

Leseprobe

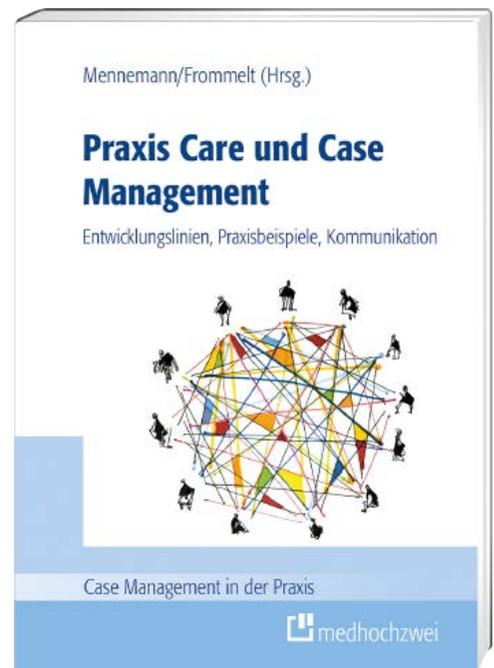
Praxis Care und Case Management

Mennemann/Frommelt (Hrsg.)

Auszüge aus Beitrag 1, 5 und 7

**Praxis Care und Case Management –
Entwicklungslinien, Praxisbeispiele,
Kommunikation**

medhochzwei Verlag, Heidelberg 2023
ISBN 978-3-86216-970-2



Vorwort

Case Management zu implementieren, bleibt spannend. Seit über 20 Jahren implementieren die Herausgeberin und der Herausgeber dieses Buches Care und Case Management in Organisationen und Regionen. Jede Implementierung ist aufgrund der Rahmenbedingungen und Akteure anders. Auch die Ergebnisse sind unterschiedlich. Diese Pluralität sollte nicht mit Beliebigkeit verwechselt werden. Es gibt zentrale Inhalte des Care und Case Managements sowie Regeln der Implementierung, die sinnvollerweise eingehalten werden.

Fragen wir uns zunächst, wie es zu dieser **Vielfältigkeit der Implementierungsprozesse und Ergebnisse** kommt. Im Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management haben wir uns die Tätigkeiten des Vereins in der Vielfältigkeit anhand einer Graphik (s. Abb. 1) angeschaut.

Die Leser:innen können sich selbst in Bezug auf ihr Erkenntnisinteresse, ihre primäre professionelle Herkunft, das relevante Handlungsfeld, die Ebene, auf der sie vor allem tätig sind usw. verorten. Die Vielfältigkeit der Perspektiven, Handlungsfelder, Ebenen sowie zur Anwendung kommenden Methoden und Techniken machen die Implementierung von Care und Case Management herausfordernd und interessant. Sie betrifft im professionellen Kontext Berater:innen auf der Einzelfallebene, das Qualitätsmanagement von Organisationen und die strukturierte Zusammenarbeit im regionalen Versorgungsgefüge. Anhand dieser Auflistung wird deutlich, dass eine Implementierung nicht personenbezogen gedacht werden kann: Case Management kann nicht alleine durch einzelne Case Manager:innen implementiert werden. Vielmehr braucht es Führungskräfte, die eine personenzentrierte und mitarbeiter:innenorientierte Kultur aufbauen, die entsprechende Strukturen und Prozesse innerhalb der Organisation in die Wege leiten und die mit anderen Organisationen zu einer verlässlichen Vereinbarung kommen. Einseitigen disziplin- oder professionsbezogenen Ansätzen, Case Management zu implementieren und eine alleinige Zuständigkeit zu reklamieren, ist eine Absage zu erteilen.

Inhaltsverzeichnis

<i>Vorwort</i> (Mennemann/Frommelt)	V
Case Management goes future – Komplexität begegnen (Mennemann/Frommelt)	1
Teil I Entwicklungslinien	21
1 Im Feld des Sorgens Wege bereiten (Wendt)	23
2 Die Bedeutung von Care und Case Management in der Stärkung kommunaler Verantwortungsfunktionen (Monzer)	37
3 Case Management gesetzlich verankern/verankert? (Klie)	61
Teil II Praxisbeispiele	73
4 Case Management implementieren in der Dienststelle für Selbstbestimmtes Leben (Arens/Grossmann/Kremer)	75
5 Case Management in den Jobcentern (Rübner)	89
6 „Alter und Soziales e. V.“ – Ein Beispiel für dreißig Jahre Netzwerkmanagement im Rahmen eines Vereins (Ribbert-Elias)	101
7 Community Health Nursing – Neue (und alte) Wege in der Gesundheitsversorgung (Drebes/Zarges)	137
8 Schlaganfall-Lotsen in Ostwestfalen-Lippe (Siebdrat)	159

