faßbender 2012, 27).

Evaluation des Versorgungsplans

Sobald das Hauptziel des Hilfeplans erreicht ist, das Netzwerk stabil arbeitet und keine Koordinationsaufgaben mehr benötigt werden, beginnt die Evaluation. Es wird sowohl das Output, das heißt die Produkte des Handelns, wie auch das Outcome, die Ergebnisse des Case Managements, gemessen (Vosseler 2013, 53). Für die Evaluation gibt es meist einen Auftrag oder verbindliche Vorgaben durch das Qualitätsmanagement. Der Zweck einer Evaluation ist jedoch nicht von vornherein festgelegt und die Evaluation findet meist unter der Maßgabe statt, die Qualität rückblickend festzustellen und zu beurteilen (Monzer 2013,

[28] Fallkonferenzen: wechselseitigen Information und Abstimmung von Hilfeleistungen (Vosseler 2013, 52)

311). Es wird überprüft, ob die durchgeführten Maßnahmen, wie vereinbart, ausgeführt wurden und ob die vorab definierten Ziele dazu hilfreich waren (Vosseler 2013, 53). Das Kriterium der Klienten-, Patienten- oder Nutzerzufriedenheit steht im Mittelpunkt der Evaluation (Monzer 2013, 311). Dadurch kann für zukünftige Kooperationen durch die Erarbeitung von exemplarischen Strategien gelernt werden, um Probleme zu vermeiden und Prozesse effektiv gestalten zu können (Vosseler 2013, 53). Auch dient die Evaluation zur Rechenschaftsauslegung gegenüber den Auftraggebern, den Finanzierern und der Öffentlichkeit. Auch besteht häufig ein fachliches Interesse der Case Manager*innen selbst oder der Case Managementorganisation zur Analyse von spezifischen Wirkfaktoren oder Beseitigung von Fehlern an einer Evaluation (Monzer 2013, 311). Durch das Erreichen des Hauptzieles wird der/die Case Manager*in entpflichtet. Klient*in und Case Manager*in bestimmen gemeinsam das Ende des Versorgungszeitraumes (Vosseler 2013, 53).

In einiger Literatur gibt es noch eine weitere Stufe - Evaluierende Nachsorge. In diesem letzten Handlungsschritt schleicht sich der/die Case Manager*in nach und nach aus dem Versorgungsprozess aus. Dieser Zeitraum kann zwischen drei, sechs oder neun Monaten andauern. Die einzelnen Ziele besitzen Fristen, die mit der Entpflichtung der Case Manager*innen enden. Sollte in dieser letzten Phase eine Verschlechterung auftreten, dann erfolgt ein weiteres Assessment sowie eine Wiederaufnahme des Hilfeplans (Vosseler 2013, 54).

Die Beziehung zwischen den Aufgaben der teilnehmenden Berufsgruppen muss sorgfältig definiert werden, um mögliche auftretende Konflikte zu vermeiden. Wenn das Case Management ideal arbeitet, wird in einem multiprofessionellen Team an der Begleitung und Versorgung gearbeitet (Vosseler 2013, 54). Die einzelnen Schritte des Prozesses dienen somit als roter Faden (Remmel-Faßbender 2012, 30).
Zudem müssen Instrumente zur Steuerung des Case-Management-Prozesses eingesetzt werden, wie die Fallkonferenzen, die von den Case Manager*innen geleitet werden. Sie dienen als Informations- und Kommunikationssystem, um eine erfolgreiche Koordination und Kooperation zu gewährleisten sowie dem Ingangsetzen von Innovationen. Weitere Instrumente können standardisierte Erhebungs-, Auswahl-, Auswertungs- und Patientenbefragungsbögen, Gesprächs- bzw. Beratungsleitfäden, Standardversorgungspläne und Pflege- oder Managementmodelle sein (Vosseler 2013, 57). Der beschriebene Case Management Regelkreis kann mit dem Pflegeprozess verglichen werden. Der Unterschied der Prozesse besteht darin, dass der Pflegeprozess für alle

Pflegebedürftigen gilt, der Case Management Regelkreis jedoch nur für eine bestimmte Klientengruppe (Ewers 2005, 72).

3.5 Case Management in Abgrenzung zu Care Management, Managed Care, Disease Management, Integrierte Versorgung

Tabelle 1 Abgrenzung Case Management, Managed Care, Disease Management und Integrierte Versorgung

	Definition	**Ziel**	**Aufgabe**	**Sonstiges**
Care Management	Steuerung des Versorgungs-systems	reibungsloser, integrierter Ablauf von Versorgungsleistung durch fallübergreifendes Netzwerk	Optimierung des Versorgungssystems	übergeordnet über Case Management
Managed Care	keine einheitliche Definition	- kostengünstige medizinische Versorgung unter Berücksichtigung von Qualitätsansprüchen - Prävention	Kostenträger schließen für vertretenen Personenkreis mit Leistungserbringer Verträge	*Beispiele:* Hausarztmodell, Kopfpauschale, Selbstbeteiligung
Disease Management	Disease = Krankheit	- Effizienz mit zur Verfügung stehenden Ressourcen verbessern - Über-/ Unter-/ Fehl-versorgung reduzieren	Durchführung von strukturierten, optimierten Behandlungs-programmen für bestimmte Personen-gruppen durch zuständige Krankenkasse in Zusammenarbeit mit kassenärztlicher Vereinigung	*Beispiele:* Diabetes mellitus, Herzinsuffizienz, chronisch obstruktive Lungenerkrankung, koronare Herzkrankheit, Asthma, Bluthochdruck, Depression
Integrierte Versorgung	Modell zur Behandlung und Betreuung von Patient*innen, die sektorenübergreifend vernetzt versorgt sind	- Kostensenkung - Minimierung von Versorgungsbrüchen - Optimierung der Ressourcennutzung - bessere Leistungs-vergütung	- übergreifende interdisziplinäre Versorgung - koordinierte Leistungen aus einer Hand	§140a Abs. 1 SGB V

(in Anlehnung an Dörpinghaus 2008, 108-112; Ohnimus-Schellerer 2005, 60-61; Monzer 2013, 51-61; Remmel-Faßbender 2012, 16 und Wendt 2015, 27-28)

4. Implementierung von Case Management

Im Folgenden werden die Probleme im Versorgungsprozess der ambulanten Pflege untersucht und darauf aufbauend im folgenden Unterkapitel die Implementierung von Case Management in die ambulante Pflege.

4.1 Probleme im Versorgungsprozess der ambulanten Pflege

Seit vielen Jahren wird von der Wissenschaft ein höheres Maß an Bedarfsgerechtigkeit der Versorgungsgestaltung gefordert, speziell bei chronisch kranken und alten Menschen. Es fehlt jedoch an empirischen Grundlagen und an Informationen. Daraus resultiert, dass das Informationsdefizit insbesondere durch die Wissenschaft beseitigt werden muss. Eine adäquate Versorgung chronisch kranker und alter Menschen benötigt aufgrund Komplexität und Vielschichtigkeit ein hohes Maß an Kooperation und Koordination. Sie benötigt häufig unterschiedliche Hilfen, die individuell auf die Situation abgestimmt und ineinandergreifend angelegt werden muss, damit das Ziel nicht verfehlt wird (Schaeffer 2000, 20-22). Pflegebedürftige Menschen, die durch die ambulante Pflege versorgt werden, bedauern oft die mangelnde Sensibilität der Pflegekräfte gegenüber eingespielten Spielregeln in der Versorgung der Patient*innen, durch die die Pflege zu Hause aufrechterhalten wird (Rubin 2009, 22).

Die Leistungsmöglichkeiten der ambulanten Pflege sind theoretisch sehr weit, in der Praxis jedoch eng gesteckt, wenn man das Angebotsprofil der ambulanten Dienste betrachtet. Die ambulante Pflege gilt oft als unflexibel und wird den vielen Bedarfslagen nicht gerecht. Dies ist jedoch nicht der Pflege vorzuwerfen, sondern es ist ein Resultat ihres lange Zeit randständigen Daseins. Auch bleibt der Versorgungsbedarf meist nicht konstant. Wenn die ambulante Pflege an der Versorgung beteiligt ist, übernimmt sie viele Aufgaben der Versorgungskontinuität und –integration, da sonst die ambulante Pflege nicht aufrecht erhalten werden kann. Außerdem ist die ambulante Pflege dem Pflegebedürftigen am nächsten, sieht, wann dieser welche Hilfe benötigt und kann Änderungen im Pflegeprozess am besten einschätzen und regulieren (Schaeffer 2000, 21- 22).
Häufig wird jedoch die ambulante Pflege erst hinzugezogen, wenn die Versorgung zu Hause nicht mehr gewährleistet ist. Dies ist zum Beispiel bei einer Überlastung der Angehörigen der Fall. Zudem gibt es immer wieder Vorurteile gegenüber der ambulanten Pflege, durch schlechte Erfahrungen mit ambulanten Versorgungsdiensten und eine mangelnde Anpassungsfähigkeit des professionellen Systems an lebensweltliche Bedingungen (Rubin 2009, 22). Die ambulante Pflege sollte eine nutzerfreundliche Aufbau- und Ablauforganisation schaffen, da sich oft die Einsatzzeiten nicht am Tagesrhythmus und den Wünschen der Nutzer*innen orientiert sind, sondern sie folgt institutionellen Erwägungen,

d.h. die Pflegekraft kommt dann, wenn es der Einsatzplan vorsieht (Schaeffer 2000, 22). Dieses Problem stellt in der ambulanten Pflege ein betriebswirtschaftliches Problem dar (Büscher und Horn 2010, 16). Häufig wissen Patient*innen nicht, wann das sein wird. Dies führt zu Unsicherheit und Abhängigkeit, da sie ihren Tagesablauf an der Pflege ausrichten müssen. Zudem ist der häufige, oft auch unvorhersehbarer Wechsel, des Pflegepersonals, da meist nicht nach dem Bezugspflege[29]-, sondern dem Rotationsmodell[30] gearbeitet wird, ein Problem. Die Kund*innen wissen oft nicht, wer als nächstes kommt und auf wen sie sich einstellen können. Auch die hohe personelle Fluktuation in der Pflege wird seitens der Kund*innen oft als Belastung erlebt, da sie so immer neu über sich und die Gegebenheiten der Wohnung aufklären müssen. Dadurch gleichen die Kund*innen das Informationsdefizit der Pflegenden aus und müssen damit zurechtkommen, dass ihre Privatsphäre sie zunehmend entintimisiert, da ihr zu Hause ein Arbeitsplatz von vielen Pflegenden wird. Dies verstärkt bei alten Menschen und demenzerkrankten Menschen die Desorientierung (Schaeffer 2000, 22).

Die wirtschaftliche Situation in der ambulanten Pflege ist gekennzeichnet durch einen gesteigerten Kostendruck, durch den Anstieg von Lohn- und Energiekosten und einer Preissteigerung, aber es erfolgt keine Anhebung der Vergütung der Pflegeleistungen. Dadurch entsteht eine Arbeitsverdichtung, durch den die gestiegenen Kosten kompensiert werden sollen (Büscher und Horn 2010, 15-16). In der ambulanten Pflege sind 45 % der Arbeitszeit Fahrtzeit, diese wird jedoch nicht ausreichend erstattet. Dies hat zur Folge, dass die Erstattung nicht zur Kostendeckung von Personaleinsatz und Dienstwagen führt (Gabcke 2018).

