

Case Management

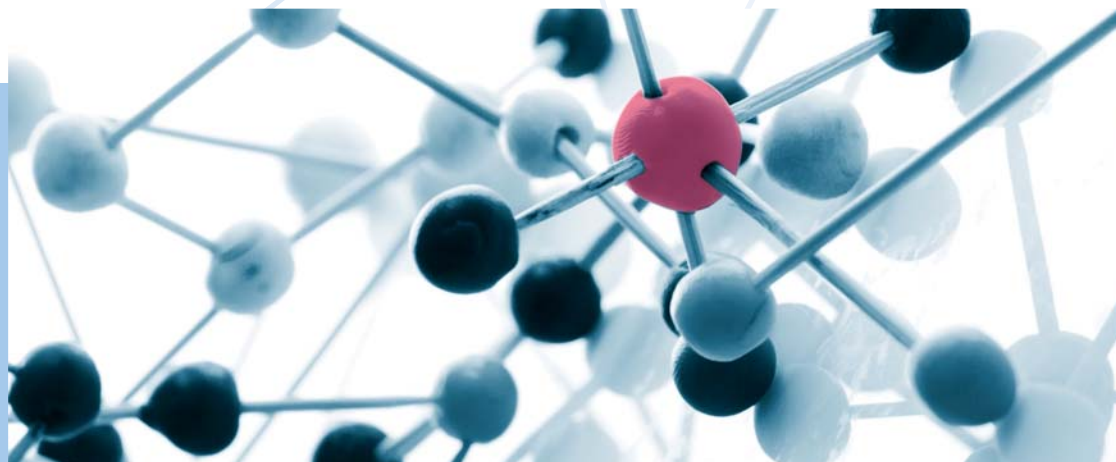
ISBN 978-86216-497-4
ISSN 1861-0102
D 15419
16. Jahrgang

Leseprobe

1|2019

März (S. 1–40)

- _ Fallweise die Integration steuern
- _ Kompetenzzentren – Innovationsstrategien für die Langzeitpflege
- _ Zwischen Teilhabe und Steuerung
- _ Herausforderungen des Entlassungsmanagements
- _ Experten aus eigener Erfahrung
- _ Case Management im Dialog



Case Management

Die Fachzeitschrift für Theorie und Praxis von Care und Case Management

Sie berichtet viermal jährlich über aktuelle Entwicklungen des Einsatzes von Case Management

- im Gesundheits- und Sozialwesen
- in der Pflege
- in der Beschäftigungsförderung
- und im Versicherungswesen

Behandelt werden rechtliche, politische, wirtschaftliche, organisatorische und personelle Probleme und Fragen im Zusammenhang mit der Implementierung des Verfahrens und mit seiner Funktion im System und in den Strukturen humandienstlicher Versorgung.

Die Zeitschrift widmet sich berufsübergreifend und interdisziplinär der Wissenschaft und Forschung und der Aus- und Weiterbildung auf dem Gebiet von Case Management. Sie ist Fachorgan der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management (DGCC).

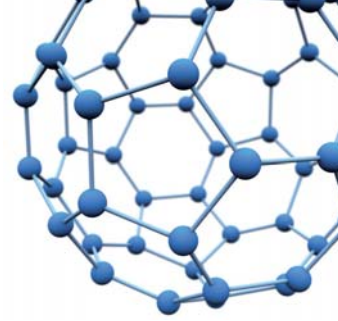
Jahresabonnement*: € 105,- (Inland), € 112,- (Ausland)

Vorzugspreis für Studenten*: € 80,- (Inland), € 87,- (Ausland)

Jahresabonnement online*: € 83,- (regulär), € 61,- (Studenten)

Einzelheft/Sonderheft: € 24,95 zzgl. Versandkosten

*alle Preise inkl. Mehrwertsteuer, Zugang zum Online-Archiv mit allen Beiträgen seit 2005 und Versandkosten



BESTELLCOUPON

.....
Firma

.....
Abteilung

.....
Name, Vorname

.....
Straße, Nr.

