

## **Auswertung/Zusammenfassung**

### **CASE MANAGEMENT IN DER ALTENHILFE INTERNATIONALE ERFAHRUNGEN, NATIONALE PERSPEKTIVEN**

Dokumentation der Fachtagung im Auftrag des  
Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Am 3. und 4. Februar 2000 in Berlin

Durchführung und Dokumentation der Fachtagung:  
ISG Sozialforschung und Gesellschaftspolitik GmbH

Bearbeiter: Dietrich Engels und Heike Engel unter Mitarbeit von Miriam Marin  
Köln, im Juli 2000

Zusammenfassung des 147 seitigen Berichtes unter Berücksichtigung des  
Schwerpunktes Finanzierung von Case Management Leistungen

Die Originaltexte sind kursiv geschrieben. Die Quellen sind in der Fusszeile  
aufgeführt.

### **Ziel der Tagung/der Dokumentation**

Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend hat im Rahmen des „Internationalen Jahres der Senioren 1999“ das internationale Kooperationsprojekt „Koordination komplexer Hilfeleistungen für ältere Menschen: Case Management n verschiedenen nationalen Althilfesystemen“ initiiert.

Als Begründung für das internationale Kooperationsprojekt wird im Bericht erwähnt: „*Das Case Management als ein Verfahren, das den bedarfsgerechten Zuschnitt von Hilfeleistungen optimiert (und damit einerseits den hilfebedürftigen Älteren nützt und andererseits das Dienstleistungsangebot effektiver gestaltet), gewinnt in der Althilfepolitik zunehmend an Bedeutung.*

*Im Rahmen dieses Projektes wurde ein intensiver Erfahrungsaustausch mit dem Ziel einer an einheitlichen Evaluationskriterien orientierten, systematischen Berichterstattung aus acht europäischen Staaten und Israel organisiert.<sup>1</sup>*

Um die Ergebnisse dieses Kooperationsprojektes einem breiten Fachpublikum zugänglich zu machen, lud das Bundesministerium (BMFSFJ) am 3. und 4. Februar zu einer Fachtagung nach Berlin ein. Die ISG Sozialforschung und Gesellschaftspolitik GmbH, die mit der Durchführung des internationalen Kooperationsprojektes beauftragt worden war, hat auch die Fachtagung in Berlin vorbereitet und durchgeführt.

### **Forschungsdesign oder Anlage**

Das Projekt war so konzipiert, dass nationale Evaluatoren Berichte über Strukturen Rahmenbedingungen und konkrete Fallbeispiele des Case Management in ihrem Land erstellen sollten; diese wurden in einem integrierten Gesamtbericht ausgewertet und zusammen gefasst. Das Projekt endete mit einem projektinternen Abschlussworkshop im November 1999.

Die Ergebnisse des internationalen Kooperationsprojektes sind veröffentlicht in der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ)

- Band 189.1: Case Management in verschiedenen nationalen Althilfesystemen. Integrierter Abschlussbericht
- Band 189.3: Case Management – Erfahrungen aus neun Ländern. Materialband und Workshop-Diskussion

Wie leicht festzustellen ist, kann eine Fachtagung nicht als Forschung bezeichnet werden. Im Folgenden wird versucht die in der Dokumentation der Fachtagung aufgeführten Aussagen in einen verständlichen Kontext zu stellen, um die Aussagen der Tagungsteilnehmenden im Zusammenhang mit der Finanzierung zu verstehen.

### **Ort – setting, Forschungsgegenstand/Thema**

Es wird betont, wie die Fragestellung aufgrund der demografischen Veränderung nicht nur für Deutschland, sondern in ähnlicher Weise auch in den anderen westlichen Industriestaaten, zu Herausforderungen führt. Mit der Hochaltrigkeit wächst auch das Risiko der Pflegebedürftigkeit. „*Derzeit sind ca. 8% der über 60-jährigen*

---

<sup>1</sup> CM in der Altenhilfe, Fachtagung; Köln 2000, S. 5

*pflegebedürftig. Die Bundesregierung rechnet auf der Basis der aktuellen Bevölkerungsschätzung für die soziale Pflegeversicherung mit 2,08 Millionen Pflegebedürftigen im Jahr 2010 und mit 2,5 Millionen im Jahr 2020..... Die Pflegearbeiten, die derzeit zu Hause geleistet werden, soweit nicht ambulante Pflegedienste in Anspruch genommen werden können, werden zu etwa 80% von Frauen: Ehefrauen, Lebenspartnerinnen, Töchtern und Schwiegertöchtern geleistet. Es ist abzusehen, dass bei zunehmender Verbesserung der Bildungs- und Berufschancen Mädchen nicht mehr im bisherigen Umfang zu Verfügung stehen wird... Der Grundsatz „ambulant vor stationär“ kommt nicht allen den Bedürfnissen der Betroffenen entgegen, sondern ist auch eine Frage der fiskalischer Bedeutung.“<sup>2</sup>*

Im ersten Teil der Tagung fassen Dr. Dietrich Engels und Dr. Heike Engels die Ergebnisse der Projekte Case Management zusammen, zeigen Gemeinsamkeiten und Unterschiede auf.