Der Zeitfaktor stellt ebenfalls ein Problem in der ambulanten Pflege dar. „Schrubben“ und „Flüchtigkeit“ werden nicht nur als qualitätsmindernd gesehen, sondern zudem auch als kränkend erlebt. Oft ist es jedoch nicht die zu wenig reale Zeit, sondern die ihnen nicht wirklich gewidmete Zeit, die als kränkend empfunden und kritisiert wird. Für Pflegebedürftige und deren Angehörige gehören Gespräche zur Pflege dazu, doch dazu fehlt die Zeit. Zudem gibt der enge Zeitkorridor kaum Möglichkeiten zum Entwickeln eigener Ideen und schränkt daher den Handlungsspielraum des Pflegepersonals ein (Büscher und Horn 2010, 16, Gabcke 2018 und Schaeffer 2000, 22). Im schlimmsten Fall führt die Unzufriedenheit der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen zu einem Wechsel der Pflegeeinrichtung oder zu einer Beendigung der Versorgung (Rubin 2009, 25). Mitarbeiter*innen in ambulanten

[29] Bezugspflege: Zuordnung einer Pflegekraft zu einer bestimmten Person/Gruppe von Pflegebedürftigen und auf den Pflegeprozess ausgerichtetes Pflegesystem (Schaeffer 2000, 22)

[30] Rotationsmodell: Pflegekräfte wechseln bei der Versorgung der Patient*innen je nach Touren- und Einsatzplanung (Schaeffer 2000, 22)

Pflegediensten kritisieren zudem die bürokratischen Probleme bei der Abrechnung der Leistungen mit den Kranken- und Pflegekassen. Es kommt zu Überbürokratisierung, sich hinziehenden Genehmigungsverfahren und Ablehnung von Leistungen durch die Krankenkasse (Büscher und Horn 2010, 16). Aus diesen dargestellten Problemen der ambulanten Pflege wird deutlich, dass es zahlreiche Aufgaben zur Bearbeitung gibt (Schaeffer 2000, 22).

In der ambulanten Pflege wurde das Problem der erlösorientierten Einsatzplanung erkannt. Die Einsätze werden so geplant, dass von den Pflegeeinrichtungen ein interner Stunden- oder Minutensatz zur Planung verwendet wird, um den jeweiligen Leistungskomplex beim Kunden zur erbringen. Wenn nun der interne Verrechnungssatz steigt und der Preis der Krankenkasse gleichbleibt oder nur nicht in diesem Maße ansteigt, dann wird die Einsatzzeit beim Kunden gekürzt. Dadurch steigt der Leistungsdruck und die Arbeitsverdichtung. Die neue Einstufungssystematik in Pflegegrade ändert nichts an diesem System, lediglich das zur Verfügung stehende Budget der Pflegebedürftigen erhöht sich möglicherweise. Mehr Zeit gibt es jedoch nur, wenn die Vergütung für die einzelnen Leistungen steigt (Richter 2017, 35).

In Baden-Württemberg werden durch Informations-, Anlauf- und Vermittlungsstellen systematisch Case Management-Ansätze gefördert (Frommelt et al. 2008, 5). Informations- und Koordinationsstellen wurden seit den 90er-Jahren im Bereich der Pflege in unterschiedlichsten Ausformungen von den Bundesministerien, die für den Bereich Gesundheit und Familie zuständig sind, sowie von Landesministerien gefördert, umgesetzt und evaluiert (Mennemann 2017, 218). Nachdem jedoch die Landesförderung durch die Kommunen auslief, wurden die Ansätze oft nicht weitergeführt. Aus diesen Erfahrungen wird deutlich, dass ohne konsistentes Gesamtkonzept ein Case Management Konzept nicht greifen kann (Frommelt et al. 2008, 5). Zudem finden auch die Pflege- und Wohnberatungen in Deutschland nicht nach einheitlichen Kriterien statt, da die Trägerschaft, Aufgabenbereiche und das Grundverständnis sehr verschieden sind (Mennemann 2017, 218).
In § 92c SGB XI ist geregelt, dass zur wohnortnahen Beratung, Versorgung und Betreuung durch Pflegekassen und Krankenkassen, Pflegestützpunkte in Absprache mit den Ländern flächendeckend im Land einzurichten sind. Der Pflegestützpunkt kann bei einer im Land zugelassenen Pflegeeinrichtung errichtet werden, sofern dadurch der Wettbewerb zwischen den Einrichtungen nicht unzulässig beeinträchtigt wird. Außerdem wird der Pflegestützpunkt finanziell durch öffentliche Gelder unterstützt. Bei der Implementierung von

Pflegestützpunkten sollte darauf geachtet werden, wie das Case Management am effektivsten angeboten werden kann (Frommelt et al. 2008, 19).

4.2 Implementierung von Case Management in die ambulante Pflege

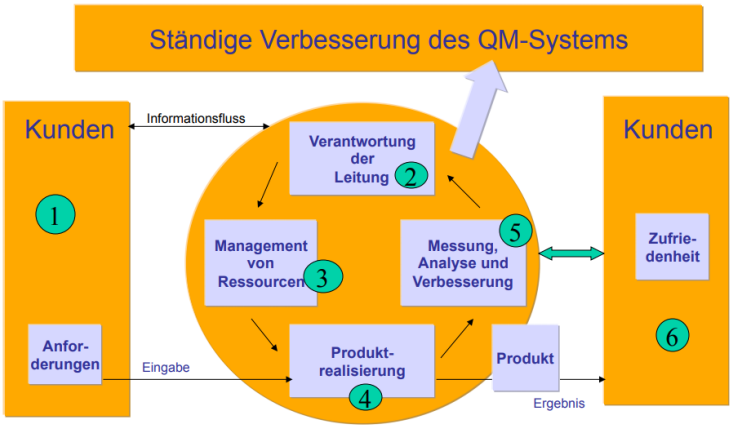
Nach § 113 SGB XI wurden die Vertragsparteien aufgefordert, bis zum 1.1.18 Empfehlungen zur Qualitätssicherung der Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI zu beschließen. Dadurch soll vor allem die individuelle Beratung sichergestellt werden. Durch einen zielgruppenspezifischen Beratungsansatz soll die Beratung dem Pflegebedürftigen über die Hinweise zur Problemlage im Zusammenhang mit körperlicher Einschränkung hinaus, Fragen, die Bereiche der kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen, Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte, beantworten (Richter 2017, 119). Die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI wird nachfolgend definiert. „Personen, (…) haben (…) Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch einen Pflegeberater oder eine Pflegeberaterin bei der Auswahl und Inanspruchnahme von bundes- oder landesrechtlich vorgesehenen Sozialleistungen sowie sonstigen Hilfsangeboten, die auf die Unterstützung von Menschen mit Pflege-, Versorgungs- oder Betreuungsbedarf ausgerichtet sind.“ Die gesetzlich verankerten Beratungsbesuche und Schulungen nach § 45 SGB XI finden unter anderem in Pflegediensten statt (Heiber 2017, 36). Das Verständnis von Pflegeberatung reicht von einer trägerbezogenen Informationsweitergabe bis hin zur Koordination aller im Einzelfall beteiligten Dienste. Durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PfWG) 2008 soll eine gesetzliche Pflegeberatungskultur mit dem Gedanken der vernetzten Zusammenarbeit der Akteure vor Ort bundesweit aufgebaut werden (Mennemann 2017, 218). Die fachliche Qualifikation der Mitarbeiter*innen in der Pflegeberatung wurde durch die GKV formuliert und auch die Aufgabenbereiche wurden weiterentwickelt. Der/die Pflegeberater*in muss eine abgeschlossene Berufsausbildung, zum Beispiel als Altenpfleger*in oder Gesundheits- und Krankenpfleger*in vorweisen, sowie eine Weiterbildung zum/zur Pflegeberater*in haben (GKV Spitzenverband 2008).

Gesetzlich ist ein Zwang zur Pflegeberatung und zum Case Management nicht vorgesehen, aber im Rahmen der Begutachtung und im Kontext der Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI besteht die Möglichkeit, Pflegeberatung und Case Management zu empfehlen. Dies bedeutet, dass die Pflegeberatung freiwillig ist und eine Zustimmung der Ratsuchenden voraussetzt. Pflegeberatung unterstützt vorwiegend ältere Menschen, aber auch pflegebedürftige Kinder, Jugendliche und Erwachsene in allen Lebenslagen und bei den unterschiedlichsten körperlichen und/oder psychischen Erkrankungen. Die Altersspanne der Klient*innen liegt bei drei Monaten bis 103 Jahre (Bader 2016, 122). Im PfWG wurde ein weiteres Pflegeverständnis aufgenommen. „Pflege impliziert über pflegerische Verrichtungen

hinaus Lebensbewältigung und Alltagsbesorgung in jeder gesundheitlichen und sozialen Hinsicht sowie die Bewirtschaftung der dafür nötigen Kräfte, Mittel und Möglichkeiten. Darauf muss sich eine Beratung und Hilfeplanung beziehen.“ (Frommelt et al. 2008, 4). Diese Kultur, die es nach den gesetzlichen Vorgaben aufzubauen galt, führte zu Brüchen und Qualitätseinbußen, da die Modelle landesweit und regional unterschiedlich entwickelt wurden. Trotzdem entwickelt sich eine Kultur der Pflegeberatung. Dies ist ein aufwendiger und wichtiger Meilenstein. Aber ein einheitliches Modell für die Implementierung zeichnet sich nicht ab, da die Beratungsinhalte sich noch zu stark auf Informationen und allgemeine Leistungsberatung beschränken (Mennemann 2017, 219). Beratung ist ein struktureller Ort, an dem das Anliegen und die Interessen der Klient*innen erst zur Sprache kommen können und Berücksichtigung finden (Remmel-Faßbender 2012, 48).

Bei der Implementierung von Case Management in eine Organisation, in der vorliegenden Ausarbeitung in die ambulante Pflege, werden die vorgegebenen Strukturen und Prozessabläufe des Case Managements in ein bestehendes System eingebaut werden müssen. Es kann jedoch nicht davon ausgegangen werden, dass das Case Management als Musterprozess ohne Reibungen in die bestehende Organisation eingeführt werden kann, daher muss die Implementierung von Case Management überzeugen können und nicht der ambulanten Pflege schaden (Monzer 2018, 25). Eine häufige Äußerung bezüglich der Implementierung von Case Management ist, dass so viele unterschiedliche Implementierungen von Case Management existieren, wie es Case Managementorganisationen gibt. Aus diesen Beobachtungen lässt sich die Erfahrung ableiten, dass Case Management an vielen Stellen der Organisation verankert werden muss und demnach ein hohes Maß an Voraussetzungen zu berücksichtigen ist. Die Einführung von Case Management wird durch vorgegebene Organigramme, Kooperationsbeziehungen bis hin zu persönlichen Präferenzen von Schlüsselpositionen geprägt. (Monzer 2018, 52). Nach Schaufelberger ist daher daraus zu folgern: „Case Management muss innerhalb der Organisationen entwickelt werden. Die Implementierung von Case Management verlangt einen Entwicklungsprozess innerhalb der Organisation. Rezeptartiges Installieren und Umsetzen von Case Management ist nicht realistisch.“ (Schaufelberger 2011, 231).