Inhaltsverzeichnis

Teil III	Kommunikation im Care und Case Management	179
9	„Ich verzichte lieber auf meinen Kühlschrank als auf mein iPad“ (<i>Schmidt</i>)	181
10	Warum Fokussierung und Konzentration die Basis für den Umgang mit Komplexität im digitalen Zeitalter sind (<i>Starker</i>)	195
	<i>Herausgeber- und Autorenverzeichnis</i>	207

Im Feld des Sorgens Wege bereiten

Das Case Management erweitert sich in Care

Wolf Rainer Wendt

1	Einleitung: Kollaboration kennzeichnet das Verfahren	1, 2
2	Felderkundung ökosozial.	3 – 8
3	Das manageriale Verfahren in der Innovation von Care	9 – 14
4	Versorgung mit den Sorgenden gestalten	15 – 19
5	Zum Design sorgender Gemeinschaft	20 – 28
6	Case Management in Moderation von Gemeinschaft in Sorge	29 – 33
	Literatur	

Abstract: Im Case Management ist Orientierung gefragt – im Einzelfall und generell im Feld der Versorgung. Das Verfahren wird in Sorgestrukturen umgesetzt. Deren heutige und künftige Entwicklung bedingt, wie sich das Case Management in weiteren Weisen von Care ausführen lässt. Den Wandel seines Handlungsrahmens gilt es zu erörtern. In ökosozialer Betrachtung richtet sich das Verfahren auf Zusammenhänge individueller Lebens- und Problemsituationen und es erfolgt überindividuell in Zusammenhängen der Gestaltung von Humandienstleistungen – ideal in nahräumlich sorgender Gemeinschaft. Sie zu gewinnen verlangt Vernetzung, analog und digital. In seiner räumlichen und zeitlichen Ausdehnung ist das Case Management in formellen und informellen Netzen unterwegs, knüpft an ihnen an und bewegt sich mit seinen Adressaten in ihnen.

1 Einleitung: Kollaboration kennzeichnet das Verfahren

- 1 Die britische Fachorganisation *Case Management Society UK* beginnt in ihren Standards der Praxis die Definition unseres Verfahrens mit einer interessanten These. Sie stellt den Prozess des Zusammenwirkens den Schritten in diesem Prozess voran. Die Definition lautet:

„Case management is a collaborative process which assesses, plans, implements, coordinates, monitors and evaluates the options and services required to meet an individual’s health, care, educational and employment needs, using communication and available resources to promote quality cost effective outcomes“ (CMSUK 2009, S. 8).

Nicht auf die professionelle Handhabung des Verfahrens durch eine Case Managerin oder einen Case Manager wird hier primär abgehoben, sondern auf einen Prozess der Zusammenarbeit, bei dem erst einmal offenbleibt, wer daran beteiligt ist. Es sind in diesem Prozess viele Möglichkeiten, Dienste und Leistungen zielgerichtet heranzuziehen. Mit ihnen kann man sich nicht erst befassen, wenn ein Fall eingetreten und zu bearbeiten ist. Der in der Definition angesprochene kollaborative Prozess ist räumlich und zeitlich ausgedehnt. Die Zuständigkeit für Fälle erstreckt sich auf den weiten Bereich, in dem sie zustande kommen und in dem die Ressourcen aufzusuchen sind, die zur Lösung oder Bewältigung der Problematik gebraucht werden.

- 2 Der Prozess, in dem das Case Management erfolgt, ist durch *Care* charakterisiert. Mit dem Begriff ist jegliches lebensdienliche Sichkümmern gemeint. Informelles Sorgen und formelle Versorgung kommen zusammen. Die Gestaltung ihres Zusammenwirkens (auf Organisationsebene mit dem Begriff *Care Management* belegt) fundiert die Handlungsmöglichkeiten in der Fallführung. Ihnen kann diskursiv nachgegangen werden, indem wir aus der Arbeitsbeziehung im Einzelfall heraustreten und das Umfeld betrachten, in dem gesorgt und in dem versorgt wird und in dem Entwicklungen hin zu neuen Arrangements der Aufgabenbewältigung im Gange sind.

