

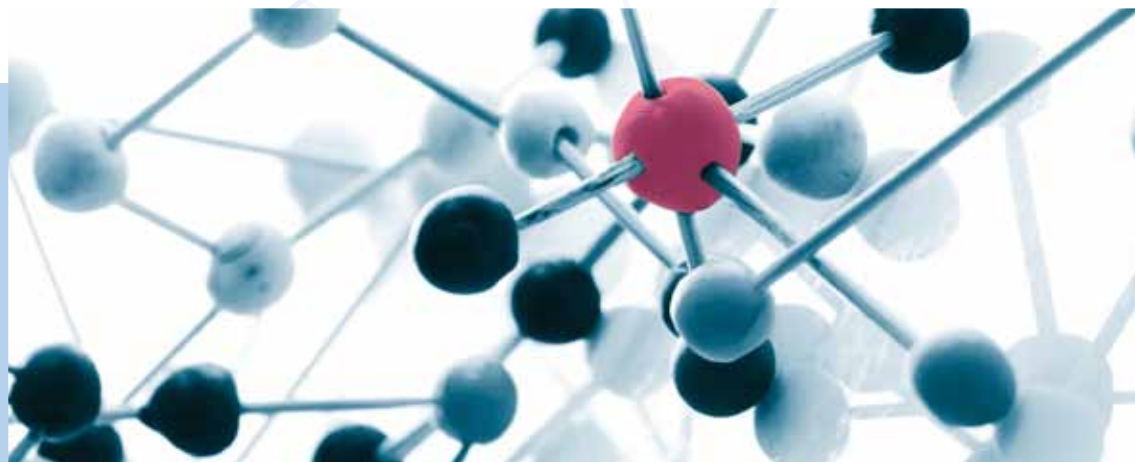
Case Management

ISSN 1861-0102
7. Jahrgang

April 2010

Sonderheft Soziale Arbeit

- _Pro und Contra Case Management
- _Aus- und Weiterbildung im CM für Sozialarbeiter/innen
- _Systemsteuerung in der Sozialen Pflege
- _Schnittstelle Pflege
- _Praxisbeispiele aus der Jugendhilfe, der Suchthilfe und der Hilfe für Menschen mit Demenz



Der Case Management-Ansatz für die Indikation Demenz im Modellvorhaben LOTTA

Hartmut Emme von der Ahe/Marco Mehwald

Nach Knesebeck u. a. gibt es in der Versorgung im höheren Lebensalter drei große Herausforderungen: die Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung, die bedürfnisgerechte Koordination und Vernetzung von Versorgungsleistungen mit Hilfe des Case und Care Management-Ansatzes und eine verbesserte Demenzversorgung durch Frühdiagnostik und spezialisierte Beratungsstellen.¹ Einige Initiativen und Autoren haben sich mittlerweile mit dem methodischen Anforderungsprofil eines Case Management für die Indikation Demenz auseinandergesetzt.² Unstrittig ist, dass im Beratungsfeld Demenz methodische Anleihen beim Arbeitsansatz des Case Managements regelhaft erfolgen, ohne dass der Regelkreis des Case Managements zur Anwendung käme oder bei den Beratenden eine einschlägige Qualifikation vorliegt. Als wirklich innovativ gelten kann allerdings immer noch der systematische Brückenschlag der sozialen bzw. pflegeberaterischen Arbeit zur Medizin im Handlungsfeld Demenz, denn auch die leistungsrechtliche Absicherung der Pflegeberatung im §7a SBG XI klammert diese Systemverschränkung noch aus.

Ein CM-basierter Arbeitsansatz, der auch schon den Brückenschlag zum Hausarzt mit beinhaltet,³ wurde von 2003-2006 auch im Kreis Minden-Lübbecke durch den Trägerverbund Demenz entwickelt: die „Bedarfsorientierte Unterstützung bei Demenz“ (BUDe). Der Arbeitsansatz greift auf das Phasenmodell des Case Managements zurück und gestaltet es indikationspezifisch aus. BUDe ist ein einheitlicher Beratungsstandard für die Indikation Demenz. In Abhängigkeit von der erzielten Beratungstiefe waren in den Beratungen im Trägerverbund Demenz drei Beratungsinterventionen unterscheidbar:

- einsteigend in das Handlungsfeld: Informationsvermittlung,
- darauf aufbauend: das Angebot der psychosozialen Beratung oder
- darauf aufbauend: der Arbeitsansatz des Unterstützungsmanagements.

Um bedürfnisorientiert und organisiert handeln zu können, wurden von Beginn an Elemente aus dem Case Management angewendet. Die Beratungsarbeit hat vier „Produkte“ hervorgebracht, die auch als Grundlage für die Entwicklung des Modellvorhabens LOTTA – Ambulante Basisversorgung im Lotsentandem – gelten können und dort Berücksichtigung finden:

- die Entwicklung von Indikationen bzw. Indikatoren für unterschiedliche Beratungsintensitäten,
- ein Leistungsverzeichnis für das „Unterstützungsmanagement“ (BUDe),
- eine probeweise Leistungserfassung über ein Beratungsquartal (1.2006) und
- Leitprinzipien für die Arbeit mit dem Unterstützungsmanagement auf der Systemebene.