Abbildung 5 Anforderungen an die Implementierung von Case Management



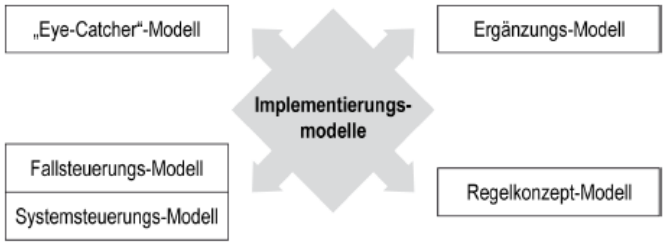
(Ribbert-Elias 2011, 10)

In der Abbildung 6 sind Zahlen in einem Kreis dargestellt, diese werden im Folgenden näher beschrieben.

Unter Punkt eins sind die Erwartungen und Anforderungen der Kund*innen festgehalten. Der Begriff Kund*in muss für die ambulante Pflege definiert sein und auch die Adressat*innen des Case Management müssen benannt sein. Auch muss festgelegt werden, wie die Anforderungen und Erwartungen der Adressat*innen des Case Management ermittelt werden (Ribbert-Elias 2011, 12).

In Punkt zwei, der Verantwortung der Führung, muss sich die Leitung für ein Implementierungsmodell entscheiden. Löcherbach definiert fünf Implementierungsmodelle.

Abbildung 6 Implementierungsmodelle



(Löcherbach 2012, 159)

„Eye-Catcher"-Modell bezeichnet bestehende Abläufe und Verfahren als Case Management. Im Ergänzungs-Modell werden einzelne Handlungsschritte aus dem Case Management zur Verbesserung der Organisationsqualität eingesetzt. Beim Fallsteuerungs-Modell werden in

der konkreten Fallarbeit[31] die Handlungsschritte des bestehenden Case Managements in die bestehende Konzeption eingebunden. Die Systemebene[32] bleibt davon weitgehend unberücksichtigt. Im Systemsteuerungs-Modell werden für bestimmte Zielgruppen Prozesse mit Hilfe der Case-Management-Logik verbessert. Eine Arbeit mit Einzelpersonen findet in diesem Modell nicht statt. Dies bedeutet, dass die Organisation die direkte Arbeit und die Netzwerkarbeit mit relevanten Netzwerkpartnern vorhält (Löcherbach 2012, 157-158). Des Weiteren gilt es zu klären, ob das Führungsverständnis und die –kultur für die Case Management Implementierung passend sind. Es gilt zunächst, ein Grundverständnis von Case Management zu gewinnen. Wenn man Case Management implementieren möchte, hat dies immer auch Folgen für die Personalentwicklung (Ribbert- Elias 2011, 14).

Daher gilt es, das Management von Ressourcen in Punkt drei zu beachten. Nach Monzer gibt es folgende Implementierungsstrategien: Strategie „Programme“, Strategie „Kommunikationswege“ und Strategie „Personal“. (Monzer 2018, 52-61).
Personal ist eine mehrschichtige und mitunter auch schwer handhabbare Strategie in der Organisationsentwicklung, aber die Verpflichtung oder Qualifizierung von Mitarbeiter*innen wird oft als bevorzugte oder gar einzige Implementierungsphase gewählt. Es macht einen Unterschied, ob der/die Mitarbeiter*in intern oder extern qualifiziert wird. Externe Weiterbildungsmaßnahmen sind nur dann von Vorteil, wenn nur wenige Mitarbeiter*innen qualifiziert werden sollen. Dies hat den Vorteil, dass die entsendende Organisation ihre beratende Neutralität durch die Bestätigung einer externen Stelle für ihre Arbeit strategisch unterstützen möchte. Auch wird die externe Weiterbildung einem bereichsübergreifenden Ansatz gerecht. Daher hat es sich bewährt, die multiprofessionelle Weiterbildung zu erlernen, um von Beginn an den Vernetzungs- oder Kooperationsaspekt in der eigenen Fachlichkeit zuverlässig zu verankern. Ein Nachteil kann die Unverbindlichkeit der Mitarbeiter*innen gegenüber der entsendenden Organisation sein. Rahmenbedingungen für eigene Organisation können als kritisch erachtet werden oder auch die Verbindung zur eigenen Organisation kann nicht ausreichend vertieft werden. Um diese Gefahr abzumildern, könnten die Weiterbildungen in einem Dachverband durchgeführt werden, da diese thematisch eingegrenzt sind und in einem Rahmen stattfinden, der vorab von den Mitgliedsorganisationen erarbeitet wurde. Das Innovationspotenzial ist jedoch dann nicht so hoch. Diese Einschränkung gilt auch bei Inhouse-Veranstaltungen, an der meist alle an der Case-Managementorganisation beteiligten Mitarbeiter*innen teilnehmen. Unter anderem

[31] Fallebene: auf den einzelnen Fall bezogen (Roller 2015, 25)

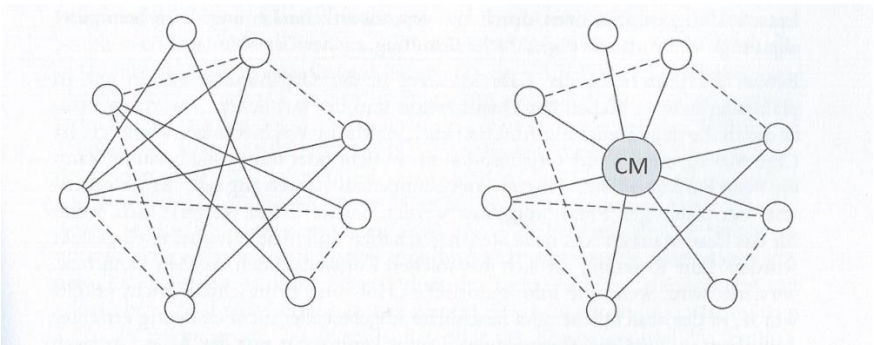
[32] Systemebene wird auch Netzwerkmanagement genannt, d.h. Optimierung der Versorgung im Zuständigkeitsbereich (DGCC 2018; Roller 2015, 43)

auch aus ökonomischen Gründen sind diese meist verpflichtend für alle Mitarbeiter*innen, daher sind Qualifizierungen für einzelne Mitarbeiter*innen meist nicht relevant. Der Vorteil bei Inhouse-Schulungen ist, dass sie sich je nach Beauftragung individuell mit der Implementierung des Konzeptes beschäftigen können (Monzer 2018, 58-60)..

Wenn sich die Arbeitsbedingungen der Mitarbeiter*innen grundsätzlich verändern sollen, ist die Verbindung von Implementierung und Weiterbildung nicht in allen Fällen ein sinnvoller Weg. Wenn Einkommensveränderung oder Einflussverhältnisse noch ungeklärt sind, kann diese Kombination dazu führen, dass es zu Widerstand der Mitarbeiter*innen kommt und die Nachteile in den Vordergrund rücken. Wenn diese Effekte befürchtet werden, ist es sinnvoll, externe Weiterbildungen zu planen und der Implementierungsprozess sollte von der Ausbildung der Mitarbeiter*innen abgekoppelt werden. Aus diesen genannten Gründen bringt Personalrekrutierung und -entwicklung als ausschließliche Implementierungsstrategie Nachteile mit sich, da insbesondere ohne angepasste Kommunikationswege der Impuls schnell verloren geht (Monzer 2018, 58-60).

Wenn ein Modell für die notwendigen Kommunikationsbeziehungen zur Verfügung steht, bringt dies für die Implementierung einige Vorteile. Kommunikationswege dienen dazu, mit Komplexität angemessen umzugehen. Durch ausgearbeitete Kommunikationswege können Pflegedienstleitungen von der Notwendigkeit ständiger Entscheidungen entlastet werden. Die Anzahl der Kommunikationspartner*innen, sowie die Anzahl an Kommunikationswegen sollte überschaubar bleiben, da die/der Case Manger*in die Funktion übernehmen, die Informationsübertragung und Entscheidungsgeschwindigkeit flüssig zu halten. In Abbildung 7 werden die Kommunikationswege, Kommunikation und die spezifische Funktion des Case Managements abgebildet (Monzer 2018, 56).

Abbildung 7 Kommunikationswege durch Case Management



– – – – – = Kommunikation

——————— = verbindliche Kommunikationswege im Rahmen der Gesamtsteuerung

(in Anlehung an Monzer 2018, 57)

Case Management muss nicht den Anspruch haben, alles zu wissen, aber Case Management erleichtert die Kommunikationswege. Case Management über die Kommunikationswege zu implementieren, erfordert zunächst eine zuverlässige und ausreichende Übertragung von Entscheidungskompetenzen durch die verantwortliche Leitung. Die Planung der Einsetzung von Case Manager*innen in die Organisation ist ebenfalls ein gut zu planender Schritt. Es kann zu Machtverschiebungen kommen, wenn Case Management nicht oder nur wenig bekannt ist. Die neue Funktion kann durch eventuelle falsche Vorstellungen als Abwertung und Kritik der bisherigen Praxis aufgefasst werden. Daher sollte in der Implementierungsphase gemeinsam mit der betroffenen Mitarbeiter*in besprochen werden, welche Kommunikationswege verändert oder beibehalten werden sollen. Es gilt bei der Implementierung also auch immer, auf die bestehenden Kommunikationswege Bezug zu nehmen (Monzer 2018, 57-58).
Die Strategie Case Management über „Programme“ einzuführen, ist anspruchsvoll und muss sich im Umgang mit den Ressourcen der Organisation, im Kooperationsverständnis und richtigen Austarieren zwischen Vorschriften und Ermessensspielraum der einzelnen Mitarbeiter beweisen (Monzer 2018, 52). „Case Management sollte entlang von Leistungsprozessen entwickelt werden.“ (Schaufelberger 2011, 230). Neue Steuerungsinstanzen werden durch die Implementierung eingeführt, die sich in der Regel parallel und quer zu den bereits bestehenden Prozessen positionieren. Dies schafft Konkurrenz, Konflikte und Dilemmata für die Verantwortlichen. Aus diesem Grund muss sich Case Management in der Implementierungsphase immer wieder gegen Widerstände rechtfertigen und viele der Schritte gegenüber anderen rechtfertigen. Des Weiteren rücken Prozesse in den Mittelpunkt, die die Beteiligung der Klient*innen und deren Lebenswelt miteinbeziehen, sowie die abgestimmte Zusammenarbeit von Kooperationspartnern. Diese Prozesse ermöglichen und fördern Partizipation und Abstimmung (Monzer 2018, 54).
Durch ein gut überlegtes Verhältnis von Programmen, Qualifizierungen und Kommunikationswegen wird eine gute Voraussetzung für eine gelingende Case Managementimplementierung geschaffen (Monzer 2018,64).