2 Felderkundung ökosozial

Die Diskussion des Case Managements hat sich in der Vergangenheit auf die 3
Gegenüberstellung von *System* (der Versorgung) und *Person* (mit ihrer komplexen
Problematik) konzentriert. Beide Seiten sollen darin übereinkommen, was der *Fall*
ist und was in ihm zu tun ist. Die Standards des methodischen Verfahrens (vgl.
DGCC 2018) heben darauf ab. Derweil ist man in verschiedenen Handlungsberei-
chen der Sozialen Arbeit konzeptuell vom „Fall zum Feld“ (Hinte et al. 1999)
übergegangen und meint damit den Sozialraum (Kessl/Reutlinger 2022), in dem
die Adressatengruppen leben, in dem sie verstrickt und vernetzt sind und in dem
ihre Situation sich fallunabhängig erörtern lässt und ihnen fallbezogen und auch
fallübergreifend geholfen werden kann. Auf der anderen Seite ist der Diskurs auf der
Systemebene fortgeschritten, auf der eine vernetzte, sektorübergreifende und trans-
disziplinäre Kooperation angestrebt wird (Löcherbach/Wendt 2020). Ein entspre-
chendes Care Management hat seinen Gegenstand auf dieser Ebene der Versor-
gungsgestaltung. Mit den strukturbezogenen Entwicklungen rückt im Diskurs zum
Case Management von der Komplexität der zu behandelnden Problematik her der
ganze Lebenszusammenhang in den Blick, in dem sich die Bewältigungsaufgabe für
den oder die sorgenden Menschen und für das Versorgungssystem stellt. In ganzer
Breite werden Systemgestaltung und Lebensgestaltung aufeinander bezogen. Im
Verständnis dieser Erstreckung kommt der *ökosoziale Theorieansatz* ins Spiel, den
der Autor dieses Beitrags seit langem vertritt (vgl. Wendt 1983; Wendt 2018).

Nun dürfte in der beruflichen Praxis eine Case Managerin erst einmal kein 4
unmittelbares Interesse an neuen Arrangements des Versorgungsgeschehens jen-
seits ihres methodischen Handelns haben. Sie arbeitet an einer bestimmten Stelle
des Systems der stationären oder ambulanten medizinischen oder pflegerischen
Versorgung oder der sozialen Dienste und hat darin ihre festgelegte Zuständigkeit.
So umschrieben, soll sich das Case Management bewähren. Und bekanntlich
halten bestehende Strukturen hartnäckig an den mit ihnen gegebenen Rollen-
zuweisungen fest. Um die an sie gegenwärtig zumeist geknüpfte Aufgabenstellung
der methodischen Arbeit am Fall soll es aber im Folgenden nicht gehen. Unab-
hängig vom gegebenen Einsatz von Case Managern und Case Managerinnen sei
die sich verändernde Konstellation erkundet, in der sich das Verfahren wieder-
findet. Im Wandel seines Umfelds ist es auf neue Weise gefragt. In diesem Wandel
wird das Programm des Case Managements mitgenommen. Ihm wird ein verän-
deter Bezugsrahmen verschafft. Seinen Horizont erhellt die theoretische Orien-
tierung, auf die kurz eingegangen sei.

Ökosoziale Zusammenhänge

Das ökosoziale Paradigma unterstellt soziales Geschehen dem konkreten Zusam- 5
menhang des Lebens in seiner räumlichen und zeitlichen Ausdehnung. Mensch-
liches Dasein ist von vornherein vernetzt; es hat seinen Ort, steckt in physischen
Abhängigkeiten, ist in steter Bewegung und basiert auf inneren und äußeren

Case Management in den Jobcentern

Umsetzung und Entwicklungsperspektiven

Matthias Rübner

1	Einleitung	1, 2
2	Meilensteine der Implementation	3 – 5
3	Umsetzung in den Jobcentern	6 – 11
4	Beratung und Betreuung unter Pandemiebedingungen	12 – 16
5	Entwicklungsperspektiven im Kontext der Bürgergeldreform	17 – 22
6	Fazit und Ausblick	23 – 25
	Literatur	

Abstract: Vor genau 20 Jahren legte die damalige Bundesregierung ihren Gesetzesentwurf zur Einführung der Grundsicherung für Arbeitssuchende (SGB II) vor und bezeichnete darin das Fallmanagement als ein Kernelement. Vor diesem Hintergrund beleuchtet der vorliegende Beitrag zentrale Meilensteine der Einführung und Umsetzung des Fallmanagements in den Jobcentern. In den weiteren Abschnitten werden neuere Studienergebnisse zur Beratung und Betreuung im Fallmanagement während der Coronapandemie vorgestellt und Entwicklungsperspektiven im Kontext der aktuellen Bürgergeldreform ausgelotet.