An dieser Stelle kann auf diese (Zwischen-) Ergebnisse nur ansatzweise eingegangen werden, aber sie sind teils online verfügbar.⁴

Indikationsstellung für ein Unterstützungsmanagement bei Demenz

Je nach Bedarf der Ratsuchenden wird nach BUDe schwerpunktmäßig Informationsvermittlung, Psychosoziale Beratung oder auch ein Unterstützungsmanagement erbracht. Als Indikationsstellung für den

Einsatz des Unterstützungsmanagements bei Demenz können heute rückblickend genannt werden:

1. Schon die Erkrankung selbst kann als komplexe Problemlage begriffen werden, da die Entwicklungsdynamik der Erkrankung durch Laien regelhaft unterschätzt wird und das krankheitsspezifische Abhängigkeitsverhältnis eine hohe familiäre Belastung hervorruft. Bei den Erkrankten wie den Angehörigen handelt es sich um Risikopatienten.
2. Indirekte, familiäre Problemlösungsstrategien greifen zu kurz und/oder die dauerhafte Substitution eines Mangels an Klärungsfähigkeit im Familiensystem ist zu kompensieren. Insbesondere für die Menschen mit Demenz sind die Case Manager/innen bei Bedarf auch gegenüber dem eigenen familiären Umfeld anwaltschaftlich tätig. Ein CM-Ansatz bei Demenz hat immer diese „Doppelklientenschaft“ zu berücksichtigen.
3. Die Verschränkung von Medizin und Pflege sowie die Nutzung von Pflegemotorien (zeitliche Freiräume für die Pflegeperson) erfordert das Management von Hilfen bei vorhandener oder erwartbarer hoher Akteursdichte mit Abstimmungsbedarf; letztere auch zwischen verschiedenen Professionen, je weiter die Erkrankung vorangeschritten ist.

1 Knesebeck et al., 2006, S. 167-174.

2 Dazu zählen: Weber & Oppl, 1997; Klingenberg et al., 2001; Zbikowski, 2003; Kuhlmann, 2005; Emme von der Ahe et al., 2009; Mehwald, 2009.

3 Vgl. http://www.aok-presse.de/aok/termine/preis/index_11297.html.

4 Siehe zu den einzelnen „Produkten“ auch vertiefend unter www.projekt-lotta.de.

Leistungsverzeichnis zur Bedarfsorientierten Unterstützung bei Demenz (BUDe)

Zur Sicherstellung der häuslichen Versorgung „kommt es auf ein rechtzeitiges und umfassendes Assessment unter Einbeziehung von Angehörigen und auf eine mit den Beteiligten abgestimmten Hilfeplanung an, und zwar vor Inanspruchnahme einzelner Dienste. Pflegefachdienste mit einem breiten Leistungsangebot wenden das Case Management an, um ihre Leistungserbringung mit den Nutzern fortlaufend abzustimmen und um die Qualität der Pflege anforderungsgerecht und kosteneffizient zu sichern.“⁵ Diese fortlaufende Anpassung ist insbesondere im Hinblick auf den progressiven Krankheitsverlauf der dementiellen Erkrankungen notwendig und führt damit automatisch zur „Problematik des Fallabschlusses“⁶. Der Krankheitsverlauf und die Lebenslagen von Menschen mit Demenz und ihren pflegenden Angehörigen führen für diese täglich zu starken physischen und psychischen Belastungen. Die zunehmende Hilfebedürftigkeit und der fortschreitende Verlust der alltagspraktischen Fähigkeiten haben einen zunehmenden Bedarf an Unterstützung von außen zur Folge. Zur Beratung und Unterstützung hat sich hier der auch in der Bedarfsorientierten Unterstützung bei Demenz (BUDe) angewandte Ansatz des Unterstützungsmanagements nach Wissert (2001) bewährt.⁷

Das Leistungsverzeichnis zu BUDe ist ein Struktur- und Prozessstandard, der die Beratungstätigkeit auf der Klientenebene beschreibt. Dieser Leistungskatalog wurde im Jahr 2005 entwickelt und erprobt. Mehwald (2009) hat dann in einem kritischen Vergleich des Phasenmodells in BUDe mit dem Case Management-Phasenmodell den CM-Regelkreis gemäß den Empfehlungen der DGCC⁸ in BUDe deutlicher herausgearbeitet. Im Rahmen dieser Arbeit wurde der BUDe-Leistungskatalog dann auf das Modellvorhaben LOTTA abgestimmt. Hier wird eine Übersicht der Leistungsphasen wiedergegeben:

1. Zugang, Vorfeldklärung und Beziehungsaufbau

2. Assessmentphase
3. Hilfeplanerstellung
4. Linking
5. Unterstützungsleistungen
 - 5.1 Direkte, auch zugehende Hilfen für Betroffene und soziales Umfeld
 - 5.2 Indirekte Hilfen: Sicherstellungsaufträge
 - 5.3 Krisenintervention und Fallbesprechung
6. Monitoring
7. Fallabschluss und Evaluation