Auch die sachlichen Ressourcen wie Raumbedarf und Instrumente zur Realisierung des Case Management-Regelkreises, gilt es zu klären. Außerdem muss geklärt werden, in welcher Form die Integration des Case Managements in das vorhandene Dokumentationssystem geschieht. Darüber hinaus muss Case Management in das Besprechungswesen der ambulanten Pflege einbezogen werden. Es müssen Zeitressourcen zur Implementierung geschaffen werden und eine Finanzierungsentscheidung vorliegen (Ribbert-Elias 2011, 17).

Es gibt nach Ehlers und Broer (2013) fünf Ebenen des Case Managements bezogen auf die Implementierung.

1. **Individuelle Ebene: Mitarbeiter*in**

Hierbei handelt sich um die einzelne Persönlichkeit der Mitarbeiter*innen, deren individuellen Einstellungen und Haltungen und deren Potenzial für kooperative Beziehungen in der Organisation

2. **Interpersonelle Ebene**: **Zusammenarbeit als Gruppenprozess in einer Abteilung**

Damit sind die Zusammenarbeit und die Abstimmungsprozesse innerhalb der Organisation und zwischen den Organisationen zu verstehen

3. **Strukturelle Ebene: Organisation der Organisationseinheiten**

Unter dieser Ebene versteht man die Gestaltung der allgemeinen Abläufe und die Kommunikation zwischen verschiedenen Abteilungen, die Prägung der Kommunikation und Kooperation durch Regeln, Hierarchien und Organisationskultur.

4. **Interorganisationale Ebene: Vernetzung der Organisation mit anderen Organisationen**

Die Zusammenarbeit von Mitarbeiter*innen aus unterschiedlichen Organisationskulturen und die strukturelle Gestaltung der Kooperation zweier oder auch mehrerer Organisationen.

5. **(Versorgung-) Systemebene: Organisation als Bestandteil einer höheren Emergenzstufe der Versorgungslandschaft**

In dieser Ebene stellen Organisationen als Bestandteil von Versorgungsnetzwerken Leistungen zur Verfügung. Die Versorgungsnetzwerke übersteigen dadurch das Leistungsspektrum der Organisation selbst und setzen sie dennoch voraus. Es stellt sich die Frage, wie Organisationen in dem sie selbst übersteigenden Sinnhorizont erscheint (Ehlers und Broer 2013, 115-116).

In Punkt vier, der Dienstleistungsrealisierung, gilt es das konkrete Verfahren adressatenbezogen festzulegen und umzusetzen. Der Prozess sollte in einer Pilotphase erprobt werden und auch die Kooperationen gilt es, adressatenorientiert zu gestalten (Ribbert-Elias 2011, 18).

In Punkt fünf, der Messung, Analyse und Verbesserung gilt es, das vorhandene Messsystem auf Case Management-Kompatibilität zu prüfen und zu ergänzen. Auch ist es wichtig, das Case Management in das Beschwerde- und Risikomanagement einzubinden und einen Umgang mit Fehlern festzulegen (Ribbert-Elias 2011, 19).

Im letzten Punkt, der Zufriedenheit der Kund*innen, gilt es, die Adressatenzufriedenheit und Wirksamkeit der organisierten Unterstützung systematisch und kontinuierlich zu ermitteln. Daraus sind kontinuierliche Verbesserungen abzuleiten und die wandelnden Kundenanforderungen gilt es zu beachten. Die Ergebnisse müssen in die Managementbewertung und den Geschäftsbericht integriert werden (Ribbert-Elias 2011, 20).
Die nachfolgend erklärten Schritte sind als erste Kategorisierung von Implementierungsentscheidungen zu verstehen. Diese sind für die jeweilige Organisation im weiteren Verlauf zu differenzieren (Monzer 2018, 26).

Abbildung 8 Implementierungsentscheidung im Case Management

Entscheidungs-abschnitte	**Optionen** (auswählen bzw. präferieren)				
Ziele der Case Management Implementierung festlegen	Klient*innen bei der Koordination und Anpassung von Regelhilfen unterstützen	Absicherung von Prozess-abläufen	Wirkungs-optimierung	Organisationen/ Angebots-strukturen anpassen/ent-wickeln	Umsetzung von Gesetzvor-gaben/ ver-ordnungen
Ansiedlung des Case Managements festlegen	Ansiedlung bei einem zentralen Träger	Ansiedlung bei einer Arbeits-gemeinschaft	Ansiedlung bei einem unabhängigen Träger	Ansiedlung bei allen beteiligten Trägern	An-siedelung bei einem Case Management-Team
Reichweite und Breite der Case Management-Implementierung festlegen	externe Organisationen/ große Reichweite	interne Orga-nisationen/ geringe Reichweite	große Vernetzungs-breite	geringe Vernetzungs-breite	
Bestimmung des Steuerungs-anspruchs	benötigte Macht-promotoren (vorrangig - nachrangig)	benötigte Fach-promotoren (vorrangig-nachrrangig)	benötigte Prozess-promotoren (vorrangig-nachrrangig)	benötigte Beziehungs-promotoren (vorrangig-nachrrangig)	
Einflussstrategie festlegen	Durchsetzung des öffentlich-rechtlichen Auftrags	fachlich-konzept-ionelle Entwicklung	konditional programmiert	zweck-programmiert	

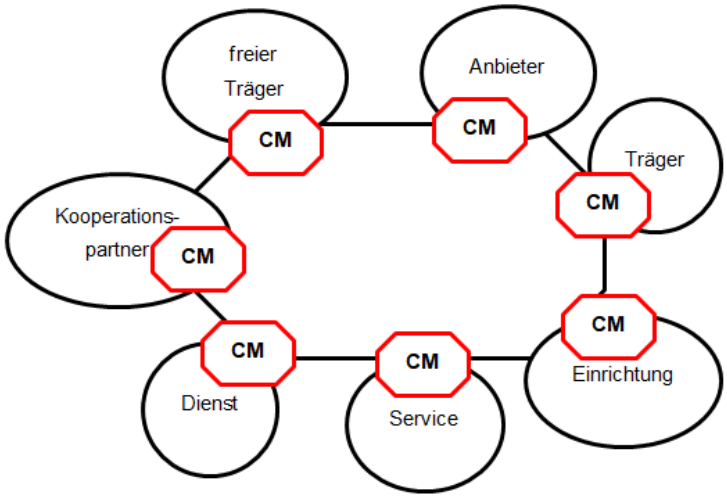
(in Anlehnung an Monzer 2018, 26)

Die in der Abbildung dargestellten Entscheidungsabschnitte werden in der vorliegenden Bachelorarbeit nicht ausführlich beschrieben, da dies den Umfang dieser Arbeit übersteigen würde. Es wird ausschließlich auf den Entscheidungsabschnitt zwei, der Ansiedlung des Case Managements eingegangen, da dies ein zentraler Aspekt zur Implementierung von Case Management in der ambulanten Pflege ist.

Es gibt unterschiedliche Ansätze Case Management anzusiedeln, Ansiedelung von Case Management bei einem zentralen Träger, trägerunabhängiges Case Management, Ansiedelung bei allen Trägern und Diensten, Ansiedelung bei einer Arbeitsgemeinschaft und die Ansiedelung bei einem Case Managementteam. Im Folgenden werden exemplarisch vier dieser Ansätze knapp dargestellt. Das trägerunabhängige Case Management wird außen vorgelassen, da es in der Praxis nur äußerst selten auftritt (Monzer 2018, 31).

Es gibt die Möglichkeit eines dezentralen Trägermodells (Frommelt et al. 2008, 26) oder auch Ansiedelung des Case Managements bei einem Case Managementteam. Diese besondere Form der Zusammenarbeit kennzeichnet sich durch die Schaffung eines neuen Systems in Form eines eigenständigen Case Managementteams (Monzer 2018, 38). Dies bedeutet, es gibt unterschiedliche Leistungsträger mit selbstständigem Case Management in vernetzten Pflegestützpunkten (Frommelt et al. 2008, 26). Die beteiligten Sektoren entsenden einzelne Mitarbeiter*innen in eine neu zu bildende Gruppe. Damit wird die Voraussetzung geschaffen, dass eine Identifikationsfläche entsteht, die sich über das Handlungskonzept Case Management definiert und verhält (Monzer 2018, 38). Die intersektorale Zusammenarbeit würde dadurch befördert werden, andererseits würden die Case Management Funktionen in den sektoralen Zusammenhängen stark eingebunden (Frommelt et al. 2008, 26). Dieses Modell fördert unter den Mitarbeiter*innen eine einheitliche Arbeitsweise, Qualitätssicherung und berufliche Identität. Case Managementteams werden ihre Wirkung vor allem dann entfalten können, wenn sie interdisziplinär aufgestellt sind (Monzer 2018, 39-40).

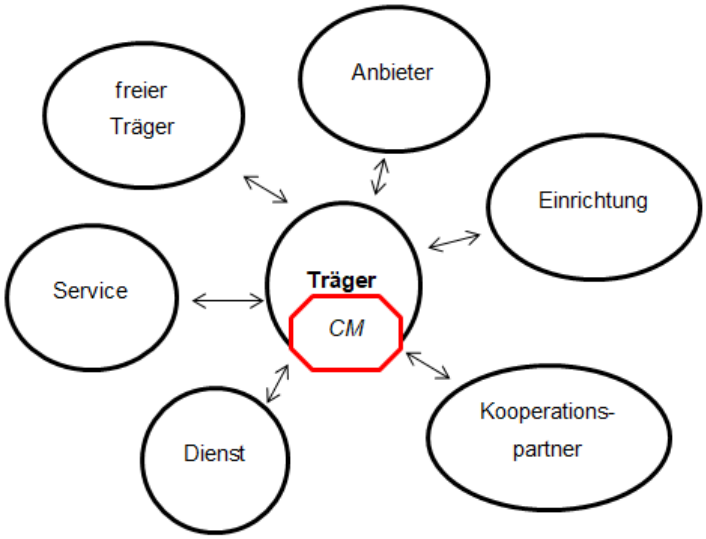
Abbildung 9 Dezentrales Trägermodell



(in Anlehnung an Frommelt et al. 2008, 26 und Monzer 2018, 30)

Ein weiteres Modell ist die Ansiedelung des Case Managements bei einem zentralen Träger.