In einem zweiten Teil informieren VertreterInnen über die einzelnen Projekte:

- Wohnortnahes Case Management in Innsbruck (Österreich)
- Das Recht auf Case Management in der Emilia-Romagna (Italien)
- Kooperation von Gesundheits- und Sozialdiensten in Sagadell (Spanien)
- Case Management in einer Senioren-Wohnanlage in Nijmegen (Niederlande)
- Die abgesicherte Rückkehr aus dem Krankenhaus in Lüttich (Belgien)
- Case Management als Aufgabe der Pflegeversicherung in Luxemburg

Im dritten Teil wird die Diskussion auf die Deutsche Entwicklung konzentriert:

- Case Management in Deutschland – konkrete Schritte der Umsetzung
  - o Zum Stellenwert des Case Management in der Politik des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
  - o Entwicklungsstand des Case Management in Berlin
  - o Entwicklungsstand des Case Management in Nordrhein-Westfalen
  - o Entwicklungsstand des Case Management in Baden-Württemberg

Der dritte Teil (Teil C) wird in dieser Zusammenfassung nicht aufgeführt. Die Resultate der Case Management Entwicklung in Deutschland sind in einer separaten Arbeit zu Handen des Netzwerk Case Management zusammengestellt.

### **Fragestellung/Methode (Worum geht es?)**

Am internationalen Kooperationsprojekt Case Management beteiligten sich Wissenschaftler und Regierungsvertreter aus England, den Niederlanden, Belgien, Luxemburg, Österreich, Italien, Spanien, Israel und Deutschland. In einem Workshop in Bonn 1999 wurde vereinbart, dass aus jedem Land ein Evaluator ein konkretes Case Management-Projekt begleitet, dessen Strukturen und Arbeitsweisen beschreibt und die dabei beobachteten Resultate und Schwierigkeiten analysiert. Zur besseren Vergleichbarkeit wurde ein differenzierter Leitfaden zur Strukturierung der Evaluation vereinbart, welcher sich in vier Bereiche gliedert:

- a) In welchen Kontexten steht das Case Management? (nationale und regionale Rahmenbedingungen)

---

<sup>2</sup> CM in der Altenhilfe, Fachtagung; Köln 2000, S. 8

- b) Wer arbeitet in einer konkreten Case Management-Stelle mit, und unter welchen Bedingungen (Personal- und Sachstruktur)
- c) Auf welche Weise und mit welchen Instrumenten arbeitet die CM-Stelle? (Methode)
- d) Was leistet das Case Management? (Leistungsprofil, konkrete Bedingungen und Ergebnisse)

Diese Evaluatoren-Berichte wurden an einem Workshop in Italien vorgestellt und diskutiert. Im ersten Teil dieser Tagung werden die Ergebnisse von Dr. Engels präsentiert.

Für diese Zusammenfassung interessiert vor allem die Frage d). Im folgenden werden pro Projekt die Resultate/Erkenntnisse mit dem Schwerpunkt Finanzen und Strukturen aufgeführt.

### **Resultate**

Grundsätzlich muss festgestellt werden, dass in der Studie kaum Aussagen zum Themenkreis „Effektivität“ aufgeführt sind. Vielmehr wird am Schluss intensiv auf die Wichtigkeit dieser Frage hingewiesen:

*„Ich möchte noch einmal die Forderung nach einer kompetenten betriebs- und volkswirtschaftlichen Kostenanalyse der Case Management-Strukturen bekräftigen. Denn es wird eine entscheidende strategische Frage sein, was das kostet, und wo Entlastungen eintreten.“<sup>3</sup>*

#### Beispiel 1: Wohnortnahes Case Management in Innsbruck

- Kornelia Fussenegger, Case Managerin, Innsbruck

Das Land Tirol und die Stadt Innsbruck haben das Projekt gestartet und auch finanziert und zwar auf dem Hintergrund:

- 80% der pflegebedürftigen Menschen werden zu Hause gepflegt.
- Kürzere Verweildauer im Krankenhaus, aber keine Anstiege der ambulanten Pflege.
- Viele ambulante Anbieter in Innsbruck/Stadt die dasselbe Angebot anpriesen und nicht ausgelastet waren.
- Der Annahme, dass sich der Bedarf nach dem Angebot richte und nicht das Angebot nach dem Bedarf.

*„Das waren alles Gründe, warum das Land gesagt hat: Jetzt müssen wir irgendwas tun. Dann haben sie gesagt: Probieren wir es mit Case Management.“<sup>4</sup>*

*„Es ist sehr schnell aufgefallen, dass die Verwahrlosung zu Hause massiv zunimmt, und dass die Firmen die derzeit ambulante Betreuung – in welcher Form auch immer – anbieten, damit völlig überfordert sind; dass man einen eigenen Dienst entwickeln muss, der nur für Verwahrlosung zu Hause zuständig ist. Dies ist gerade im Entstehen und kostet nicht mehr Geld, sondern lediglich die Zusammenlegung*

---

<sup>3</sup> CM in der Altenhilfe, Fachtagung BMFSFJ, 2000; Ziller S.125

<sup>4</sup> CM in der Altenhilfe, Fachtagung BMFSFJ, 2000; S. 38

*einiger Mitarbeiter aus drei verschiedenen Firmen. D.h. das Land sieht sehr wohl, dass es Früchte bringt, und unsere Förderung ist noch auf 1 ½ Jahre weiter verlängert worden.*<sup>5</sup>

*„Ich bin angebunden an einen privaten Verein, werde aber vom Land Tirol unterstützt. Das ist eine Zwitter-Position, die am Anfang sehr schwierig war. Besser wäre, man wäre völlig getrennt. Ich bin aber an einen privaten Verein, der selber Anbietet ist, angebunden – durch Sonderregelungen. Diese unklare Situation war sehr viel Anlass zur Kritik.“<sup>6</sup>*

*„Ich übernehme Klienten von den Kliniken, von den Sozialarbeitern, von den Hausärzten, über Privatanfragen, über die Polizei (wenn es Verwahrlosungen sind), über die Sozialämter. Jeder, der nicht weiss, was er machen soll, landet irgendwie letztendlich im Case Management.“<sup>7</sup>*

-----

### Beispiel 2: Ein Recht auf Case Management in der Emilia-Romana (Italien):

- Dr. Raffaele Fabrizio, Altenhilfereferent der Region Emilia-Romana

Das Referat gliedert sich in drei Teile. Im ersten Teil wird der nationale Kontext und im zweiten der Regionale Kontext beschrieben, dann werden Erfahrungen aus den zwei Distrikten, die im Zusammenhang mit dem Projekt des BMFSFJ untersucht wurden, geschildert.