Der/die Fachberater/in übernimmt innerhalb der Bedarfsorientierten Unterstützung bei Demenz (BUDe) eine erweiterte Funktion. Er/sie ist zum einen Case oder Unterstützungs-Manager/in, zum anderen übernimmt er/sie auch Aufgaben der Leistungserbringung (Phase 5). Innerhalb von BUDe werden diese Aufgaben in den Leistungsbereichen Direkte Hilfen beschrieben und umfassen die Leistungsgruppen:

- Emotionale Unterstützung und Entlastung in Familie und Umfeld⁹
- Vermeidung sozialer Isolation
- Vermeidung von Überforderungssituationen bei den Angehörigen
- Überwindung/Linderung/Vermeidung von Fähigkeitsstörungen
- Tagesstrukturierung
- Training von Alltagsfertigkeiten
- Sicherung der rechtlichen Existenz
- Grundsicherung und ergänzende Leistungen
- Pflege – und Betreuungskosten
- Umgang mit Krisen und Berücksichtigung sozialer Stressoren
- Gewährleistung von Kontinuität und Kompatibilität der bisherigen Behandlung

Ziel dieser erweiterten Funktion war die schnelle Umsetzung direkter Hilfen für die pflegenden Angehörigen und Menschen mit Demenz, die oftmals erst in hoch belasteten Situationen den Kontakt zu den Fachberater/innen aufnehmen und mühsam Vertrauen aufbauten. Der/die professionelle Patientenbegleiter/in übernimmt also in BUDe neben den Case Management-Leistungen auch mit einer weitergehenden Support-Funktion Unterstützungsleistungen. Wie im Modellvorhaben HALMA hatte sich auch bei BUDe

herausgestellt, dass die „Funktion des primären Therapeuten“¹⁰ zum Leistungsumfang des Case Managers gehört, obwohl es dem Case Management-Regelkreis genuin nicht zuzuordnen ist.¹¹

Leistungserfassung über ein Beratungsquartal im Jahr 2006

Im Jahr 2006 wurde von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im Trägerverbund Demenz über ein Quartal erfasst, mit welchem Anteil die drei Beratungsinterventionen im Arbeitsalltag vorkommen. Diese Leistungserfassung im Beobachtungsquartal konnte 181 Klient/innen (in 539 Kontakten) einbeziehen. 21% riefen „nur“ Informationen (Kürzel I) ab, 19 % nutzten eine längerfristige psychosoziale Beratung (Kürzel P) und 60 % erhielten ein Unterstützungsmanagement (Kürzel U). Diese Verteilung bestätigte die Vermutung, dass Betreuende von Menschen mit Demenz einen hohen Bedarf nach Unterstützungsmanagement haben bzw. ihn über die Dauer der Beratungsbeziehung entwickeln.

Die Anzahl der Kontakte pro Klient/in bestätigt die Indikatoren für die Abgrenzung der Beratungen. In der Kategorie I kam es nur bei 10 Klient/innen zu Wiederholungskontakten, während es im Quartal in den Kategorien P und U zu durchschnittlich 2,86 bzw. 3,62 Kontakten zu jedem Klienten kam. Deutlich fallen auch die Gesamt- und Durchschnittsberatungszeiten pro Klient/in aus. Während die Informations-Klient/innen im Durchschnitt 43 Minuten beraten wurden, lagen die Beratungszeiten in der Kategorie P bei 144 Minuten und in der Kategorie U bei 196

5 Wendt, 2005, S. 25.

6 Siehe dazu unten S. 7.

7 Wissert, 2001, S. 231ff.

8 DGCC AG Essentials, 2008, S. 6f. und 16-43.

9 Die große Bedeutung dieser Leistung wurde auch bei Emme von der Ahe, 2009, S. 155ff. beschrieben.

10 Vgl. dazu auch Wendt, 2001, S. 104.

11 Vgl. zur kritischen Auseinandersetzung, ob ein/e Case Manager/in auch direkte Aufgaben übernehmen sollte Renshaw, 1991, S. 13ff.

	Kat I		Kat P		Kat U		Gesamt	
Anzahl Klient/innen	38	21,00 %	35	19,34 %	108	59,66 %	181	100 %
Erstclient/innen	20	26,67 %	13	17,33 %	42	56,00 %	75	100 %
Fortsetzungsklient/innen	18	16,98 %	22	20,75 %	66	62,27 %	106	100 %
Anzahl Kontakte	48	8,91 %	100	18,55 %	391	72,54 %	539	100 %
Kontakte pro Klient/in	1,26		2,86		3,62		2,98	
Beratungszeit (incl. Fahrt) in min.	1635 (110)	5,86 %	5030 (665)	18,04 %	21217 (3325)	76,10 %	27882	100 %
Durchschnitt pro Klient/in in min.	43,02		143,70		196,45		154,04	
Durchschnitt pro Kontakt in min	34,06		50,30		54,26		51,73	

Grafik 1: Gesamtberatungen und Beratungszeiten nach BUDe (Quartal I /2006)¹²

Minuten im Quartal. Die durchschnittliche Beratungszeit pro Kontakt in den Kategorien P und U unterschieden sich nur unwesentlich und lagen bei knapp über 50 Minuten pro Kontakt.