Abbildung 10 **Zentrales Trägermodell**



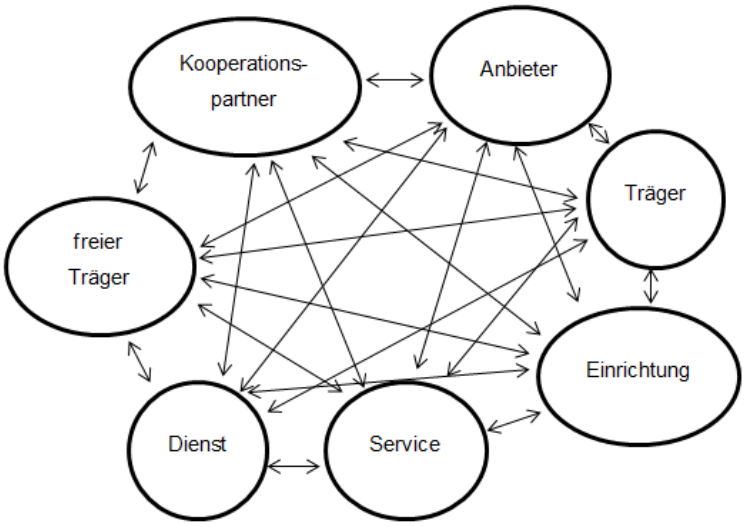
(in Anlehnung an Monzer 2018, 30)

Wie in Abbildung 10 erkennbar ist, wird deutlich, dass diese Position des Case Managements dazu führt, dass die fallbezogenen Informationen in der Regel über den Träger, bzw. dem dort angesiedelten Case Manager*in laufen. Vorteile sind hierbei, dass es ein hohes Maß an Kontrolle und Verbindlichkeit fördert, aber es erschwert andererseits die Kooperationsausbildung von Beziehungen zu anderen Beteiligten und damit die Entwicklung eines aktiven Netzwerkes. Dieses Modell unterstützt die schnelle Einführung des

Handlungskonzeptes, ist jedoch anfällig für die Gefahr, starre Abläufe und vorgegebene Entscheidungen zu begünstigen. Daher wird das Case Management in seiner Funktion eingeschränkt (Monzer 2018, 30-31).

Beim nächsten Implementierungsmodell „Ansiedelung bei allen beteiligten Trägern und Diensten“ dient das Modell als Netzwerk, in dem die Steuerungsfunktion unterschiedlicher Sektoren systematisch im Sinne des Case Managements zusammenarbeiten, Absprachen sowie Kooperationen und Prozesse treffen (Monzer 2018, 33).

Abbildung 11 **Ansiedelung bei allen Trägern und Diensten**

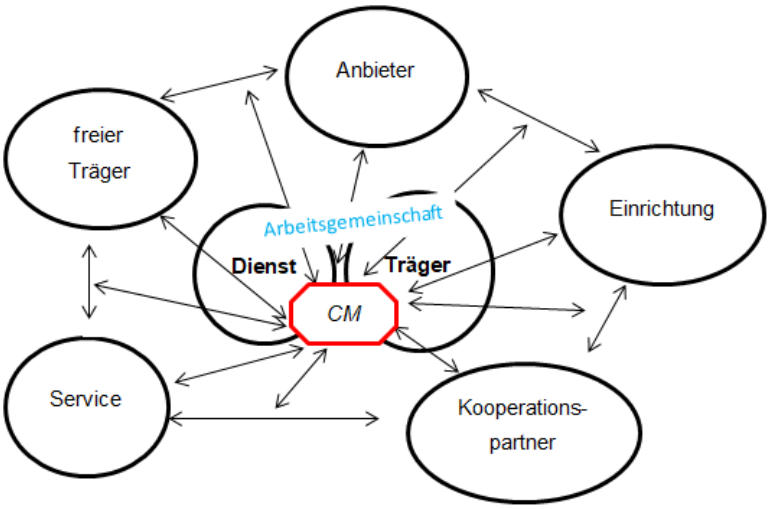


(in Anlehnung an Monzer 2018, 36)

Dieses Modell entwickelt sich aus der täglichen Praxis. Durch die Zusammenarbeit von verschiedenen Akteuren und der Verständigung in einzelnen Fällen, entsteht später eine bewährte Routine aus Verantwortlichkeit, Einsatzschwerpunkten und Kommunikationsregeln. Wird dies mit den Handlungsschritten und Instrumenten des Case Managements verbunden, kann diese Praxis zu einem effektiven Verfahren führen. Der Vorteil dieser Implementierung liegt in der intersektoralen Zusammenarbeit. Jeder Träger muss sich um das Netzwerk kümmern, will er Teil davon sein. Nachteil ist, dass die Abstimmung und Steuerung sehr aufwendig ist, da viele Beziehungen zu berücksichtigen sind. Dadurch entsteht die Gefahr, dass nicht alle notwendigen Informationen und Vereinbarungen an alle Stellen gelangen, an denen sie benötigt werden. Aus diesem Grund wächst die Gefahr der bilateralen Absprachen und der damit verbundenen Intransparenz (Monzer 2018, 34-35).

Das vierte Modell ist die vernetzte Arbeitsgemeinschaft. Dies bedeutet die integrierte Unterstützung unterschiedlicher Leistungsträger und –erbringer durch Case Management in Pflegestützpunkten unter Federführung eines Netzwerkpartners. In diesem Modell besteht die Option, eine zentrale Koordination des Case Managements einzurichten bei Pflegediensten, Kassen oder einem autorisierten Leistungsträger (Frommelt et al. 2008, 27). Als Reaktion auf Verhältnisse mit überschneidenden Zuständigkeiten bilden sich Arbeitsgemeinschaften, bei denen durch eine Fusion Synergieeffekte erreicht werden können. Bei diesem Modell steht vor allem die Erschließung von weitreichenden Ressourcen und neuen Kooperationen im Vordergrund. Da zwei unterschiedliche Kulturen aufeinander bezogen werden, erfordert dieses Modell in der Aufbauphase einen hohen Aufwand und „Opfer“ der Einzelunternehmen, um sich selbst intern zu organisieren (Monzer 2018, 36-37).

Abbildung 12 Vernetzte Arbeitsgemeinschaft



(in Anlehnung an Frommelt et al. 2008, 27 und Monzer 2018, 36)

Bei der Positionierung von Case Management in der Einrichtung gilt es zu beachten, welche Stellung Case Management innerhalb der Organisation hat oder wie die Interdisziplinarität funktioniert. Außerdem gilt es zu prüfen, ob die Case Manager*innen fachlich dazu in der Lage sind, diese komplexe Aufgabe zu übernehmen (Bader 2016, 124).

Case Management ist für pflegebedürftige Menschen nötig, um Ansprüche geltend zu machen und geeignete Ansprüche im Umfeld zu finden. Daher ist eine Vernetzung im Sinne von Case Management notwendig (Heusinger, Hämel und Kümpers 2014, 440).

Bei der Implementierung von Case Management können nicht in jedem Bereich alle Aspekte und nicht stets der höchste Grad an Standardisierung zum Einsatz kommen. Es ist zu prüfen, welche Bestandteile des Case Managements strukturgebend angewandt werden können (Mennemann 2017, 217-218). Wenn das Potenzial Case Management voll ausgeschöpft werden will, muss es sich auf die jeweiligen Handlungsfelder und Klient*innen immer wieder neu einstellen und zielgruppenspezifische Unterstützungsangebote bereitstellen sowie die Beratungsleistung der Klient*innen entsprechend anpassen (Remmel-Faßbender 2012, 52). Ob Klient*innen zur Verfügung gestellten Case Management hin finden, ist davon abhängig, ob die Einrichtung die gesetzlichen Anforderungen umsetzt und die Leistung offensiv und kundenorientiert anbietet (Bader 2016, 22).

Durch die Einführung von Pflegestützpunkten (§ 92c SGB XI) und die Verbesserung der Qualität von Pflegeberatung (§ 7a SGB XI) durch das PfWG 2008/2009 wurde ein weiterer Schritt in Richtung der Implementierung von Case Management gegangen (Mennemann 2017, 219).
Eine sorgfältige Einführung von Case Management inklusive der Qualifizierungsmaßnahmen und das fortlaufende Controlling sind wichtig. Ein Case Management Konzept wird nur dann positive Effekte zeigen, wenn es auf allen Ebenen der Organisation verankert ist. Die Methodenkenntnis und das Engagement der Leitungskräfte sind eine unverzichtbare Bedingung. Bei der Implementierung muss in der Regel der Gestaltungs- und Entscheidungsspielraum der involvierten Fachkräfte deutlich gesteigert werden, und diese Fallverantwortung muss sich organisationsintern in entsprechenden Entscheidungskompetenzen niederschlagen (Schmid und Schu 2017, 266-267). Des Weiteren gilt es, eine Klärung der organisationsspezifischen Umsetzungsweise zu definieren. Es könnten als Beispiel organisationsinterne Projektgruppen bzw. Steuerungsgruppen eingeführt werden oder die Etablierung einer generalistischen Case Management Abteilung. Außerdem sollte geklärt werden, ob das Modell als Pilotprojekt gestartet werden sollte (Ribbert-Elias 2011, 175-176).

Auch werden zur Implementierung Standards benötigt und praxistaugliche Instrumente sowie Dokumentationsmöglichkeiten. Außerdem gilt es, die gesetzlichen Datenschutzregeln zu beachten, die Formulare in einfacher Sprache verfügbar zu machen, das Anbieten von aufsuchender und telefonischer Beratungsmöglichkeit, ein Ansprechpartnersystem und Vertretungsregelungen zu installieren, Beratungsräume zu schaffen, zusätzliche Ausstattung für mobiles Arbeiten zu besorgen, Verfügbarkeit von Wissensdatenbanken und Expert*innen

für besondere Fragestellungen, Evaluation der Case-Management-Fälle, regelmäßige kollegiale Beratung und Supervision und regionale Kooperation für Zuweisungen und Fallübernahmen (Bader 2016, 124-125).

Zusammengefasst lässt sich für die Implementierungsphasen des Case Managements folgendes darstellen.

Tabelle 2: Implementierungsphasen des Case Managements

Vorbereitungsphase (Führung)	Problemdefinition Informationen über Case Management einholen Erfahrungen anderer einholen Case Management für Problemlösung Grundsatzentscheidung zur Implementierung und Reichweite Case Management Anbindung personelle Ressourcen sachliche Ressourcen Finanzierung Prüfung Leitbild + Qualitätspolitik
Projektvorplanung (Führung + Projektsteuerungsgruppe)	Formulierung Projektauftrag Zielformulierung, Meilensteine Projektleitung, Moderation Projektbeteiligte, Mitarbeiterinformation Zeitvorgabe
Projektphase (eingesetzte Projektgruppe)	tiefere Problemanalyse Konzepterstellung, Case Management-Regelkreis Organisationsanpassung Integration ins Qualitätsmanagementsystem notwendige Personalentwicklung mögliche Widerstände Konzeption Pilotphase Aufbereitung und Präsentation der Ergebnisse

(in Anlehnung an Ribbert-Elias 2011, 21-22)

5. Fazit

Im Folgenden werden die zentralen Punkte der vorliegenden Ausarbeitung in Bezug auf die Forschungsfragen und die Zielsetzung der Bachelorarbeit zusammengefasst. Des Weiteren wird ein Ausblick zur weiteren Bearbeitung des Implementierungsmanagements von Case Management geliefert.

5.1 Zusammenfassung

In der vorliegenden Ausarbeitung wurde die ambulante Pflege auf Grundlagen der Bedürfnisse von alten Menschen und dem aktuellen Versorgungsprozess und dessen Probleme untersucht.