1 Einleitung

- 1 Im Jahr 2003, vor mittlerweile 20 Jahren, präsentierte die damalige Bundesregierung ihren Gesetzesentwurf zur Einführung der Grundsicherung für Arbeitssuchende (SGB II), die im Volksmund auch als „Hartz 4“ bekannt ist. Neben den weitreichenden institutionellen Veränderungen, wie der Zusammenlegung der Arbeitslosen- und Sozialhilfe, sollte für alle erwerbsfähigen Leistungsberechtigten das Dienstleistungsangebot neu konzipiert werden. So heißt es in dem Gesetzesentwurf programmatisch, dass es zur schnellstmöglichen Überwindung der Hilfebedürftigkeit eine *„maßgeschneiderte Ausrichtung der Eingliederungsleistungen auf die erwerbsfähigen Hilfebedürftigen“* bedarf und *„Kernelement der neuen Leistung [...] deshalb das Fallmanagement“* sein soll (Deutscher Bundestag 2003, S. 44). Konkret sollte für jeden erwerbsfähigen Hilfebedürftigen ein Fallmanager benannt werden. Gleichzeitig wurden aber auch die Zumutbarkeitsregelungen und Sanktionsmöglichkeiten deutlich ausgebaut, insoweit ein ambivalentes und spannungsreiches Betreuungssetting für die Arbeit in den Jobcentern geschaffen.
- 2 20 Jahre sind nunmehr vergangen – ein guter Anlass, um die tatsächliche Umsetzung des Fallmanagements in der Praxis der Jobcenter zu beleuchten, zumal mit der aktuellen Bürgergeldreform viele Schwachstellen des „Hartz 4-Systems“ überwunden werden sollen. Vor diesem Hintergrund beleuchtet der Beitrag zunächst wichtige Meilensteine zur Einführung des beschäftigungsorientierten Fallmanagements. Davon ausgehend wird die konkrete Umsetzung des Fallmanagements in den Jobcentern analysiert. Anschließend wird es um die Frage gehen, wie die Herausforderungen der Beratungs- und Betreuungsarbeit im Fallmanagement während der Coronapandemie bewältigt worden sind. Danach werden die für das Fallmanagement relevanten Neuerungen der Bürgergeldreform beleuchtet. Abgerundet wird der Beitrag durch ein Fazit zum aktuellen Stand und einen Ausblick auf zukünftige Entwicklungsaufgaben.

2 Meilensteine der Implementation

- 3 Nachdem die Bundesregierung ihren Gesetzentwurf vorgelegt hatte, entwickelte die Bundesagentur für Arbeit zusammen mit Akteuren aus Politik, Verwaltung und Wissenschaft im darauffolgenden Jahr ein Fachkonzept zum *„beschäftigungs-*

orientierten *Fallmanagement*“ (Autorengemeinschaft 2004). Im SGB II, das zum 1.1.2005 in Kraft getreten ist, wird das Fallmanagement als eigenständige Leistung allerdings nicht mehr explizit genannt, sondern unter der Bezeichnung des „persönlichen Ansprechpartners“ subsumiert (§ 14 SGB II; vgl. Kap. 5).

In den ersten Jahren nach Einführung des SGB II wurden durch den Rechnungsprüfungsausschuss des Deutschen Bundestages teils erhebliche Mängel bei der Umsetzung des Fallmanagements festgestellt. Daraufhin verständigten sich das Bundesministerium für Arbeit und Soziales, die Bundesagentur für Arbeit und die kommunalen Spitzenverbände über gemeinsame Leitlinien, die für alle Jobcenter einen gemeinsamen Referenzrahmen für die „*Etablierung eines qualitativ hochwertigen Fallmanagements*“ schaffen sollten (BMAS/BA/Kommunale Spitzenverbände 2010, S. 1). 4