Neben der anspruchsvollen Intervention auf der Klientenebene erschwert bislang der „unzureichende Grad der Systementwicklung“¹³ des Gesundheits- und Sozialwesens eine effektive Hilfeerbringung für die Zielgruppe. Zur Überwindung dieser Problematik wurde die „Ambulante Basisversorgung Demenz im Lotsentandem“ entwickelt und seit Mai 2009 mit wissenschaftlicher Begleitung durch die KFH Mainz im Rahmen des BMBF-Förderprogramms SILQUA-FH modellhaft erprobt.¹⁴ Im Rahmen dieses Projektes wird auch der Frage nachgegangen, wie auf der Systemebene bzw. im Ressourcensystem eine verbindliche, sektorübergreifende und indikationsspezifische Kooperation und Koordination von Akteuren, insbesondere eine abgestimmte Leistungserbringung zwischen dem behandelnden Hausarzt

und der Patient/innenberatung erreicht werden kann.

Der Hausarztansatz im Modellvorhaben LOTTA

Nach den Erkenntnissen des Projekts Ambulantes gerontologisches Team ist es insbesondere aus Patienten- und Angehörigensicht vorteilhaft, wenn „die Verantwortlichkeit der verschiedenen patientenbegleitenden Aufgaben in einer Person, die außerdem in engem Kontakt mit dem Hausarzt steht“¹⁵ zusammenfällt. Als Vorteile werden hier genannt:

- eine zentrale Ansprechperson ist besser als viele unterschiedliche,
- einmal Vertrauen aufbauen ist besser als sich mehrfach überwinden zu müssen; und es gibt weniger Missverständnisse, Fehlgespräche und auch weniger als widersprüchlich erlebte Aussagen.

„Das Spezifikum von PAGT im Vergleich zu anderen in den letzten Jahren durch-

geführten Case Management-Projekten ist der gewählte **Hausarztansatz**.“¹⁶ Dieser Ansatz wird im Modellvorhaben „Ambulante Basisversorgung Demenz im Lotsentandem – LOTTA“ auf die Indikation Demenz übertragen. Grundsätzlich ist die zentrale Rolle des Hausarztes bei der ambulanten Patientenversorgung von Menschen mit Demenz nicht zu leugnen. Vielmehr kommt ihm eine Schlüsselrolle zu, und das Hausarztmodell bildet nach bisherigen Erkenntnissen eine sinnvolle Grundlage für ein Case Management bei Demenz. Somit stellt sich vordringlich die Frage, wie es zu einer fruchtbaren Ausgestaltung der Kooperation zwischen ärztlichen und nicht-ärztlichen Akteuren in einem Case Management bei Demenz kommen kann. Wessels¹⁷ diskutiert dazu zwei Kooperationsmodelle mit dem Hausarzt: Unterstützungsmanager/innen als Angestellte des Hausarztes und als selbständige Partner/innen des Hausarztes. Frommelt bilanziert für die praktische Arbeit im hausarztinduzierten Case Management im IV-Vertrag in Nürnberg:

„Auch wenn die Funktion der Ärztinnen und Ärzte als Verantwortliche für den Heilungsprozess eindeutig ist, haben die Case-Managerinnen einen großen Verantwortungsbereich und treten bei der Arbeit mit den Patientinnen und Patienten als gleichberechtigte Partnerinnen auf.“¹⁸

Im Modellvorhaben „Ambulante Basisversorgung Demenz im Lotsentandem – LOTTA“ wird davon ausgegangen, dass eine lückenlose ambulante Versorgungskette nur entstehen kann, wenn sich Patientenbegleitung und Hausarzt auf Augenhöhe begegnen und miteinander kooperieren. Dem Hausarzt als dem Lotsen im Gesundheitswesen wird eine Patientenbegleitung als Lotse im Sozialwesen an die Seite ge-

¹² Mehwald, 2009, S. 18.

¹³ Schulte, 2004, S. 241.