Zentrale Aussage der Bedürfnisse von alten Menschen ist, dass die überwiegende Mehrheit ihren Lebensabend gerne in ihrem Zuhause verbringen möchte (Continentale 2016; Höpflinger und Perrig-Chiello). Durch ein gutes soziales Netzwerk wird das Zuhausebleiben von älteren Menschen unterstützt (Hoffmann 2013, 213-214; Höpflinger und Pierrig-Chiello 2012, 285). Betrachtet man an dieser Stelle die Forschungsfrage „Wie gestaltet sich die aktuelle Situation in der ambulanten Pflege hinsichtlich des Versorgungsprozesses?“ kann zum einen gesagt werden, dass die ambulante Pflege Leistungen nach dem SGB V und SGB XI übernimmt. Durch den MDK wird der Antragssteller begutachtet und anschließend wird dieser Antrag durch die Pflegekassen entweder genehmigt oder abgelehnt (Rubin 2009, 15). Die pflegebedürftigen Personen werden nach § 15 SGB XI Pflegegraden zugeordnet. Pflegebedürftige können anschließend nach dem Gesetz vorgeschriebenes Pflegegeld und/oder –leistungen erhalten nach § 36, § 38, § 29, § 41 und § 45b SGB XI. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Pflegebedürftige meist einen komplexen Hilfebedarf haben und dadurch wird eine hohe Koordinationsleistung seitens der ambulanten Pflege benötigen (Schaeffer 2000, 22). Ein weiterer zentraler Punkt ist der Zeitfaktor, da die Tourenplanung eng terminiert ist und meist keine Zeit für die Gespräche mit Pflegebedürftigen und deren Angehörigen vorhanden ist, da auch ein ambulanter Pflegedienst auf Wirtschaftlichkeit ausgerichtet sein muss (Büscher und Horn 2010, 15-16; Gabcke 2018; Schaeffer 2000, 22). Der Versorgungsprozess ist somit durch die gesetzlichen Vorgaben definiert. Diese Forschungsfrage konnte aus den beschriebenen Gründen beantwortet werden.

Die zweite Leitfrage lautet: Welche Implikationen hat das Case Management für die ambulante Pflege? Case Management ist ein fester Bestandteil in jedem Versorgungssektor des Gesundheitswesens, hat seinen Projektstatus fast gänzlich abgelegt und ist in die Regelversorgung übergegangen. Damit verbunden ist ein auf Kooperation angelegter

dynamischer Prozess, in den regelmäßig mehrere Parteien involviert sind. Durch das Case Management verbinden sich dieses Parteien zu einem integrierten Hilfesystem. Mit Hilfe der Koordination werden Probleme durch die beteiligten Personen gelöst und definierte Ergebnisse erreicht. Ziel ist die Qualität der Versorgung sicherzustellen und weiterzuentwickeln (Vosseler 2013, 47; Ewers 2005, 57). Somit lässt sich sagen, dass aus eigener praktischer Sicht Case Management für die ambulante Pflege als beratende, betreuende und koordinierende Funktion von zentraler Bedeutung ist und den Pflegebedürftigen dadurch am besten ganzheitlich unterstützen kann. Die Leitfrage konnte somit beantwortet werden und die Bedeutung von Case Management für die ambulante Pflege konnte zufriedenstellend dargestellt werden.

Die dritte und letzte Forschungsfrage lautet: Ist Case Management ein geeignetes Konzept für die ambulante Pflege, um die Versorgungssituation von Patient*innen sowie deren Angehörigen zu verbessern und durch welche Methoden lässt sich dieses Konzept in die ambulante Pflege integrieren?
Case Management ist nicht für akute Notfälle geeignet, sondern ist eine Verfahrensweise, die in der Regel bei einer Mehrzahl von beteiligten Personen und Diensten bei einer komplexen Problematik mit vernetzten Bedürfnissen relevant ist. Ein professionelles Unterstützungs- und Versorgungsmanagement wird relevant, wenn Einzelmaßnahmen nicht mehr ausreichen. Das Handlungskonzept dient zum einen als methodisches Konzept für die Bewältigung komplexer Problemlagen im Einzelfall, zum anderen wird es als Organisationsentwicklung zur Optimierung von Prozessen eingesetzt (Roller 2015, 44). Für die Klient*innen im Case Management zeigt es sich als „Helfer in der Not“, „wertvolle Begleitung“ oder „das Beste, was mir in dieser schweren Zeit begegnet ist“ (Bader 2016, 126). Die Strukturebene ist schwierig aufzubauen (Mennmann 2017, 229). Des Weiteren sind konzeptionelle Unsicherheiten zu beobachten, da das Konzept der Bezugspflege und das Case Management oft verwechselt werden. Auch werden fall- und versorgungssteuernde Aufgaben nicht sorgfältig voneinander und von klassischen Aufgaben des organisationsbezogenen Pflegemanagements getrennt. Oft werden bestehende Beratungs- und Versorgungsangebote mit einem neuen Label versehen und den Marketinginteressen untergeordnet. An der tatsächlichen Versorgungspraxis ändert sich jedoch meist wenig. Es handelt sich bei der Implementierung von Case Management um eine zentrale Führungsaufgabe, die ein kontinuierliches Engagement verantwortlicher Führungskräfte erfordert (Ewers 2017, 66). Case Management in die ambulante Pflege zu integrieren, ist aus eigener praktischer Sicht durchaus ausnahmslos zu empfehlen. Jedoch sollte die Implementierung exakt geplant sein und alle Mitarbeiter*innen sollten gemeinsam

auf ein gleiches Ziel hinarbeiten. Es gibt nach Ehlers und Boers (2013) fünf Ebenen, um Mitarbeiter*innen in den Entscheidungsprozess der Implementierung miteinzubeziehen: Individuell, strukturell, interpersonell und interorganisational. Diese wurden in Kapitel 4.2 ausführlich beschrieben. Es gilt, ein Kommunikationsnetzwerk zu schaffen, damit die Koordination innerhalb der Organisation funktioniert und auch die (Weiter-) Qualifikation der Mitarbeiter*innen gilt es zu beachten (Monzer 2018, 54-59). Außerdem ist es wichtig, vor der Implementierung von Case Management zu klären, wo Case Management in der Organisation implementiert werden soll, damit der/die Case Manager*in ausreichend Entscheidungs- und Handlungsspielraum hat (Frommelt et al. 2008, 26; Monzer 2018, 30-38). Case Management trägt zur Verbesserung des Qualitätsmanagementsystems bei (Ribbert-Elias 2010, 10). Die Beantwortung der Forschungsfrage konnte somit überwiegend beantwortet werden. In der Literatur fehlen aktuelle Studien und Erfahrungsberichte zur Anwendung von Case Management in der ambulanten Pflege, daher konnten die praktischen Erfahrungswerte nicht analysiert werden. Trotzdem konnte die Forschungsfrage anhand der theoretischen Literatur ausführlich beantwortet werden.

Anhand dieser drei Forschungsfragen sollte untersucht werden, ob das Case Management die Effizienz der ambulanten Pflege steigert. Die Einsatzbereiche des Case Managements sind in Deutschland überwiegend in den Gesetzbüchern normiert (Roller 2015,44). Case Management wird sektorenübergreifend in sämtlichen Versorgungsrahmen angewandt und die Pflegenden haben sich nahezu als wichtigste Instanz für deren Umsetzung etabliert (Ewers 2017, 59). Die deutschsprachige pflegewissenschaftliche Auseinandersetzung mit dem Thema Case Management liegt immer noch weit hinter dem internationalen Stand zurück (Ewers 2017, 66). Zusammenfassend lässt sich aus eigener praktischer Sicht sagen, dass die Implementierung von Case Management die Effizienz steigert und deutliche positive Auswirkungen auf den Versorgungsprozess hat.
Aus eigener praktischen Erfahrung würde die Effizienz des Versorgungsprozesses durch Case Management deutlich verbessert werden und es ist für die Weiterentwicklung der ambulanten Pflege von zentraler Bedeutung. Jedoch wird ein hohes Maß an Organisation, Mitarbeiterbeteiligung und ausreichend Zeit zur Implementierung benötigt. Die Effizienz der Verbesserung der Pflegequalität in der ambulanten Pflege ist schwierig zu messen, da Effizienz durch eine Vielzahl von unterschiedlichen Faktoren gekennzeichnet ist. Das Case Management ist somit ein wichtiger Schritt, um die Qualität der Versorgung der Patient*innen in der ambulanten Pflege zu verbessern.

5.2 Ausblick

Bereits seit Anfang der 90er-Jahre wird Case Management in den Pflege- und Wohnberatungsstellen implementiert, die Aufgabenbereiche und Methoden sind jedoch sehr vielfältig. Es gibt kein einheitliches Bild einer Pflege- und Wohnberatungsstelle, dies hat auch die Einführung von Pflegestützpunkten nicht verändert. Es arbeiten aktuell in Deutschland nur einzelne Stellen nach dem Handlungskonzept des Case Managements auf Einzelfall-, Organisations- und Netzwerkebene (Mennemann 2017, 228). Die Einführung von Case Management geht meist nicht von der Pflege selbst aus, sondern es handelt sich um professionsfremde motivierte Initiativen und Projekte, angestoßen durch Gesetzgeber, Kosten- und Einrichtungsträger oder andere Disziplinen. Daher sind Pflegende meist eher zögerlich bezüglich dieser Innovation und sie können oft eine Umsetzung nur schwierig nachvollziehen (Ewers 2017, 65). Die Leitprinzipien von Case Management, Adressaten-, Ressourcenorientierung und Subsidiarität werden bei einer Implementierung konsequent angewandt. Außerdem ist das Potential von Case Management in der Altenarbeit aufgrund seiner Offenheit und flexiblen Anwendbarkeit noch lange nicht ausgeschöpft (Mennemann 2017, 229). Die zukünftige Entwicklung von Case Management wird davon abhängen, ob es gelingt, eine erfolgreiche Umsetzung in der Praxis zu erreichen. Zur Bewertung des Handlungsansatzes Case Management gilt es nicht nur die negativen Aspekte in den Blick zu nehmen, sondern auch die gelungene Implementierung (Remmel-Fassbender 2012, 42). Nach § 17 Abs. 1a SGB XI wird der Spitzenverband Bund der Pflegekassen unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen bis zum 31. Juli 2018 neue Pflegeberatungsrichtlinien erlassen (Bader 2016,123).

Aus eigener praktischer Erfahrung ist Case Management ein wichtiger Schritt in der ambulanten Pflege, um die Prozesssteuerung zu optimieren, die Zusammenarbeit der einzelnen Berufsgruppen zu fördern und die Qualität der Versorgung der Patient*innen zu verbessern.

Literaturverzeichnis

Abraham I., De Maesschalck L. und Milisen K. „Die Pflege von älteren Menschen: Eine Betrachtung aus der Sicht der professionellen Pflege.“ In *Die Pflege alter Menschen in speziellen Lebenssituationen*, hg. v. Koen Milisen, 3–15. [S.l.]: Springer.

Abt-Zeglin, A. 2005. „Homecare und die Rolle der Pflege.“ In *Homecare: Ein Versorgungskonzept der Zukunft*, hg. v. Oda Hagemaier und Christine von Reibnitz, 155–67. MedizinRecht.de. Heidelberg: Economica.