Die Bundesagentur für Arbeit hat auf dieser Grundlage eine fachliche Weisung aufgesetzt, die für die Jobcenter in gemeinsamer Trägerschaft verbindliche Leitlinien vorgibt (letzte Fassung BA 2017). Besonderes Augenmerk wird auf die Definition von Zugangskriterien und Betreuungszeiträumen gelegt. Die Zugangskriterien besagen, dass zum einen drei oder mehr Handlungsbedarfe aus Bereichen wie Gesundheit, Arbeitsvermögen, familiäre und finanzielle Situation vorliegen müssen und dass zum anderen mithilfe des Fallmanagements Integrationsfortschritte erwartbar sein müssen. Zur Sicherung der Qualität des Fallmanagements wird empfohlen, das zuständige Personal nach den Standards der DGCC zu zertifizieren. Hierzu hält die Bundesagentur für Arbeit ein eigenes, durch die DGCC zertifiziertes Ausbildungsinstitut vor, das an mehreren Standorten die Weiterbildung zum Case Manager anbietet. Zudem können sich Studierende an der Hochschule der Bundesagentur für Arbeit, die den Schwerpunkt „Fallmanagement“ gewählt haben, Teile ihres Studiums auf die Weiterbildung anrechnen lassen. Zertifizierte Fallmanager erhalten zudem eine zusätzliche Funktionszulage. 5

3 Umsetzung in den Jobcentern

Die folgende Darstellung basiert auf einer bundesweiten Felderkundung, in der 159 leitfadengestützte Interviews mit Integrationsfachkräften (N = 77) und Fallmanagern (N = 82) aus 52 Jobcentern in den Jahren 2017 und 2018 geführt wurden, um den Umsetzungsstand des Fallmanagements in der Praxis des SGB II zu analysieren (Rübner 2020, S. 87–95). Es können dabei nur Aussagen zum Fallmanagement in den Jobcentern in gemeinsamer Trägerschaft (Agentur für Arbeit und Kommune) gemacht werden, nicht zu Jobcentern in alleiniger kommunaler Trägerschaft, da für letztere keine veröffentlichten Daten vorliegen. 6

Zunächst konnte festgestellt werden, dass die untersuchten Jobcenter nahezu durchgängig in Strukturen des spezialisierten Fallmanagements arbeiten, d. h. es wird organisationsintern eine Trennung zwischen Personen mit und ohne komplexen Bedarfslagen vorgenommen und ein unterschiedliches Betreuungskonzept 7

Community Health Nursing – Neue (und alte) Wege in der Gesundheitsversorgung

Annäherungen an ein Rollenprofil zwischen Case und Care Management

Jürgen Drebes/Elena Zarges

1	Einführung in die Thematik	1 – 25
1.1	Neue und alte Begriffe der Gemeindepflege.....	9 – 16
1.2	Warum die akademisierte Pflege im Fachbereich Community Health?.....	17 – 25
2	Community Health Nursing – Erweitertes Handlungsfeld der Pflege als Brückenbauer zwischen Case und Care Management?	26 – 42
2.1	Handlungsfelder für Community Health Nursing	28 – 42
2.1.1	Die CHN in der Primärversorgung	29 – 34
2.1.2	CHN im kommunalen Sozialraum.....	35 – 42
3	CHN im Zusammenspiel von Care und Case Management...	43 – 47
3.1	Schnittmengen mit anderen Rollenbildern und Gesundheitsprofessionen	46, 47
4	Fazit und Essenz	48 – 50
	Literatur	

Abstract: Ein neues pflegerisches Berufsbild könnte in Zukunft Herausforderungen in der Gesundheitsversorgung durch die Schaffung innovativer Versorgungskonzepte und individueller Lösungen für regionale Bedarfe mit erweiterter Kompetenz entgegenreten. Dieser Beitrag soll Ziele des Community Health aufzeigen, Begründungen für die notwendige Weiterentwicklung der Gemeindepflege in Deutschland finden, aber auch mögliche Stolpersteine thematisieren. Ein entscheidender Weg, Komplexität zu reduzieren und identifizierte Bedarfe zu beantworten, ist die Verfahrensweise des Care und Case Managements. Letztere ist essenzieller Bestandteil von Community Health Nursing, sowohl im Handlungsfeld Primärversorgung als auch im Kontext der kommunalen Sozialraumorientierung – und besonders dazwischen.