Nationaler Kontext:

In Italien sind das Gesundheitssystem und die Sozialdienste getrennt. Das Gesundheitssystem hat seinen Schwerpunkt in der Organisation der Regionen. Unterhalb der regionalen Ebene gibt es eine bestimmte Anzahl lokaler Gesundheitsbehörden, die in kleinen Gebieten organisiert sind.

Zur Zeit wird ein neues Gesetz in diesem System eingeführt.

- Es soll ein wesentlicher Grundstock an Dienstleistungen errichtet werden, die aus nationalen Fonds finanziert werden. Jede Region kann sich entschliessen, mehr Dienste anzubieten, aber die lokale Situation der Besteuerung soll verbessert, die lokalen Belastungen abgebaut werden.
- Die Integration, die Verbindung der sozialen und gesundheitlichen Dienste soll verbessert werden.

*„Die Frage, die wir in den nächsten Wochen klären müssen, wenn wir diesen Grundstock an Diensten aufbauen, lautet: Ob dem Case Management die wesentlichen Bestandteile der Dienstleistungen über den nationalen Fonds finanziert werden, oder ob Case Management – was die bisherige Erfahrung nahe legt – wie bisher von den Regionen finanziert werden sollte.“*

---

<sup>5</sup> CM in der Altenhilfe, Fachtagung BMFSFJ, 2000; S. 39

<sup>6</sup> CM in der Altenhilfe, Fachtagung BMFSFJ, 2000; S. 41

<sup>7</sup> CM in der Altenhilfe, Fachtagung BMFSFJ, 2000; S. 43

*Der andere Teil des Systems, die Sozialdienste – ich nenne sie den „armen Bruder“ des Gesundheitssystems – sind nicht in ein nationales System eingebunden. Sie liegen bei den lokalen Behörden und deren Finanzierungen<sup>8</sup>*

Es gibt also kein italienisches System sondern 20 verschiedene Regionen mit 20 verschiedenen Systemen.

Regionaler Kontext:

Die Region Emilia-Romana ist in Distrikte unterteilt. Diese umfassen mind. 60'000 Einwohnerinnen und Einwohner.

Case Management ist ein System, das in einem Teil Italiens mit 4 Mio. Einwohnern verbreitet ist und vor fünf Jahren eingerichtet wurde. Es ist ein System mit gesetzlicher Grundlage. Das Gesetz beschreibt was getan werden muss und wie es zu tun ist.

- *„Die erste Ebene ist die institutionelle. So müssen die Stadtverwaltung und örtliche Gesundheitsbehörden eine institutionelle Vereinbarung treffen.*
- *Die zweite Ebene ist die organisatorische, mit lediglich einem Dienst pro Bezirk, der den Case Manager organisiert und zur Verfügung stellt.*
- *Die dritte Ebene ist die berufliche, d.h. Sozialarbeiter und Pflegekräfte müssen zusammen arbeiten<sup>9</sup>*

*„In unserer Region gibt es derzeit 51 geriatrische Evaluations-Einheiten. Der Durchschnitt der älteren Menschen, die wir bei unserer Planung einkalkulieren, ist über 74 Jahre alt. In einem Jahr werden in der gesamten Region ungefähr 25'000 bis 26'000 Personen evaluiert (6,5% der Bevölkerung)... die durchschnittliche Stundenzahl jeder Evaluation liegt etwas unter zwei Stunden.“<sup>10</sup>*

Die zwei untersuchten Bezirke Monttecchio und Faenza:

Das Case Management ist in den Bezirken dreistufig organisiert. Die erste Stufe ist die politische Koordination (Accordo die programma). Sie regelt mit einem Ausschuss von 5 (Faenza) oder 12 (Montecchio) die Integration des Systems. Die zweite Stufe (servizio assistenza anziani, SAA), ist die technische Ebene, vertreten durch eine Gruppe, die Verantwortliche des Sozialdienstes, des Gesundheitsdienstes, des Krankenhausdienstes und die Anbieter. Die dritte Stufe sind die Mitarbeitenden dieser Case Management-Dienste.

Die Durchführungsorte der Beurteilung durch die geriatrische Bewertungseinheit (UVG) liegen z.B. in Montecchio bei 53% zu Hause, 13% im Pflegeheim, 24% im Krankenhaus und 10% anderen Orten. In Faenza sind es zu Hause 30%, im Pflegeheim 15%, im Krankenhaus 40% und anderen Orten 15%.