Amado, Angela N., Mary H. Linz und Patricia McAnally. 1990. „Research Review of Effectiveness of Case Management in the United States.“ In *Case management: Historical, current and future perpectives*, hg. v. Mary H. Linz, Patricia L. McAnally, Colleen A. Wieck und Minnesota D. o. H. Services, 1–20. Cambridge, Mass. Brookline Books.

Aner, Kirsten, Dieter Bogai, Oliver Dilcher, Ursula Engelen-Kefer, Theresa A. Göppert, Veit Hannemann, Franziska Hirschenauer et al. 2015. *Personalentwicklung in der Pflege: Analysen – Herausforderungen – Lösungsansätze*. Hg. v. Uwe Bettig, Mona Frommelt, Martina Roes, Roland Schmidt und Günter Thiele. Gesundheitswesen in der Praxis. Heidelberg: medhochzwei.

Bader, Christiane. 2016. „Wie wird Pflegeberatung zum Case Management.“ *Case Management* (3): 121–26.

Bender, Thomas und Dominik Deimel, Hg. 2013. *Entlassmanagement: Vernetztes Handeln durch Patientenkoordination.* kma-Reader. Stuttgart: Thieme.

Böhm, Karin. 2016. „Gesundheitszustand der Be völkerung und Ressourcen der Gesundheitsversorgung.“ In *Datenreport 2016: Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland*, hg. v. Statistisches Bundesamt und Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, 275–90. Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung.

Brockhaus. „Somatisch.“ Zugriff: 06.05.18. https://brockhaus.de/ecs/enzy/article/somatisch-medizin.

Bruckler, Ingrid. 2013. *Pflege alter Menschen: Ein Lehrbuch für Pflegehilfe und Sozialbetreuungsberufe.* 1. Aufl. Wien: Facultas.wuv.

Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege. „Subsidiaritätsprinzip.“ Zugriff: 6. Mai 2018. http://www.bagfw.de/ueber-uns/freie-wohlfahrtspflege-deutschland/subsidiaritaetsprinzip/.

Büscher, Andreas und Annett Horn. 2010. „Bestandsaufnahme zur Situation in der ambulanten Pflege: Ergebnisse einer Expertenbefragung.“ Zugriff: 30. April 2018. https://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/downloads/ipw-145.pdf.

Continentale. 2016. „Privat Pflegende: Welche Art der Pflege würden Sie für sich selbst bevorzugen?“. Zugriff: 1. April 2018. https://de.statista.com/statistik/daten/studie/608453/umfrage/umfrage-unter-privat-pflegenden-zur-bevorzugten-pflegeart-fuer-sich-selbst/.

Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management. Zugriff: 30. März 2018. https://www.dgcc.de/.

Dörpinghaus, Sabine, Hg. 2008. *Überleitung und Case Management in der Pflege.* Nachdr. der 1. Aufl. von 2004. Schriftenreihe des Deutschen Instituts für Angewandte Pflegeforschung. Hannover: Schlüter. http://www.socialnet.de/rezensionen/isbn.php?isbn=978-3-89993-128-0.

Ehlers, Corinna. 2012. *Beratung und Case-Management: Konzepte und Kompetenzen*. Hg. v. Wolf R. Wendt. Case-Management in der Praxis. Heidelberg: medhochzwei.

Ehlers, Corinna und Wicher Broer. 2013. *Case Management in der Sozialen Arbeit.* 1. Aufl. [S.l.]: Budrich Verlag.

Ewers, Michael. 2017. „Case Management in der Pflege: Traditionen, Initiativen und Perspektiven." In *Case Management in der Entwicklung: Stand und Perspektiven in der Praxis*, hg. v. Peter Löcherbach und Wolf R. Wendt. 3., neu bearbeitete und erweiterte Auflage, 57–71. Case Management in der Praxis. Heidelberg: medhochzwei.

Ewers, Michael und Doris Schaeffer, Hg. 2002. *Ambulant vor stationär: Perspektiven für eine integrierte ambulante Pflege Schwerkranker.* 1. Aufl. Pflegepraxis. Bern: Huber.

Ewers, Michael und Doris Schaeffer, Hg. 2005. *Case Management in Theorie und Praxis.* 2., erg. Aufl. Programmbereich Pflege. Bern: Huber.

Ewers, Michael und Doris Schaeffer. 2005. „Einleitung: Case Management als Innovation im deutschen Sozial- und Gesundheitswesen." In *Case Management in Theorie und Praxis*, hg. v. Michael Ewers und Doris Schaeffer. 2., erg. Aufl., 7–27. Programmbereich Pflege. Bern: Huber.

Franke, Nicole. 2016. *NBA und Pflegegerade: Praxishandbuch für die erfolgreiche Umsetzung im Pflege- und Betreuungsprozess.* Hannover: Vincentz Network.

Frommelt, Mona. 2015. „Case Management im Gesundheitswesen: Ein Rück-und Ausblick anlässlich der Jahrestagung zum 10jährigen Bestehen der Deutschen Fachgesellschaft für Care und Case Management (DGCC)." *Case Management* (135-145).

Frommelt, Mona, Thomas Klie, Peter Löcherbach, Hugo Mennemann, Michael Monzer und Wolf-Rainer Wendt. 2008. *Pflegeberatung, Pflegestützpunkte und das Case Management: Die Aufgaben personen- und familienbezogener Unterstützung bei Pflegebedürftigkeit und ihre Realisierung in der Form der Pflegeversicherung.* Freiburg im Breisgau: Forschung-Entwicklung-Lehre.

Gabcke, Wieland. 2018. „Ambulante Pflege am Limit: Wo hakt es und warum?". Zugriff: 30. April 2018. https://www.ndr.de/nachrichten/niedersachsen/braunschweig_harz_goettingen/Ambulante-Pflege-am-Limit-Wo-hakt-es-und-warum,pflege808.html.

Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Zugriff: 6. Mai 2018. http://www.gbe-bund.de/gbe10/ergebnisse.prc_fid_anzeige?p_fid=8968&p_fund_typ=DEF&p_sprachkz=D&p_prot=3&p_uid=gast&p_aid=88072486.

Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Zugriff: 6. Mai 2018. http://www.gbe-bund.de/gbe10/ergebnisse.prc_fid_anzeige?p_fid=8967&p_fund_typ=DEF&p_sprachkz=D&p_prot=3&p_uid=gastd&p_aid=84656223.

Gesundheitsberichterstattung des Bundes. „Öffentliche Träger." Zugriff: 6. Mai 2018. http://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gast&p_aid=0&p_knoten=FID&p_sprache=D&p_suchstring=8969:Freigemeinn%C3%BFtzige%20Tr%C3%BFger.

GKV Spitzenverband. „Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes nach § 7a Abs. 3 Satz 3 SGB XI zur Anzahl und Qualifikation der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater vom 29. August 2008." Zugriff: 30. März 2018. https://gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/richtlinien__vereinbarungen__formulare/richtlinien_zur_pflegeberatung_und_pflegebeduerftigkeit/2008_-_08-29_Empfehlungen__7a_Abs3.pdf.

Grossmann, Ralph und Kurt Mayer, Hg. 2011. *14 Fallbeispiele für betriebliche Veränderungsprojekte.* 1. Aufl. Schriften zur Gruppen- und Organisationsdynamik 9. Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss.

Grote, Annika und Thiele Heike. 2014. *Rehabilitation.* Stuttgart: Kohlhammer Verlag.

Hackmann, Mathilde. 2016. „Enge Verknüpfung von sozialer Arbeit, Seelsorge und Krankenpflege.“ *Pflegezeitschrift* 69 (9): 525–27.

Hagemaier, Oda und Christine von Reibnitz, Hg. 2005. *Homecare: Ein Versorgungskonzept der Zukunft.* MedizinRecht.de. Heidelberg: Economica.

Hausinger, Josefine, Kerstin Hämel und Susanne Kümpers. 2017. „Hilfe, Pflege und Partizipation im Alter: Zukunft der häuslichen Versorgung bei Pflegebedürftigkeit.“ *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* (5): 439–45.

Heiber, Andreas. 2017. „Die Chancen überwiegen.“ *Häusliche Pflege* (01): 34–36.

Hoffmann, Elke. 2013. „Lebenssituation älterer Menschen.“ In *Datenreport 2013: Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland*, hg. v. Statistisches Bundesamt und Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, 212–26. Bonn: bpb Bundeszentrale für politische Bildung.

Höpflinger, Francois und Pasqualina Perrig-Chiello. 2012. „Zukünftige Entwicklung der informellen und ambulanten Pflege im Alter.“ In *Pflegende Angehörige älterer Menschen: Probleme, Bedürfnisse, Ressourcen und Zusammenarbeit mit der ambulanten Pflege*, hg. v. Pasqualina Perrig-Chiello. 1., Aufl., 275–303. Pflegepraxis. Bern: Huber.

Klug, Wolfgang. 2009. „Case Management im US-amerikanischen Kontext: Anmerkungen zur Bilanz und Folgerungen für die deutsche Sozialarbeit.“ In *Case Management: Fall- und Systemsteuerung in der Sozialen Arbeit ; mit 16 Tabellen*, hg. v. Peter Löcherbach. 4., aktualisierte Auflage, 40–68. Soziale Arbeit. München, Basel: Reinhardt.

Kreutzer, Susanne. 2005. *Vom "Liebesdienst" zum modernen Frauenberuf: Die Reform der Krankenpflege nach 1945.* Reihe Geschichte und Geschlechter 45. Frankfurt: Campus-Verl. Zugl. Berlin, Techn. Univ., Diss., 2003.

Lange, Cornelia. 2011. *Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie "Gesundheit in Deutschland aktuell 2009".* Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Robert-Koch-Inst.

Linz, Mary H., Patricia L. McAnally, Colleen A. Wieck und Minnesota D. o. H. Services, Hg. 1990. *Case management: Historical, current and future perpectives.* Cambridge, Mass. Brookline Books.

Löcherbach, Peter, Hg. 2009. *Case Management: Fall- und Systemsteuerung in der Sozialen Arbeit ; mit 16 Tabellen.* 4., aktualisierte Auflage. Soziale Arbeit. München, Basel: Reinhardt.

Löcherbach, Peter. 2012. „Die Varianzen des Sorgens und Beratens im Case Management.“ In *Beratung und Case-Management: Konzepte und Kompetenzen*, hg. v. Wolf R. Wendt, 151–61. Case-Management in der Praxis. Heidelberg: medhochzwei.

Löcherbach, Peter und Wolf R. Wendt, Hg. 2017. *Case Management in der Entwicklung: Stand und Perspektiven in der Praxis.* 3., neu bearbeitete und erweiterte Auflage. Case Management in der Praxis. Heidelberg: medhochzwei.

Maier, Björn, Tanja Maier und Kai Tybussek. 2017. „Welche Auswirkungen hat die Pflegereform?“. *Pflegezeitschrift* 70 (1): 60–65.

Mennemann, Hugo. 2017. „Case Management in der Altenarbeit: Einblicke in Bewährtes und Ausblicke auf Neues.“ In *Case Management in der Entwicklung: Stand und Perspektiven in der Praxis*, hg. v. Peter Löcherbach und Wolf R. Wendt. 3., neu bearbeitete und erweiterte Auflage, 213–31. Case Management in der Praxis. Heidelberg: medhochzwei.