.....
PLZ, Ort

.....
E-Mail (bitte bei Online-Abonnement angeben)

Fax: 07 95 3/7 18 90 82

E-Mail: medhochzwei-verlag@sigloch.de

Ja, ich möchte Case Management abonnieren:

- Jahresabonnement Print (4 Ausgaben): € 105,- (Inland), € 112,- (Ausland) inkl. Versandkosten und Archiv
- Jahresabonnement online € 83,-
- Studenten-Jahresabonnement Print (4 Ausgaben): € 80,- (Inland), € 87,- (Ausland) inkl. Versandkosten und Archiv
- Studenten-Jahresabonnement online € 61,-
- Wir sind interessiert an einem Angebot für Mehrfachlizenzen

.....
Datum, Unterschrift

medhochzwei Verlag GmbH
Alte Eppelheimer Str. 42/1
69115 Heidelberg



DATENSCHUTZ & INFORMATIONSPFLICHT

Der Verlag, medhochzwei Verlag GmbH, Alte Eppelheimer Str. 42/1, 69115 Heidelberg, info@medhochzwei-verlag.de, verarbeitet personenbezogene Daten (Name, Vorname, Email, Adresse, ggfls. Bankdaten) des Käufers zum Zwecke der Abrechnung eines Kaufs, sowie der Zustellung der Ware. Rechtsgrundlage hierfür ist der Kaufvertrag mit Ihnen, bzw. im Falle, dass ein Unternehmen oder eine Institution bestellt eine Interessensabwägung entsprechend Art 6 I f EUDSGVO. Die Daten werden zu Abrechnungszwecken an die Heidelberger Volksbank eG und zur Ausführung der Zusendung der Bestellung an unsere Auslieferung Sigloch Distributions GmbH, Am Buchberg 8, 74572 Blaufenfeld weitergegeben. Eine Übermittlung in Drittländer findet nicht statt. Die Daten des Käufers werden für die Dauer entsprechend der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen gespeichert. Als Käufer haben Sie das Recht auf Auskunft, auf Berichtigung, auf Löschung („Vergessenwerden“), auf Einschränkung der Verarbeitung, ein Widerspruchsrecht, ein Recht Datenportabilität, sowie ein Recht auf Widerruf einer gegebenen Einwilligung. Nehmen Sie in diesen Fällen am besten über E-Mail, info@medhochzwei-verlag.de, Kontakt zu uns auf. Sie können uns aber auch einen Brief schicken. Sie erhalten nach Eingang umgehend eine Rückmeldung. Stellen Sie die Daten nicht bereit, ist eine Kaufabwicklung nicht möglich. Ihnen steht, sofern Sie der Meinung sind, dass wir Ihre personenbezogenen Daten nicht ordnungsgemäß verarbeiten, ein Beschwerderecht bei einer Aufsichtsbehörde zu. Für weitere Fragen erreichen Sie unseren Datenschutzbeauftragten jederzeit unter datenschutz@medhochzwei-verlag.de





Editorial

„Wer eine Jogginghose trägt, hat die Kontrolle über sein Leben verloren.“ Dieser, vom unlängst verstorbenen Karl Lagerfeld geäußerte Ausspruch hat zumindest schmunzelnde Aufmerksamkeit erregt, vielleicht auch manche geärgert. Ob er das Zeug zu einem Nachdenklichkeit provozierenden Aphorismus hat, bleibt dahingestellt. In der aufgeheizten Luft, in der Getwitter zu den täglichen Großwetterlagen genauso dazugehört wie das Reduzieren globaler (klimatischer) Zusammenhänge auf alternative Fakten, muss man sich schon einiges einfallen lassen, um Aufmerksamkeit zu bekommen...