*„Es ist sehr wichtig, dass die Einheit auch im Krankenhaus arbeitet, d.h. während des Aufenthaltes der alten Menschen ins Krankenhaus geht, um einen guten Entlassungsplan zu erarbeiten.“<sup>11</sup>*

---

<sup>8</sup> CM in der Altenhilfe, Fachtagung BMFSFJ, 2000; S. 45

<sup>9</sup> CM in der Altenhilfe, Fachtagung BMFSFJ, 2000; S. 46

<sup>10</sup> CM in der Altenhilfe, Fachtagung BMFSFJ, 2000; S. 47

<sup>11</sup> CM in der Altenhilfe, Fachtagung BMFSFJ, 2000; S. 49

Diese Geriatriischen Bewertungseinheiten sind mit geriatrischen, pflegerischen und sozialarbeiterischen Fachkräften besetzt.

**Organisationsstruktur in Faenza (1996)**

- 81'241 Einwohner, davon 9'283 über 75 Jahre  
 1 SAA Manager (30h/Woche), 2 Bürokräfte (46h/Woche), 7 CM Sozialarbeiter (162h/Woche), 1 UVG Sekretärin 16h/Woche).  
 Pro Jahr 7'128 Stunden oder 0,75 Stunden je Einwohner über 75  
 Kosten: 3,6 Euro je Einwohner/Jahr  
 Beratungszeit pro Klient/Jahr: 8,5 Stunden

**Organisationsstruktur in Montecchio**

- 51'984 Einwohner, davon 5'084 ab 75 Jahre  
 1 SAA Manager (18h/Woche), 2 Bürokräfte (36h/Woche), CM Sozialarbeiter (136h/Woche), 1 UVG Sekretärin (10h/Woche)  
 Pro Jahr 5'984 Stunden oder 1.17 Stunden pro Einwohner über 75 Jahre  
 Kosten: 4,25 Euro je Einwohner/Jahr  
 Beratungszeit pro Klient/Jahr: 10,8 Stunden

**Wer bezahlt?**

*„In unserem System haben wir verschiedene Geldgeber: Ein Teil wird vom staatlichen Gesundheitssystem finanziert. Ein weiterer Teil wird von den Lokalbehörden erbracht. Andere Teile werden auch von Anbietern geleistet, die an guten Resultaten aus dem Case Management interessiert sind. Auch sie können am Case Management-System teilnehmen.“<sup>12</sup>*

	Faenza	Montecchio
Staatliches Gesundheitssystem	58%	38%
Lokale Behörden	42%	59%
Andere Geldgeber	Keine anderen	3%

**Berechtigungskriterien:**

*„Die Frage, ob jede ältere Person Case Management benötigt, kann von unserer Seite verneint werden. Es ist wichtig, ein eindeutiges Kriterium für die Berechtigung festzusetzen, da andernfalls die Kosten wachsen und keine guten Ergebnisse erzielt werden.“<sup>13</sup>*

-----

**Beispiel 3: Kooperation von Gesundheits- und Sozialdiensten in Sabadell (Spanien)**

- Lluisa Marrugat, Sozialwissenschaftlerin, Barcelona

Frau Marrugat erläutert die hohe Bedeutung der familiären Pflege in Spanien. 87% der Pflege werde als informelle Pflege innerhalb der Familie erbracht. Familien, die nicht die Pflege der Eltern übernehmen, haben in Spanien ein negatives Image. Das Versorgungssystem bestehe aus einem Netz sozialer Dienste, deren Verfügbarkeit aber gering, und der Zugang schwierig sei. Theoretisch könne zwar jeder Bürger die öffentlichen Dienste nützen, in der Praxis erhalten aber, wegen der

<sup>12</sup> CM in der Altenhilfe, Fachtagung BMFSFJ, 2000; S. 50

<sup>13</sup> CM in der Altenhilfe, Fachtagung BMFSFJ, 2000; S. 50

knappen Ressourcen, lediglich alte Menschen mit einem niedrigen sozio-ökonomischen Statuts diese Dienstleistungen.

Soziale Dienste entfallen auf die örtliche Ebene, die (kostenlosen) Gesundheitsdienste liegen in der Verantwortung der regionalen Ebene. Jede Ebene finanziert diese Dienstleistungen.

*„In Spanien werden derzeit die Pflegeheime mehr in Anspruch genommen als die kommunalen Dienste. Auf hundert Personen im Alter von mindestens 65 Jahren sind es drei Pflegeheim-Bewohner und nur zwei Nutzer häuslicher Pflegedienste. Das Ziel der Regierung ist weiterhin, die Pflege in Krankenhäusern und Pflegeheimen zu Gunsten der häuslichen Pflege zu reduzieren. Dies trieb die Debatte um die Notwendigkeit, das Sozial- und Gesundheitswesen zu koordinieren, in den letzten fünf Jahren voran, obwohl nur sehr wenig davon umgesetzt wird. Eine Sache ist klar: Für die häusliche Pflege muss der Zugang durch Koordination von Sozial- und Pflegediensten auf kommunaler Ebene geregelt werden.“<sup>14</sup>*

Im Jahre 1984 wurde in Sabadell einer Stadt mit 185'000 Einwohnern, 20km von Barcelona entfernt das erste Modell sozialer und gesundheitlicher Pflege eingeführt.

*„Das Case Management in Sabadell kombiniert organisatorische mit methodischen Elementen und wird ohne zusätzliche Kosten in die Struktur integriert. In diesem Modell liegt der Schwerpunkt des Case Managements sowohl in der Koordination von Pflege- und Sozialdiensten auf kommunaler Ebene, als auch in der Kooperation mit Experten. Der Zugang zu allen Pflege- und Sozialdiensten wird durch eine zentrale Stelle geregelt, die CAP (Centro de Atención Primaria), von der aus alle weiteren Schritte unternommen werden. Sabadell hat heute 11 Zentren für gesundheitliche und soziale Grundpflege, welche auf unterschiedlichen Ebenen koordiniert werden.“<sup>15</sup>*

Ausser einer allgemein gehaltenen Äusserung, der hohen Bedeutung des Assessments für das Erreichen einer gesteigerten Effektivität und Prävention finden sich im Referat keine konkreteren Angaben zur Wirtschaftlichkeit des Case Managements.