Milisen, Koen, Hg. *Die Pflege alter Menschen in speziellen Lebenssituationen.* [S.l.]: Springer.

Monzer, Michael. 2013. *Case Management: Grundlagen.* Case Management in der Praxis. Heidelberg: medhochzwei.

Monzer, Michael. 2018. *Case Management Organisation.* Case Management in der Praxis. Heidelberg: medhochzwei.

Moosbrugger, Helfried und Augustin Kelava. 2012. „Qualitätsanforderungen an einen psychologischen Test (Testgütekriterien).“ In *Testtheorie und Fragebogenkonstruktion: Mit 66 Abbildungen und 41 Tabellen*, hg. v. Helfried Moosbrugger und Augustin Kelava. 2., aktualisierte und überarbeitete Auflage, 8–26. Springer-Lehrbuch. Berlin, Heidelberg: Springer.

Moosbrugger, Helfried und Augustin Kelava, Hg. 2012. *Testtheorie und Fragebogenkonstruktion: Mit 66 Abbildungen und 41 Tabellen.* 2., aktualisierte und überarbeitete Auflage. Springer-Lehrbuch. Berlin, Heidelberg: Springer.

Neumaier, Stefan. 2015. „Lokale Verteilung Ambulanter Pflegedienste nach SGB XI in Deutschland auf Basis eines rasterbasierten GIS-Erreichbarkeitsmodell.“ *Thünen Working Paper 47*, 1–81.

Ohnimus, H. und Schellerer S. 2005. „Überleitungsmanagement: Kernaufgabe von Homecare.“ In *Homecare: Ein Versorgungskonzept der Zukunft*, hg. v. Oda Hagemaier und Christine von Reibnitz, 57–75. MedizinRecht.de. Heidelberg: Economica.

Perrig-Chiello, Pasqualina, Hg. 2012. *Pflegende Angehörige älterer Menschen: Probleme, Bedürfnisse, Ressourcen und Zusammenarbeit mit der ambulanten Pflege.* 1., Aufl. Pflegepraxis. Bern: Huber.

Pflegedatenbank. Zugriff: 30. März 2018. https://www.pflegedatenbank.com/branchen/pflege/.

Remmel-Faßbender, Ruth. 2012. *Beratung und Steuerung im Case Management.* 1. Aufl. Schriftenreihe der Katholischen Hochschule Mainz 6. St. Ottilien: EOS-Verl.

Remmel-Faßbender, Ruth, Martin Schmid, Renate Stemmer und Reinhold Wolke. 2017. *Aufgabenverteilung und Versorgungsmanagement im Krankenhaus gestalten: Von erfolgreicher Praxis lernen.* [1. Auflage]. Gesundheitswesen in der Praxis.

Reuschenbach, Bernd. 2011. „Gütekriterien.“ In *Pflegebezogene Assessmentinstrumente: Internationales Handbuch für Pflegeforschung und -praxis*, hg. v. Bernd Reuschenbach, Cornelia Mahler und Elke Ahlsdorf, 57–79. Programmbereich Pflege. Bern: Huber.

Reuschenbach, Bernd, Cornelia Mahler und Elke Ahlsdorf, Hg. 2011. *Pflegebezogene Assessmentinstrumente: Internationales Handbuch Für Pflegeforschung Und -Praxis.* Programmbereich Pflege. Bern: Huber. http://www.socialnet.de/rezensionen/isbn.php?isbn=978-3-456-84498-5.

Ribbert-Elias, Jürgen. 2011. „Case Management als Organisationsaufgabe: Jahrestagung der DGCC.“ 1. Juli 2011. Zugriff: 27. April 2018. https://www.dgcc.de/wp-content/uploads/2013/05/DGCC_2011_ribbert_elias_vortrag.pdf.

Richter, Ronald. Die neue soziale Pflegeversicherung-PSG I, II und III:Pflegebegriffe, Vergütungen, Potenziale: Nomos Verlagsgesellschaft.

Roller, Andrea. 2015. *Studienbrief: Case Management in der Integrierten Versorgung.* 3.Auflage. Hamburg: Hamburger Fern-Hochschule.

Rubin, Yvonne. 2009. *Die ambulante pflegerische Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland unter Betrachtung des Bielefelder Modells als quartiersnahe Versorgungsform.* Hamburg: Diplomica-Verl.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. 2012. „Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer

Gesundheitsversorgung: Sondergutachten 2012.“ Kurzfassung. Zugriff: 24. April 2018. http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2012/GA2012_Kurzfassung.pdf.

Schaeffer, Doris. 2000. „Care Management: Pflegewissenschaftliche Überlegungen zu einem aktuellen Thema.“ Zugriff: 5. April 2018. https://www.researchgate.net/profile/Doris_Schaeffer/publication/12425093_Management_and_care_of_severely_ill_patients_in_ambulatory_care_nursing--results_of_an_evaluation_study/links/547467d70cf29afed60f7bea/Management-and-care-of-severely-ill-patients-in-ambulatory-care-nursing--results-of-an-evaluation-study.pdf.

Schaeffer, Doris. 2002. „Ambulante Schwerkrankenpflege: Entwicklungen und Herausforderungenin Deutschland.“ In *Ambulant vor stationär: Perspektiven für eine integrierte ambulante Pflege Schwerkranker*, hg. v. Michael Ewers und Doris Schaeffer. 1. Aufl., 17–44. Pflegepraxis. Bern: Huber.

Schaufelberger, Daniel. 2011. „Einführung von Case Management–Veränderungen in und zwischen Organisationen: Entwicklung, Implementierung und betriebliche Verankerung von Case Management am Beispiel einer Versicherung.“ In *14 Fallbeispiele für betriebliche Veränderungsprojekte*, hg. v. Ralph Grossmann und Kurt Mayer. 1. Aufl., 218–31. Schriften zur Gruppen- und Organisationsdynamik 9. Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss.

Schmid, Martin und Martina Schu. 2017. „Forschung zu Case Management: Stand und Perspektiven.“ In *Case Management in der Entwicklung: Stand und Perspektiven in der Praxis*, hg. v. Peter Löcherbach und Wolf R. Wendt. 3., neu bearbeitete und erweiterte Auflage, 255–70. Case Management in der Praxis. Heidelberg: medhochzwei.

Schmidbaur, Marianne. 2002. *Vom "Lazaruskreuz" zu "Pflege aktuell": Professionalisierungsdiskurse in der deutschen Krankenpflege 1903 - 2000.* Frankfurter feministische Texte Sozialwissenschaften 3. Königstein/Taunus: Helmer. Zugl. Frankfurt am Main, Univ., Diss., 2000.

Schmidt, Simone. 2016. *Das QM-Handbuch: Qualitätsmanagement für die ambulante Pflege.* 3., aktualisierte u. erw. Aufl. 2016. Berlin: Springer

Scholz, Rembrandt. 2016. „Demografischer Wandel: Sterblichkeit und Hochaltrigkeit.“ In *Datenreport 2016: Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland*, hg. v. Statistisches Bundesamt und Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, 28–34. Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung.

Specht-Tomann, Monika. 2015. *Ganzheitliche Pflege von alten Menschen: Mit 25 Abbildungen.* Berlin: Springer.

Statistisches Bundesamt. „Glossar: Ambulante Pflegedienste.“ Zugriff: 29. März 2018. https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Glossar/AmbulantePflegedienste.html;jsessionid=D4BBEC325715A0DB51C861E212D66F84.InternetLive2?view=getColorboxEntry.

Statistisches Bundesamt. 2017. „Anzahl von Pflegeheimen und ambulanten Pflegediensten in Deutschland in den Jahren 1999 bis 2015.“ Zugriff: 1. April 2018. https://de.statista.com/statistik/daten/studie/2729/umfrage/anzahl-der-pflegeheime-und-ambulanten-pflegedienste-seit-1999/.

Statistisches Bundesamt. 2018. Zugriff: 29. März 2018. https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Pflege/Pflege.html.

Statistisches Bundesamt und Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Hg. 2013. *Datenreport 2013: Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland.* Bonn: bpb Bundeszentrale für politische Bildung.

Statistisches Bundesamt und Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Hg. 2016. *Datenreport 2016: Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland*. Bundeszentrale für politische Bildung.

TÜV Süd. „DIN EN 15224: Europäische Norm für QM-Systeme im Gesundheitswesen." Zugriff: 30. März 2018. https://www.tuev-sued.de/management-systeme/gesundheitswesen/din-en-15224.

Vereinigung der Bayrischen Wirtschaft e.v. 2012. „Pflegelandschaft 2030: Eine Studie der Prognos AG." Zugriff: 30. März 2018. https://www.prognos.com/fileadmin/pdf/publikationsdatenbank/121000_Prognos_vbw_Pflegelandschaft_2030.pdf.

Voshage, Peter. 2015. „Die Geschichte der ambulanten Pflege." Zugriff: 4. April 2018. https://www.pflegemarkt.com/2015/04/02/die-geschichte-der-ambulanten-pflege/.

Vosseler, Birgit. 2013. „Case Management als methodischer Ansatz im Entlassmanagement." In *Entlassmanagement: Vernetztes Handeln durch Patientenkoordination*, hg. v. Thomas Bender und Dominik Deimel, 46–58. kma-Reader. Stuttgart: Thieme.

Wendt, Wolf R. 2009. „Case Management: Stand und Positionen in der Bundesrepublik." In *Case Management: Fall- und Systemsteuerung in der Sozialen Arbeit ; mit 16 Tabellen*, hg. v. Peter Löcherbach. 4., aktualisierte Auflage, 14–39. Soziale Arbeit. München, Basel: Reinhardt.

Wendt, Wolf R. 2015. *Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen: Eine Einführung.* 6., überarb. und erw. Aufl. Freiburg im Breisgau: Lambertus. http://content-select.com/index.php?id=bib_view&ean=9783784126975.

Wissert, Michael. 2011. „Tools und Werkzeuge beim Case Management: Grundfunktionen des Case Managements." Support Funktion. *Case Management* 8 (2): 85–89.

Wüest & Partner. 2018. „Anzahl der Pflegebedürftigen in Deutschland nach Pflegeart im Zeitraum der Jahre von 2013 bis 2030." Zugriff: 7. Mai 2018. https://de.statista.com/statistik/daten/studie/556688/umfrage/prognostizierte-anzahl-der-pflegebeduerftigen-in-deutschland-nach-pflegeart/.

Zander, Karen. 2005. „Case Management, klinische Pfade und Care Maps®: Stand der Entwicklung und Diskussion in den USA." In *Case Management in Theorie und Praxis*, hg. v. Michael Ewers und Doris Schaeffer. 2., erg. Aufl., 91–115. Programmbereich Pflege. Bern: Huber.

Erklärung

Hiermit versichere ich gemäß § 28 der Studien- und Prüfungsverordnung der Hochschule Esslingen – Fakultät Soziale Arbeit, Gesundheit und Pflege, dass ich diese Bachelorarbeit selbstständig verfasst und keine anderen als angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe.

Esslingen, den _____ _____
(Datum) (Unterschrift)