Als bekennender Verweigerer von Jogginghosen war es mir vielleicht vorbehalten, Karl Lagerfelds Ausspruch etwas länger nachhallen zu lassen und ich blieb bei „Kontrolle über sein Leben verloren“ hängen. Natürlich klingt dies aus dem Munde eines immer etwas arrogant wirkenden Modezars nicht wirklich auffordernd, lange darüber nachzudenken. Und es wäre natürlich hochgradig blasiert, wenn man jenen, bei denen das Leben außer Kontrolle geraten ist, einfach eine andere Kleidung (am besten von Chanel) verschreiben würde. Aber „Kontrolle über das eigene Leben“, das hat bei mir etwas ausgelöst.

Nun will ich an dieser Stelle – es ist „nur“ ein Editorial – nicht zu einem großen Rundumschlag ausholen und aus

einer existenzialistischen Attitüde über Kontrolle, Fremdkontrolle, notwendige Kontrolle oder gar über die Unmöglichkeit von Kontrolle über das eigene Leben philosophieren. Was mich bewegt, ist die Empfindung, sein Leben kontrollieren zu können oder nicht. In einer Fachdiskussion über ärztlich assistierten Suizid hörte ich die Hypothese, es ginge den Sterbenden mit ihrer Bitte um Unterstützung im Eigentlichen gar nicht um eine sofortige Beendigung ihres Lebens. Vielmehr wünschten sie sich nach einer langen Folge von Erfahrungen von Kontrollverlusten im Umgang mit ihrer Situation, wie sie in den Abläufen der beteiligten Versorgungssysteme üblich sind, letztlich die Erfahrung von Selbstwirksamkeit oder eben Kontrolle.

Die Empfindung, sein Leben selbst kontrollieren zu können, findet sich im Handlungskonzept Case Management an vielen Stellen, ohne dass damit schon einfache Lösungen vorgegeben wären. In der Klärungsphase beispielsweise unterstützen wir mit Wissen und Erfahrung, sodass unsere Gegenüber selbst entscheiden können, ob und bei welchen Problemen sie Hilfe benötigen. Im Assessment organisieren und moderieren wir Expert*innen und Expertisen so, dass die Menschen, um deren Fälle es geht, ihre Schlüsse und Entscheidungen treffen können. Bei der Hilfeplanung beraten wir, wie die Aufträge an die beteiligten Akteure und Systeme zu konkretisieren sind, damit die gewünschten Veränderungen hergestellt und im Linking, wie sie umgesetzt und angepasst werden können. Und im Monitoring ist es Ziel im Case Management, (Selbst-)Wirksamkeit sicherzustellen.

Neben methodischen Ansätzen leistet das Care und Case Management auch einen Beitrag dazu, dass Menschen mit Unterstützungsbedarf nicht mit der Empfindung von Kontrollverlust bezahlen müssen, wenn sie Hilfe in Anspruch nehmen. In der vorliegenden Ausgabe werden Konzepte und Organisationen vorgestellt, in denen die Kontrolle der Menschen mit ihren Fällen eine prägende Rolle spielt. Wenn Wolf Rainer Wendt betont „Nicht die Migranten haben oder machen Probleme, sondern der Service bei der Integration macht oder schafft sie“, verweist er darauf, dass geflüchtete Menschen nur deswegen zum Gegenstand von Hilfe werden, weil sie aus einer Umgebung, in der sie mit dem organisationalen