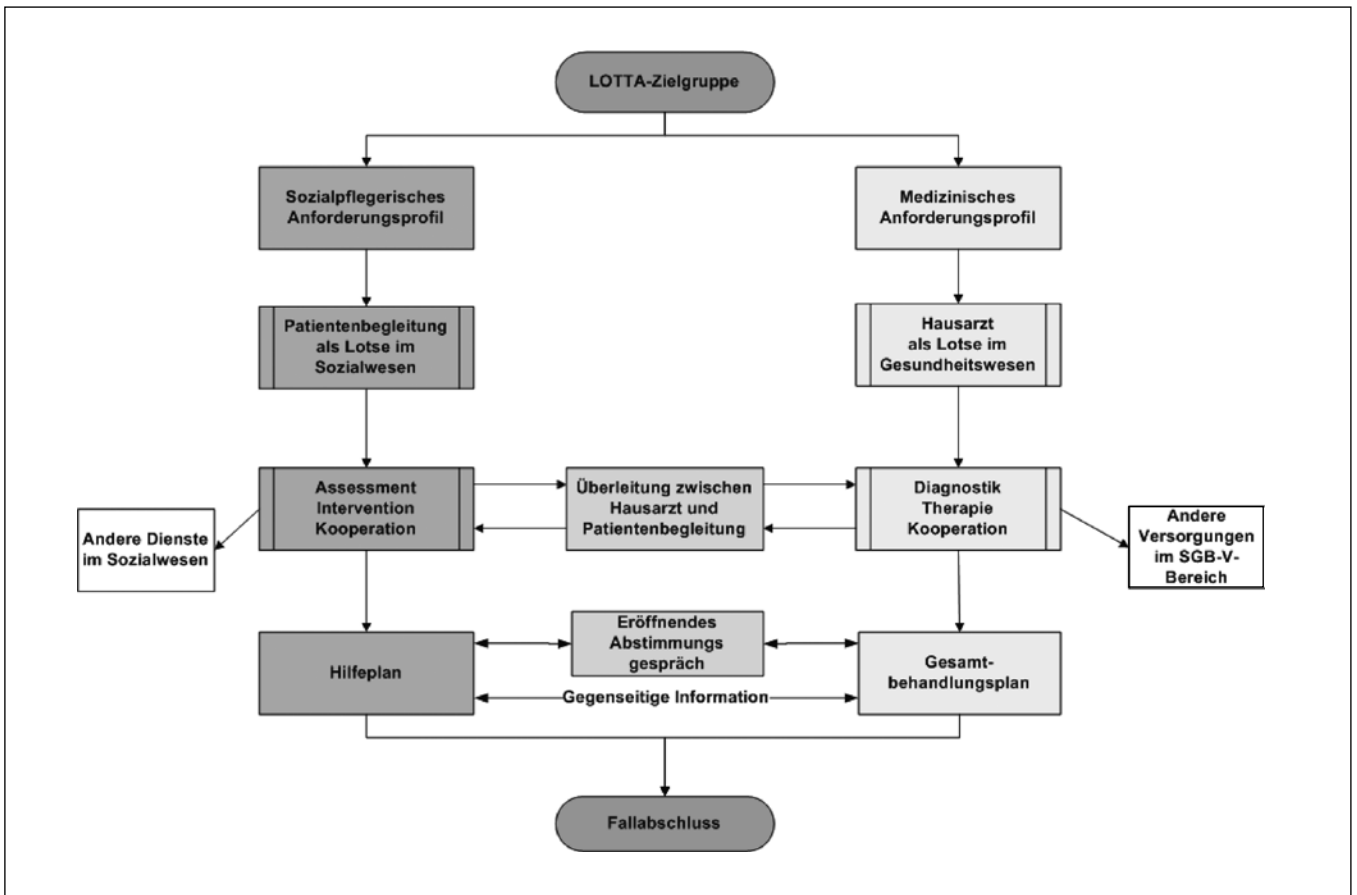
¹⁴ Knesebeck et al., 2006, S. 171.

¹⁵ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2002, S. 207.

¹⁶ Ebenda, S. 202.

¹⁷ Wessels, 2004, S. 60ff.

¹⁸ Frommelt, 2009, S. 155.



Grafik 2: Interdisziplinärer Versorgungspfad – Basispfad

stellt, die nach dem Case Management-Ansatz arbeitet.

In LOTTA drückt sich die gleichwertige Zuordnung und Rolle der beiden Lotsen im gleichförmigen, parallelen Verlauf des interdisziplinären Versorgungspfades der Patient/innen aus:

Der hier abgebildete **Basispfad** ist in insgesamt vier Kernprozesse und zwei additive Prozesse gegliedert.¹⁹ Auf der Systemebene des Modellvorhabens initiiert, pflegt und evaluiert das Netzwerkmanagement die standardisierten Kooperations- und Koordinationsstrukturen. Die zentrale fallbezogene Hilfeplanabstimmung und Koordination der Hilfen zwischen den beiden Lotsen findet im Rahmen einer initialisierenden Fallkonferenz, dem gemeinsamen Abstimmungsgespräch statt. Im weiteren Prozess informieren sich die Lotsen gegenseitig über die je eigenen Versorgungsanteile. Ein übergreifender Gesamtbehandlungsplan besteht nicht, jeder Lotse verantwortlich sein Handlungsfeld.

Das Instrument „Logbuch Demenz“ und der „neue“ Fallabschluss bei LOTTA

Im Konzept zum Modellvorhaben LOTTA wurde die Einführung eines Gesundheitspass Demenz verankert. Diese Planung begründete sich in den Beratungserfahrungen der zurückliegenden Jahre im Trägerverbund Demenz. Die Einführung des Kommunikationsinstruments *Logbuch Demenz* greift Bedürfnisse aller Akteure auf: für die Familien sortiert es das „Chaos an Formalitäten“, für die Beraterinnen und Berater transportiert und sichert es das nötige Wissen zum Fall, und für weitere Akteure bietet es eine Fundgrube zum Verständnis der Betreuungs- und Pflegesituation.