-----

#### Beispiel 4: Case Management in einer Senioren-Wohnanlage in Nijmegen (Niederlande)

- Dr. Claire Ramakers, Sozialwissenschaftlerin, Nijmegen

Die vorgestellte Wohnanlage „Doddendaal“ ist innerhalb des Altenhilfesystems ein Innovationsprojekt. Es werden pro Bewohner und Bewohnerin keine Standardpakete, sondern massgerechte Pflege für jede einzelne Person, seinen Bedürfnissen und Wünschen entsprechend zusammengestellt.

*„Das Case Management vermittelt eine massgerechte Pflege. Der Case Manager spielt eine sehr wichtige Rolle in der Ermittlung des Pflegebedarfs der Bewohner,*

---

<sup>14</sup> CM in der Altenhilfe, Fachtagung BMFSFJ, 2000; S. 57

<sup>15</sup> CM in der Altenhilfe, Fachtagung BMFSFJ, 2000; S. 57



*stellt das Leistungspaket zusammen, organisiert die Pflege und ist verantwortlich für deren Qualität.*<sup>16</sup>

Die Bewohner der Alten- und Pflegeheime bezahlen eine geringen, einkommensabhängigen Teil ihrer Aufenthaltskosten selbst. Den anderen Teil bezahlt der Staat auf Grund der Sozialversicherung. Die Entscheidung für eine Platzvergabe erfolgt durch die regionale Begutachtungsstelle. Ende 1996 wohnten 5,4% der Bevölkerung über 65 Jahren in einem Heim. Man rechnet mit einem Rückgang der Kapazität von 113'000 auf 107'000 Plätze. Die ambulante Pflege ist keine besondere Einrichtung für alte Menschen. Sie spielt aber eine immer wichtigere Rolle in der Altenhilfe. 85% der Kosten der ambulanten Pflege werden der Sozialversicherung gedeckt, die übrigen 15% werden von den Pflegebedürftigen bezahlt. Häusliche Pflege stehen allen zur Verfügung, unabhängig vom Alter und Einkommen. Ca. 5% der Gesamtbevölkerung nehmen die Pflege in Anspruch. 1995 erhielten 9% der Senioren Haushalthilfe und 5% häusliche Krankenpflege. Für die Hochbetagten ab 85 Jahren sind diese Zahlen mit 19% bzw. 14% höher.

40 Bewohner wohnen in Doddendaal. Es ist ein Wohnzentrum für ältere Menschen, die für die Aufnahme in ein Altenheim begutachtet wurden.

Die Pflege liegt mit 77,5 Minuten tiefer als in anderen Nijmegener Heimen (92 Minuten). Die Aufenthaltsdauer beträgt im Schnitt 4,3 Jahre gegenüber 4,6 Jahre aller Heimbewohner.

Die täglichen Dienstleistungen werden von einem kleinen Pflgeteam organisiert und gesteuert. Es besteht aus zwei Case Managern und fünf Mitarbeitern (je in Teilzeit für 20-30h/Woche) für Bewohner- und Verwaltungsangelegenheiten. Zuständig ist der Direktor „Sozialholding“, welchem insgesamt fünf Altenheime unterstehen.

Alle Leistungen in der Seniorenwohnanlage werden von aussen bestellt, das betrifft die Mahlzeiten, die Grund- und Krankenpflege, die hauswirtschaftliche Hilfe, den Nachtdienst und die Aktivitätenbegleitung.

Der Case Manager ist für den Umfang der Leistungen verantwortlich; er oder sie erstellt den Pflegeplan. Zusammen sind sie für die Qualität der Pflege verantwortlich. Der Case Manager stellt mit den Bewohnern den Dienstleistungsbedarf fest (Assesment), erstellt einen Vertrag, organisiert die Dienstleistungen möglichst nach den Wünschen und den vorhandenen Angeboten, beurteilt die finanziellen Konsequenzen des Plans und kontrolliert die Rechnungen der Leistungserbringer. Er oder sie pflegt die Kontakte zu Pflegeheimen, zum Krankenhaus und zu der Familie des Bewohners.

*„Wichtig in den Niederlanden ist, dass der Case Manager unabhängig ist; er führt seine Aufgaben weitgehend selbständig aus und steht ausschliesslich dem Bewohner zu Diensten. Der Inhalt seiner Funktion ist von der Organisation getrennt. Formell ist er dem zuständigen Holding-Direktor über seine Tätigkeit rechenschaftspflichtig... Doddendaal hat zwei Case Manager: Der eine ist als allgemeine, der andere als psychiatrische Fachpflegekraft ausgebildet (Gemeinsam 24h/Woche). Sie betreuen die 40 Bewohner.*<sup>17</sup>

---

<sup>16</sup> CM in der Altenhilfe, Fachtagung BMFSFJ, 2000; S. 60

<sup>17</sup> CM in der Altenhilfe, Fachtagung BMFSFJ, 2000; S. 63

Kosten und Finanzierung:

*„Die Kosten sind die Gleichen wie in anderen Altenheimen. Die Wohnanlage besteht seit 10 Jahren, und die Kosten sind etwas niedriger aber nicht nennenswert... In den Niederlanden bekommt man von der Regierung ein Budget pro Bewohner in einem Altenheim. Das Budget der 40 Bewohner von Nieuw Doddendaal ist das Gesamtbudget, das Pflegebudget für Nieuw Doddendaal. Der Case Manager wird aus diesem Pflegebudget finanziert.<sup>18</sup>*