Prof. Dr. Michael Monzer



Umfeld problemlos umgehen konnten, fliehen mussten. Case Management übernimmt die Aufgabe, ihnen auch hierzulande wieder die Kontrolle zu ermöglichen. Settimio Monteverde und Christine Rex beschäftigen sich mit dem ethischen Spannungsfeld zwischen Teilhabe und Steuerung im Rahmen von Palliative Care. Steuerung wird eingesetzt, damit die sterbenden Menschen Gestaltungsmöglichkeiten mit der Chance zur Teilhabe (zurück) erhalten. Klie und Monzer entwerfen Pflegekompetenzzentren als eine umfangreiche Case Managementorganisation. Obwohl oder gerade, weil diese notwendigerweise zentral in einer Region angelegt sind, steht der Einzelfall im Mittelpunkt – auch als vertrauensbildender Faktor in einem Implementierungsvorhaben, das die unterschiedlichsten Anbieter zusammenbringt. Mit der Stolperfalle zwischen Krankenhaus und poststationärer Versorgung beschäftigt sich Andreas Büscher. Ausgehend von einem monoprofessionellen Expertenstandard beschreibt er Voraussetzungen, wie in einem von vielen Organisationszwängen geprägten Unterstützungsbereich jenseits vom Streit, wer die geeignetste Profession ist, mehr Möglich-

keiten zum Selbstmanagement für die aus dem Krankenhaus entlassenen Menschen geschaffen werden können. Das Bundesteilhabegesetz fordert schließlich die verbindliche Beteiligung der Unabhängigen Teilhabeberatung, damit die oftmals von den Organisationen 'behinderten Menschen' ihr Leben selbst kontrollieren können. Gisela Hermes ordnet hierzu mit ihrem Beitrag zu den „Experten aus eigener Erfahrung – Peer Counseling in Beratungs- und Unterstützungskontexten“ einen paradigmatisch wichtigen Ansatz ins Case Management ein.

Ich wünsche Ihnen viele Erkenntnisgewinne, egal, ob Sie die Beiträge in Jeans, Anzugs- oder Jogginghose lesen.

Prof. Dr. Michael Monzer

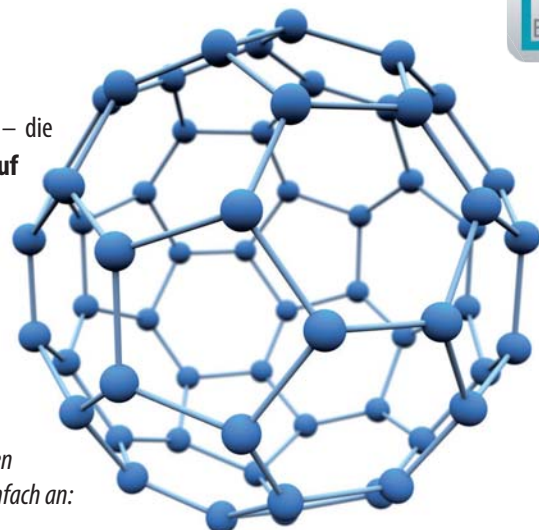


- | | | | |
|----|--|----|--|
| 1 | Editorial
Michael Monzer | 32 | Experten aus eigener Erfahrung – Peer Counseling in Beratungs- und Unterstützungskontexten
Gisela Hermes |
| 4 | Fallweise die Integration steuern
Wolf Rainer Wendt | 38 | „Case Management im Dialog“: CM und Politik
Christiane Bader |
| 9 | Kompetenzzentren – Innovationsstrategie für die Langzeitpflege
Thomas Klie, Michael Monzer | 40 | Impressum |
| 20 | Zwischen Teilhabe und Steuerung: Ethische Perspektiven des Case Managements in der ambulanten Palliative Care
Settimio Monteverde, Christine Rex | | |
| 26 | Wie ein monoprofessioneller Standard zu einem multiprofessionellen Entlassungsmanagement beitragen kann
Andreas Büscher | | |

Case Management in der App „medhochzwei-Bibliothek“

Ob in der Bahn, am Strand, auf dem Sofa oder im Café – die **Zeitschrift Case Management** kann **bequem online auf allen mobilen Endgeräten** gelesen werden. Seit 2015 ist sie in der **App medhochzwei-Bibliothek** verfügbar. Abonnenten können sich die App für iOS und Android herunterladen und mit ihren **Zugangsdaten für das Online-archiv** einloggen. Damit kann auf **alle Ausgaben ab der Ausgabe 01/2015** zugegriffen werden.