1 Einführung in die Thematik

- 1 In Deutschland wird immer stärker sichtbar, dass wir vor großen Herausforderungen im Gesundheitswesen stehen, für die rasche Lösungen geschaffen werden müssen. Durch eine Zunahme der sogenannten Volkskrankheiten, und primär sind hier Herz- und Stoffwechselerkrankungen zu nennen, besteht ein erhöhter Aufklärungs- und Beratungsbedarf, der momentan nur unzureichend gedeckt werden kann (vgl. Rector 2018). Die Verstärkung sozialer und gesundheitlicher Ungleichheiten zeigt sich unter anderem daran, dass viele Menschen keinen angemessenen Zugang zum Gesundheitssystem und somit zur erforderlichen Gesundheitsversorgung haben (vgl. Rector 2018). Wir verzeichnen eine Zunahme an komplexen Bedarfslagen, was sowohl dem medizinischen Fortschritt geschuldet ist als auch dem demografischen Wandel, der mit einer Überalterung der Gesellschaft einhergeht und somit einer Zunahme an hochaltrigen Menschen, deren Bedarfslage aktuell nicht angemessen berücksichtigt werden kann (vgl. Rector 2018). Zwar werden vereinzelt Bemühungen sichtbar, den steigenden Herausforderungen im Gesundheitssystem zu begegnen. Beispielhaft sind hier Projekte wie „Stroke OWL“¹ und „OBERBERG_FAIRsorgt“² anzuführen, es mangelt jedoch an flächendeckenden Lösungen. Obwohl immer weniger Fachkräfte zur Verfügung stehen, um eine angemessene Versorgung der Gesellschaft sicherzustellen, gelingt es weiterhin nicht, dass die unterschiedlichen Professionen im Gesundheitssystem kooperieren und ihre Leistungen abstimmen (vgl. Schaeffer/Hämel 2021).
- 2 In Skandinavien und den angelsächsischen Ländern wurde Community Health Nursing bereits vor 50 Jahren entwickelt (vgl. Schaeffer/Hämel 2021). Community Health Nurses (im Folgenden CHN) übernehmen dort auch erweiterte klinische Aufgaben, die hierzulande in den Tätigkeits- und Verantwortungsbereich des Arztes fallen. Mit Blick auf deren Gesundheitssysteme wird deutlich, dass die

1 „STROKE OWL“ ist ein sektorenübergreifend organisiertes Versorgungsmanagement komplexer chronischer Erkrankungen am Beispiel Schlaganfall durch Schlaganfall-Lotsen in der Pilotregion Ostwestfalen-Lippe.

2 „OBERBERG_FAIRsorgt“ ist ein durch den Innovationsfonds des Bundes gefördertes Projekt mit dem Ziel, die medizinische und pflegerische Versorgung von pflegebedürftigen Seniorinnen und Senioren im Oberbergischen Kreis sektorenübergreifend zu verbessern.

Kooperation aller beteiligten Gesundheitsberufe sehr wohl gelingen kann, wenn es erforderlich und gewollt ist. Zudem zeigen Länder wie Kanada, Großbritannien, Finnland und Schweden, wie die Versorgung von Menschen aller Altersklassen und unterschiedlichen Bedarfslagen, zudem mit besonderem Fokus auf Prävention, gelingen kann (vgl. Schaeffer/Hämel 2021).



Abb. 1: Zielsetzungen von Community Health Nursing

Quelle: Drebes/Zarges 2022.

Wie Abbildung 1 zeigt, lassen sich aus den beschriebenen Herausforderungen im deutschen Gesundheitssystem konkrete Zielsetzungen für ein neues erweitertes Berufsbild der Pflege ableiten. CHNs haben anders als in der Pflege üblich, einen starken Bevölkerungsbezug und agieren nicht nur im Rahmen der Patientenbetreuung auf Einzelfallebene, sondern auch darüber hinaus für ganze Communities. In unterversorgten Stadtteilen und ländlichen Regionen soll der Fokus von CHNs vor allem auf gesundheitlicher und sozialer Chancengleichheit liegen. In der kommunalen Sozialraumentwicklung können CHNs beispielsweise kooperative und interprofessionelle Versorgungskonzepte entwickeln, wobei der Aufgabenschwerpunkt im Bereich der Primärversorgung die körperliche und psychische Ersteinschätzung, Versorgung von Bagatellerkrankungen, Unterstützung von Menschen mit chronischen Erkrankungen sowie das Stellen pflegerischer Diagnosen ist, um daraus Pflegemaßnahmen ableiten zu können (vgl. Weskamm/Keßler/Marks 2018). Für vulnerable Gruppen wie Hochbetagte, Kinder, Geflüchtete und Menschen ohne festen Wohnsitz können CHNs für einen verbesserten