Für die meisten Beratungsfamilien ist es enorm schwer, sich neben der eigentlichen direkten Pflegeaufgabe auch noch der umfassenden Sicherung aller Lebensbereiche des/der Erkrankten zu widmen und die dafür nötige Systemkompetenz zu entwickeln. Die Bewältigungsarbeit der Fa-

milie ist also primär auf die Ausgestaltung der direkten Pflegebeziehung gerichtet, und eine weitergehende fachpflegerische und auch sozialrechtliche Kompetenz muss durchgängig erworben werden. Im Falle einer Demenzerkrankung sind Pflegebereitschaft und Pflegebefähigung nicht automatisch gegeben und/oder über den ganzen Pflegeprozess vorhanden.²⁰ Selbst wenn die Ebene der familiären Bewältigungsarbeit gelingt, kapitulieren viele Familien angesichts der Unübersichtlichkeit, Vielgliedrigkeit und Abgestuftheit unseres Hilfesystems, dass sich nicht von selbst erschließt.²¹

Auch dem/der Fachberater/in erschließen sich die familiären Besonderheiten und Problemkonstellationen oft nur unter beträchtlichem Zeitaufwand. In seiner eigenen Aktenführung kann er oder sie eine Ergebnissicherung durchführen, aber

19 Vgl. dazu auch unter www.projekt-lotta.de.

20 Vgl. Jansen et al., 1995.

21 Jüngst wurde dies wieder von Mischke & Meyer, 2008, beschrieben.

diese ist im Anschluss noch längst nicht für alle anderen Akteure und die Familien transparent. Um diese Transparenz zu erzeugen und sich danach selbst aus der Fallbearbeitung zurückziehen zu können (Fallabschluss), wurde mit dem *Logbuch Demenz* ein indikationsspezifischer Patientenpass oder Gesundheitspass Demenz entwickelt, in dem sich die Hilfssituation abbilden und danach auch durch Dritte erschließen lässt.

Das aktuell in der Pilotphase eingesetzte *Logbuch Demenz*²² hat sich in der Entwicklungsphase des Instruments am „Modellversuch Ostfildern: Qualitätssicherung in der Langzeitbetreuung geriatrischer Patienten. Der Patientenpass Ostfildern als Instrument für eine einrichtungs- und berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit“²³ orientiert. Der Patientenpass Ostfildern wurde als professionelles Instrument zur Schnittstellenbewältigung entwickelt und auch durch einen professionellen Akteur angelegt. Ziel war es, dass diese Akteure den Pass auch fortschreiben.

Im Modellvorhaben LOTTA ist dieses Instrument im Sinne des Empowerments weiterentwickelt worden. Es soll dem familialen Patientenbegleiter nach Fallabschluss die selbständige Weiterbetreuung erleichtern.²⁴ Im Abschlussbericht zum Modellvorhaben Ostfildern wurde der Pass aus Patienten- und Angehörigensicht wie folgt bewertet:

„Die Ergebnisse der Befragung zeigen, dass alle – sowohl Patienten als auch ihre Angehörigen – den Patientenpass grundsätzlich als sinnvoll und hilfreich beurteilten. Dabei standen aus Sicht der Betroffenen Aspekte wie ‘der Patientenpass gibt Sicherheit’ bzw. ‘er ist ein verlässlicher Begleiter in Akut- und Krisensituationen’ im Vordergrund. Die Tatsache, dass der Pass die ‘wichtigsten Patienteninformationen enthält’ minderte bei den Betroffenen ‘Aufregung und Angst’, insbesondere in entscheidenden Krisensituationen, die für die Behandlung notwendigen Informationen nicht vollständig wiedergeben zu können.“

Bei der Anlage des *Logbuch Demenz*, der Führung und auch der fortlaufenden Aktualisierung spielen die Hauptbezugspersonen

eine wesentliche Rolle. Der Verwendung des *Logbuch Demenz* muss durch die professionellen Patientenbegleiter/innen beübt werden, grundsätzlich liegt das Instrument aber in der Verantwortung der Familie, datenschutzrechtlich wie auch in der praktischen Handhabung.

Spätestens im Rahmen des Fallabschlusses wird das *Logbuch Demenz* vom professionellen Patientenbegleiter an den familialen Patientenbegleiter, die Hauptbezugsperson, übergeben. Im Logbuch ist auch der Status der Sicherstellung der einzelnen Versorgungsbereiche dokumentiert, und es ist Ziel des Case Management-Prozesses, dem familialen Patientenbegleiter neben der Fallkompetenz auch die nötige Systemkompetenz zu vermitteln (Empowerment).