*„Ich habe gesagt die Kosten sind niedriger im Vergleich mit anderen Nijmenger Altenheimen. Das ist das Ergebnis des Case Managements, weil das Pflegekonzept mit Case Management die Bewohner anspricht, selbstständig zu bleiben und zu sein. Deswegen haben die Bewohner pro Tag nur 77 Minuten Versorgung und Pflege nötig, in anderen Altenheimen 92 – das ist der Grund, warum es billiger ist.<sup>19</sup>*

-----

#### Beispiel 5: Die abgesicherte Rückkehr aus dem Krankenhaus in Lüttich (Belgien) - Monika Ernst, Case Managerin, Universitätsklinikum Lüttich

In Belgien gab es 1995 285 Krankenhäuser mit einem Angebot von etwa 7,34 Betten pro 1'000 Einwohner. Seit der Einführung der Kostendämpfung im Jahre 1982 haben sich die Krankenhausaufenthalte verkürzt. Der akute Pflegebereich wurde bevorzugt und die chronischen Betten reduziert. Es existieren Altenheime und Altenpflegeheime mit Krankenpflege und paramedizinischer Pflege, wie Krankengymnasten, Logopäden usw. Die Anzahl der Betten in diesen Institutionen beträgt 96'465, das entspricht in etwa 9,5 Betten pro 1'000 Einwohner.

*„Es gibt auch Koordinationszentren, die häusliche Pflege organisieren: Wenn eine ältere Person im Krankenhaus ist und eventuell mehrere Hilfeleistungen zu Hause benötigt, kommen die Verantwortlichen von Koordinationszentren in das Krankenhaus und besprechen die Planung der häuslichen Pflege von mehreren Leistungsanbietern.*

*Zur Zeit läuft in Belgien die Studie über das Case Management. Die Zielsetzung dieser Studie ist die Vorbeugung von erneuten Krankenhausaufenthalten. Wir versuchen also zu verhindern, dass ältere Menschen wieder und wieder ins Krankenhaus aufgenommen werden – wegen der gleichen Probleme, die man eventuell auch zu Hause beheben kann. Wir versuchen auch, die vorzeitige Aufnahme in ein Altenheim zu verhindern. Ausserdem soll die Kontinuität der Pflege durch multidisziplinäre Teams aufrecht erhalten werden, wenn die Patienten zu Hause sind. Wir versuchen, die Wiederkehr nach Hause so intensiv wie möglich vorzubereiten – dies ab dem Moment, wo der Patient ins Krankenhaus aufgenommen wird. Wir versuchen also dies so früh wie möglich anzugehen.*

*Die Profile des Case Managers: Pro Krankenhaus sollte ein Case Manager halbtags arbeiten. Er sollte 10-15 Patienten laufend verfolgen. Es gibt bestimmte Auswahlkriterien bei den Patienten: Sie sollten mindestens 60 Jahre alt sein und auch Risikofaktoren vorzeigen, die eine mögliche Rückkehr ins Krankenhaus indizieren*

---

<sup>18</sup> CM in der Altenhilfe, Fachtagung BMFSFJ, 2000; S. 65

<sup>19</sup> CM in der Altenhilfe, Fachtagung BMFSFJ, 2000; S. 67

*oder eine frühzeitige Unterbringung in ein Altenheim. Die Qualifikation: Die Case Managerin sollte entweder Krankenschwester sein, Sozialassistentin oder – wir haben eine zusätzliche Ausbildung in Belgien – soziale Krankenschwester.<sup>20</sup>*

Neben dem Assessment evaluiert das Case Management auch die Möglichkeiten der sogenannten „Hauptbegleitperson“. Die Erfahrungen damit sind sehr gut. Diese Person wird nicht nur im familiären Kreis gesucht, es können auch Nachbarn oder Freunde sein. Immer sind es aber Leute, die in erster Linie mit dem Patienten in Kontakt stehen und nicht der Pflegeorganisation angehören. Der Case Manager hat dann die Aufgabe mit diesen Hauptbegleitpersonen zu diskutieren, sie auch zu entlasten. Er stellt im multidisziplinären Team Pflegepläne im Krankenhaus auf, evaluiert diese während dem Aufenthalt und bereitet die Entlassung vor. Die häuslichen Pflegekräfte werden vom Case Manager kontaktiert, noch während der Patient im Krankenhaus ist. Diese kommen ins Krankenhaus, um dort schon die Entlassung mitvorzubereiten.

*„Zu zwei Zeitpunkten, 15 Tage und 90 Tage nach der Entlassung, ruft der Case Manager die Patientin oder die Familien zu Hause an.“<sup>21</sup>*

Es werden Nachforschungen angestellt, ob die bei der Entlassung organisierte häusliche Pflege noch in Anspruch genommen wird und wie hoch die Intensität ist, ob wieder ein Krankenhausaufenthalt stattgefunden hat, ob mehr Unterstützung nötig ist usw.

Die Resultate:

*„Zeitgleich während der Case Management-Studie ist eine Kontrollstudie durchgeführt worden. Diese Kontrollstudie hat 469 Patienten beobachtet, die das gleiche Risikoprofil hatten wie die 365 Patienten, die von einem Case Manager betreut wurden. Was hat die Studie ergeben?*

*Patienten die alleine leben, haben ein ungefähr 5 Mal höheres Heim-Risiko. Das ist soweit nicht erstaunlich. Vor allen Dingen, wenn man die dementen Patienten nimmt: diese haben ein 2,5 Mal höheres Risiko, ein Alten- oder Pflegeheim zu kommen, als andere Patienten. Was habe hier interessant ist: Die Patienten, die im Krankenhaus nicht von einem Case Manager begleitet wurden, haben ein 1,5 bis 1,6 Mal höheres Risiko, in ein Altenheim zu kommen.*

*15 Tage später sehen wir immer noch einen Unterschied, der zwar nicht mehr so gross ist, aber immer noch eine signifikant bessere Versorgung der Patienten mit Case Management als der Patienten ohne Case Management belegt.<sup>22</sup>*

-----

### Beispiel 6: Case Management als Aufgabe der Pflegeversicherung in Luxemburg - Christiane Schoellen, Referentin in der Bewertungs- und Orientierungsstelle der Pflegeversicherung Luxemburg

Frau Schoellen ist verantwortlich für die Koordination der Anträge. Zum Zeitpunkt des Referates war die Pflegeversicherung erst 12 Monate eingeführt.

---

<sup>20</sup> CM in der Altenhilfe, Fachtagung BMFSFJ, 2000; S. 69

<sup>21</sup> CM in der Altenhilfe, Fachtagung BMFSFJ, 2000; S. 70

<sup>22</sup> CM in der Altenhilfe, Fachtagung BMFSFJ, 2000; S. 71

In Luxemburg ist das Case Management in einem multidisziplinären Team verankert. Dieses setzt sich aus Ärzten, Psychologen, Sozialarbeitern, Beschäftigungs- und Bewegungstherapeuten, Krankenpflegern, psychiatrischen Krankenpflegern und Angestellten zusammen. Die gesamte Evaluation, die Aufstellung des Pflegeplanes und die Kontaktnahme zu Pflegeheimen, spezialisierten Tagesstätten und Pflegenetzwerken erfolgt über diese Begutachtungs- und Orientierungsstelle der Pflegeversicherung. Sämtliche neue Gutachten und Abänderungen des Pflegeplanes erfolgen über den Referenten der Pflegeversicherung.

Die Beratung und das Case Management, welche vor der Antragstellung, während der Evaluation und der Erstellung und Ausführung des Pflegeplanes stattfindet, kennt verschiedene Beratungsschwerpunkte:

- Beratungen für eine effizienten und adaptierte Pflege und Hilfe zu Hause, im Bereich der Aktivitäten des täglichen Lebens (Ernährung, Körperpflege, Mobilität, Bewegung, Lagerung, sowie technische Hilfsmittel, wie Gehgestell, Rollstuhl, Treppenlift, Material zum Essen, Trinken usw.) durch Beschäftigungs- oder Bewegungstherapeuten. Sie stellen auch die Gutachten aus für die technischen Hilfsmittel
- Beratung im Bereich der unterstützenden Kommunikation durch Psychologen. (Aufrechterhalten der sozialen Beziehungen, Verbesserung der psychomotorischen Funktionen, realitätsorientierte Orientierung, Aufrechterhalten und Fördern der Sensibilität usw.)
- Beratung der informellen Helfer durch ein multidisziplinäres Team. (Information über Unterstützung, Schwierigkeiten beim Verlust der Autonomie, Beziehung zwischen pflegebedürftiger Person und informeller Hilfe, Anpassen der Gewohnheiten, Lebensqualität usw.)
- Hot-Line der Begutachtungs- und Bewertungsstelle (Informationen über die Pflegeversicherung, die Leistungen, Anträgen Bearbeitungsstand des Dossiers usw.)

Aufgrund des medizinischen Gutachtens und der Grundevaluation (evt. psychologischem Gutachten wird ein Pflegeplan erstellt und anschliessend in Geld- und Sachleistungen aufgeteilt. Dieser Vorschlag wird an die pflegebedürftige Person und an das Netzwerk verschickt, welche dann gemeinsam mit der informellen Hilfe den Vorschlag beraten. Die pflegebedürftige Person muss sich für ein Netzwerk entscheiden. Die Sach- und Geldleistungen dürfen umgelagert werden, aber es dürfen keine zusätzlichen Leistungen festgehalten werden. Wird der Vorschlag angenommen muss er von beiden Parteien unterschrieben dem Referenten zurück geschickt werden.

*„Die Leistungen welche von der Bewertungs- und Orientierungsstelle erbracht werden, werden direkt vom Staat finanziert. Alle anderen Leistungen werden von der Pflegeversicherung übernommen. Bis jetzt wurde jedoch noch nicht korrekt von Einsparungsmassnahmen geredet, da die Leute, die einen Antrag gestellt haben, noch nicht alle begutachtet sind. D.h. im Moment haben wir noch immer ein Loch, wir haben keine konkreten Berechnungen...  
Wir haben uns auf ein Modell berufen, das seit 10 Jahren in Kanada gut funktioniert...“*

*Sobald der Pflegebedürftige mehr als 3,5 Stunden Pflege in der Woche braucht, wird die gesamte Pflege von der Pflegeversicherung übernommen. D.h. zu Hause pro Woche 24,5 Stunden im Bereich der Aktivitäten des täglichen Lebens, aber auch 12 Stunden unterstützende Massnahmen, maximal 4 Stunden hauswirtschaftliche Leistungen und dann die beratenden Aktivitäten. Im stationären Bereich sind das 31,5 Stunden Pflege in den Aktivitäten des täglichen Lebens, Die Anträge in den Institutionen sind alle bearbeitet, und da ist keiner dabei, der mehr als 31,5 Stunden benötigt. In den Institutionen ist alles abgedeckt.<sup>23</sup>*