Aus dem Modellvorhaben PAGT stehen für den Fallabschluss folgende Empfehlungen zur Verfügung:

„Für die Beendigung der Begleitung waren in der ursprünglichen Konzeption des Projektes keine Kriterien festgelegt worden. Nach der Modellerfahrung ist es jedoch zur Vermeidung von falschen Erwartungen bei Patienten und Angehörigen wichtig, eine mögliche Reduzierung der Begleitintensität und gegebenenfalls auch eine Beendigung frühzeitig zu thematisieren.“²⁵

Ergänzend resümiert Mehwald (2009) mit Blick auf die vergleichbare Handhabung im Trägerverbund Demenz:

„Eine neue Bedeutung wird im Lotsenmodell der Abschluss des UM bzw. CM bekommen. (...) Wenn die Sicherstellungsaufträge mit der Familie bearbeitet sind, wird die Hauptpflegeperson in die Rolle als ‘familialer Patientenbegleiter’ eingeführt und der professionelle Patientenbegleiter kann sich zurückziehen bzw. die Verantwortung an den zuständigen Pflegeberater nach § 7a SGB XI weitergeben, wenn dies von der Familie gewünscht wird.“²⁶

Fruglich ist, ob man sich dies für das Handlungsfeld Demenz so einfach vorstellen kann und darf, wie es aus den Handlungsempfehlungen des Modellprojekts „Case

und Care Management im Rahmen trägerneutraler Pflegeberatung“ hervorgeht:

„Ist die Evaluation erfolgt, kann das Case Management beendet werden. Die Ablösung des Kunden vom Case Manager sollte in der Regel ohne Komplikationen verlaufen, da es sich nicht um eine therapeutische Beziehung handelt und auch psychosoziale Aspekte zwar eine Rolle spielen, jedoch nicht im Zentrum von Case Management-Prozessen im Rahmen von Pflege- und Wohnberatung stehen.“²⁷

In den Case Management-Ansätzen in der Altenhilfe scheint der gezielte und geplante Fallabschluss eine kritische Phase darzustellen.²⁸ Ziel ist es, dass in LOTTA der Fallabschluss nicht mehr „geschieht“, sondern aktiv gesucht wird. Neuffer (2007) empfiehlt im „Ablöseprozess eine Vertrauensperson aus dem Lebensumfeld einzu beziehen“ (109). Dieser Schritt findet sich konzeptionell in der Überleitung zum „familialen“ Patientenbegleiter wieder. Wenn dieser nicht machbar erscheint, soll eine Überleitung in die Pflegeberatung nach §7a SGB XI angestrebt werden. Damit dies aber gelingen kann, müssen auf Systemebene die nötigen Voraussetzungen geschaffen werden.

Literatur

Alter und Soziales (Hrsg.), (2007). Abschluss und Endbericht zum Modellprojekt „Evaluation der Effektivität und Effizienz eines integrierten Versorgungssystems für ältere hilfe- und pflegebedürftige Menschen am Beispiel der Pflege

22 Zwei Musterseiten des Logbuchs finden sich unter www.projekt-lotta.de.

23 Sozialministerium Baden-Württemberg, 1999.

24 A.a.O. 87-89 werden „Allgemeine Leitlinien bei der Zusammenstellung des Patientenpasses“ aufgeführt, die wichtige Gestaltungsmerkmale auch für den Kontext „Logbuch Demenz“ benennen.

25 Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2002, S. 208f.

26 Mehwald, 2009, S. 41.

27 Sozialverband Deutschland e.V., Landesverband Niedersachsen, 2009, S. 18.

28 Vgl. Alter und Soziales, 2007. In diesem 579 Seiten starken Abschlussbericht zum Ahlener Modell ist keine Rede vom Fallabschluss, wohl aber von der nachfolgenden „Nachgehenden Beobachtung“ (S. 500ff.).