## **Zusammenfassung**

Vor der Podiumsdiskussion, im Sinne von Schlussfolgerungen, schliesst die Dokumentation über die Tagung ab mit Empfehlungen zu Konzeption, Struktur und Umsetzung des Case Managements. Es sind 12 Punkte aufgeführt, welche für die Case Management Entwicklung oder dessen Aufbau von Bedeutung sind. Einer der 12 Punkte lautet:

- *Verknüpfung von Qualität und Effizienz*

*Die vorliegenden praktischen Erfahrungen mit dem Case Management zeigen auf, dass mit diesem Instrumentarium die jeweiligen fachspezifischen Hilfen bedarfsgerecht und rechtzeitig bereitgestellt und inhaltlich wie zeitlich aufeinander abgestimmt werden können. Dies erhöht die Effizienz der jeweils eingesetzten Hilfelemente, steigert die Wirksamkeit der Hilfeleistung insgesamt und vermeidet Überversorgung. Es ist nachweisbar, dass kompetent durchgeführtes Case Management wesentlich dazu beitragen kann,*

- *die Behandlungsdauer im Krankenhaus abzukürzen und Krankenhauseinweisung zu vermeiden,*
- *vorhandene Rehabilitationspotentiale auszuschöpfen,*
- *das soziale Umfeld älterer Menschen zu stärken,*
- *individuelle Hilfenetze aufzubauen,*
- *die grösstmögliche Selbständigkeit in der Lebensführung zu sichern,*
- *stationäre Dauerpflege zu vermeiden oder hinauszuschieben.*

*Damit eröffnen Altenhilfesysteme, die sich des Instrumentariums des Case Management kompetent bedienen, die Chance, wirksamere Hilfe für eine ständig zunehmende Zahl älterer Menschen und sehr alter Menschen zu leisten, ihre Lebensqualität zu erhalten und zugleich die hohen Kosten der stationären Dauerpflege einzudämmen. Die Entwicklung dieses Instrumentariums als regelhaftes Grundelement eines zeitgemässen Altenhilfesystems ist also fachpolitisch, gesellschaftspolitisch und finanzpolitisch zu empfehlen.<sup>24</sup>*

---

<sup>23</sup> CM in der Altenhilfe, Fachtagung BMFSFJ, 2000; S. 79

<sup>24</sup> CM in der Altenhilfe, Fachtagung BMFSFJ, 2000; S. 114

## **Auswertung und Empfehlung Arbeitsgruppenmitglied:**

### ***Ziel dieser Zusammenfassung***

Diese Zusammenfassung basiert auf einer Tagung in Berlin vom Februar 2000. Damals wurden sechs Case Management Projekte aus sechs Ländern vorgestellt. Die vorliegende Zusammenfassung versucht jeweils die wesentlichen Tätigkeiten des Case Managements sowie dessen strukturelle und finanzielle Einbettung aufzuzeigen. Im Hauptblickpunkt stehen die Aussagen zur Effektivität. Oft werden diese zitiert.

### ***Versorgungsqualität und Kosteneffektivität***

Die aufgeführten Beispiele können alle eine Steigerung der Versorgungsqualität benennen und teilweise auch nachweisen. Es zeigt sich unter dem finanziellen Aspekt, dass

- im Modell Innsbruck keine konkreten Zahlen vorliegen,
- im Modell der Region Emilia-Romana (Italien) ein umfassendes und mit konkreten Zahlen unterlegtes Case Management realisiert wurde,
- im Modell Sabadell (Spanien) – anscheinend ohne Mehrkosten - das Versorgungssystem durch die Koordination von Pflege- und Sozialdiensten verbessert wurde,
- im Modell Nijmegen mit dem Case Management im Heim die Pflegezeiten verringert werden,
- im Modell Lüttich das Risiko steigt ohne Case Management im Krankenhaus in ein Altenheim zu kommen und zwar um 1,5 bis 1,6 Mal
- im Modell Luxemburg noch keine Zahlen vorliegen

### ***Kommentierung der Empfehlung der Studien***

Die Referate ermöglichen Einblicke in den Stand der Case Management Entwicklung in anderen Ländern.

### ***Definition der Case Management Tätigkeit in Abgrenzung zu anderen Disziplinen***

Je nach Anwendung des Case Management in den Modellen fällt diese Abgrenzung unterschiedlich aus. Interessant ist die häufige Nennung der multidisziplinären Arbeit.

### ***Rahmenbedingungen, in welchen die Case Management Tätigkeit angesiedelt ist***

Alle Modelle sind in unterschiedlichen Rahmenbedingungen angesiedelt.

### ***Einschätzung der Übertragbarkeit der Resultate auf schweizerische Verhältnisse (System, Organisationelle Voraussetzungen, Finanzierung, Steuerung und Qualitätsverständnis)***

Die vorliegenden sechs Modelle sind alle in unterschiedlichem Kontext entstanden. Je nach Fragestellung (CM als Koordinationstelle von Pflege- und Sozialdiensten, CM im Krankenhaus, CM im Zusammenhang mit einer regionalen Versorgung, CM im Altenheim usw.) kann die Vorstellung der unterschiedlichen Case Management-Modelle Anhaltspunkte geben, ob sich bei einem Modell eine vertiefte Analyse lohnen würde.

Quelle der Dokumentation: [www.isg-institut.de](http://www.isg-institut.de)