- ge- und Wohnberatung Ahlen“. Ahlen: Selbstverlag.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.), (2002). Case Management für ältere Hausarzt-patientinnen und -patienten und ihre Angehörigen: Projekt Ambulantes Gerontologisches Team – PAGT, Döhner, H.; Bleich, Ch.; Kophal, Ch., Stuttgart.
- DGCC AG Essentials (Mennemann, H., Kanth, E., Monzer, M., Podeswick, A.) (2008). Rahmenempfehlungen der Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management e.V. zum Handlungskonzept Case Management. Verfügbar unter: www.dgcc.de/dgcc/intern/download/rahmenempfehlungen_cm_dgcc.pdf.
- Emme von der Ahe, H., Weidner, F., Laag, U. Isfort, M., Meyer, S.H. (2009). Entlastungsprogramm bei Demenz. Abschlussbericht zum Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung nach §8 Abs. 3 SGB XI (unveröffentlichtes Manuskript).
- Frommelt, M. (2009). Vom virtuellen Altenheim (HomeCare Nürnberg) zum SMP Servicezentrum für Medizin und Pflege HmbH. In: Renz, G., Marckmann, G., Gesundheitsrat Südwest (Hrsg.), Die medizinisch-pflegerische Versorgung älterer Menschen. Stuttgart.
- Jansen, B, Kardorff, E. v., Schönberger, C. (1995). Zu Hause pflegen – Unterstützung der Angehörigen. Ein Leitfadens für die Praxis. Mit einem Programmkonzept für Pflegekurse. Herausgegeben vom Bayerischen Staatsministerium für Arbeit, Soziales, Familie, Frauen und Gesundheit, München. Verfügbar unter: <http://www.stmas.bayern.de/pflege/ua-leitfaden.pdf>.
- Klingenberg, A. u. a. (2001). ProDem – ein Projekt zur regionalen Versorgung Demenzkranker und ihrer pflegenden Angehörigen. Göttingen: ohne Verlag.
- Knesebeck, von dem O., Döhner, H., Kaduszkiewicz, H., Bussche, van dem H. (2006). Forschung zur Versorgung im höheren Lebensalter. Prävention, Case Management und Versorgung bei Demenz. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 49, 167-174.
- Kuhlmann, A. (2005). Case Management für demenzkranke Menschen. Eine Betrachtung der gegenwärtigen praktischen Umsetzung. Münster: LitVerlag.
- Mehwald, M. (2009). Case Management zur Entwicklung eines neuen standardisierten Instruments zur quantitativen Leistungserfassung in der Demenzberatung (unveröffentlichte Abschlussarbeit).
- Mischke, C., Meyer, M. (2008). „Am Ende habe ich gewusst, was ich am Anfang gerne gewusst hätte“. Beratung pflegender Angehöriger – Pflegeberatungsbedarfe im Verlauf von ‚Pflegendenkarrieren‘ aus der Perspektive pflegender Angehöriger. Projektabschlussbericht, Saarbrücken. Verfügbar unter: http://www.htw-saarland.de/Members/jk/endbericht_24062008.pdf.
- Renshaw, J., Hampson, R., Thomason, C., Darton, R., Judge, K, Knapp, M. (1991). Individuelle Pflegeplanung: Lektionen aus Amerika und anderswo. In: Wendt, W. R. (Hrsg.) (2001), Unterstützung fallweise: Case Management in der Sozialarbeit. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Schulte, B. (2004). Rechtliche, institutionelle und infrastrukturelle Bedingungen für die Weiterentwicklung der Altenhilfestrukturen in internationalvergleichender Sicht. In: BMFSFJ (Hrsg.), Altenhilfestrukturen der Zukunft. Abschlusstagung am 6./7. Mai 2004 in Berlin, Berlin.
- Sozialministerium Baden-Württemberg (1999): Modellversuch Ostfildern. „Qualitätssicherung in der Langzeitbetreuung geriatrischer Patienten“. Der Patientenpass Ostfildern als Instrument für eine einrichtungs- und berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit. Stuttgart: o. Verlag.
- Sozialverband Deutschland e.V., Landesverband Niedersachsen (2009). Handlungskonzept zum Modellprojekt „Case und Care Management im Rahmen trägerneutraler Pflegeberatung“. Hannover. Verfügbar unter: http://www.gkv-spitzenverband.de/upload/Anhang_II_Handlungskonzept_Februar_2008_10286.pdf.
- Weber, U., Oppl, H. (1997). Modellprojekt Gerontopsychiatrisches Verbundnetz in der Altenhilfe in Würzburg: Integration und ambulante Versorgung älterer Menschen mit psychischen Störungen. Baden-Baden: Nomos.
- Wendt, W. R. (2005). Case Management – Stand und Positionen in der Bundesrepublik. In: Löcherbach, P., Klug, W., Rimmel-Faßbender, R., Wendt, W.R. (Hrsg.), Case Management – Fall- und Systemsteuerung in Theorie und Praxis (S. 14-39). München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Wendt, W. R. (Hrsg.) (2001). Unterstützung fallweise. Case Management in der Sozialarbeit. Freiburg i. Breisgau: Lambertus.
- Wessels, O. (2004). Unterstützungsmanagement im Alter. Neue Wege des Case Management in der Sozialen Arbeit. Hamburg (Diplomarbeit Hochschule Bremen (FH), Fachbereich Sozialpädagogik/Sozialarbeit.
- Wissert, M. (2001). Unterstützungsmanagement als Rehabilitations- und Integrationskonzept in der ambulanten Versorgung älterer, behinderter Menschen (S. 231ff). Aachen: Fischer-Verlag.
- Zbikowski, A. (2003). Der Einsatz von Case Management in der Altenhilfe im Rahmen der ambulanten Versorgung demenzkranker Menschen. Eine Betrachtung der gegenwärtigen praktischen Umsetzung in Deutschland. Dortmund (Diplomarbeit im Studiengang Erziehungswissenschaften an der Universität Dortmund).

Hartmut Emme von der Ahe

Bereichsleitung der Pflegeergänzenden Dienste der PariSozial Minden-Lübbecke; Projektleitungen EDe II und LOTTA; Dipl.-Theologe, Gerontologe, Case Manager (DGCC)
hartmut.emme.v.d.ahe@paritaet-minden-luebbecke.de

Marco Mehwald

Leiter der Freiwilligenagentur der PariSozial Minden-Lübbecke, Netzwerkmanagement LOTTA; Dipl.-Sozialwissenschaftler, Case Manager (DGCC),
marco.mehwald@paritaet-minden-luebbecke.de