Sie möchten die Case Management in der App lesen und haben Ihre Zugangsdaten vergessen? Kein Problem, schreiben Sie einfach an: sabine.hornig@medhochzwei-verlag.de





Wolf Rainer Wendt

Fallweise die Integration steuern

Geflüchtete formell und informell begleiten

Menschen, die geflüchtet sind, suchen zumeist wie andere Migranten ihren Weg der Integration in die hiesigen Lebensverhältnisse. Sie mögen je nach Herkommen besondere Probleme haben, generell geht es um ein schrittweises Einleben und dabei um Alltagsbewältigung, Spracherwerb, Wohnen, Arbeit und Zurechtfinden im Verwaltungs-, Bildungs-, Sozial- und Gesundheitssystem. Empirisch erweist sich eine verlässlich andauernde Begleitung als hilfreich, mehr als eine nur punktuelle Beratung und Unterstützung. Das Case Management kann sich darauf einstellen.

Begleitung unterhalb der Migrationspolitik

Die Turbulenzen auf der politischen Ebene der Flüchtlings- und Einwanderungsdebatte berühren die einzelnen Menschen und Familien, die gekommen sind und bleiben wollen, nur indirekt. Die meisten Geflüchteten sind inzwischen Geduldete. Sie haben das behördliche Asylverfahren von der Erstregistrierung über die Abfolge von Einweisung in eine Aufnahmeeinrichtung, ggf. Verlegungen, Antragstellung und amtliche Erfassung, Prüfung, Anhörung, Entscheidung über Anerkennung oder Ablehnung von Asyl, Aufenthaltsgestattung, Schutz nach der Genfer Flüchtlingskonvention und Duldung (nach § 60a Abs. 2 S. 3 AufenthG) oder Aufenthaltserlaubnis (nach § 25 Abs. 5 AufenthG) durchlaufen. In den letzten Jahren wurde das Verfahren nur in weniger als zwei Prozent der Fälle mit Gewährung von Asyl nach Art. 16 a GG (Anerkennung als politisch Verfolgte) abgeschlossen. Der ganze Prozess hat – im „integrierten Flüchtlingsmanagement“ des Bundesamts für Migration und Flüchtlinge (BAMF) – seine Zeit gebraucht, und er dauert an, wenn es um Fragen der Wiederausreise bzw. der Rückführung geht. Die Furcht davor beschäftigt viele Geduldete, wenn auch

aus der Menge der „vollziehbar Ausreisepflichtigen“ nur eine geringe Zahl tatsächlich zurückgeführt wird.

Derweil wird auf der **Mesoebene** des Geschehens – beim BAMF und den örtlich zuständigen Stellen, in den aufnehmenden Kommunen, bei zivilgesellschaftlichen Unterstützern und in Unternehmen, die Arbeitskräfte suchen – ein Gestaltungsspielraum genutzt. Lokal schaut man auf das Gelingen von Eingliederung, darauf, was daran hindert, und wie man sie voranbringen kann. Das Management der Integration steht hier vor vielfältigen Aufgaben – in der Kooperation der Beteiligten, in der Versorgung mit Wohnung, Beschäftigung, Bildung und sozialer Einbindung.

Auf der **Individualebene** beeinflussen top-down politisch-ideologische Einstellungen, juristische und administrative Maßgaben und die Infrastruktur der Versorgung das personenbezogene Integrationsgeschehen. Das gesellschaftliche Engagement für Geflüchtete und auch ein professioneller oder ehrenamtlicher Einsatz sind nach 2015 gewöhnlich davon ausgegangen, dass es sich um hilfesuchende Verfolgte und Opfer handelt, die akuten Notlagen entkommen sind. Das galt in vielen Fällen für den Weg der Flucht und mag in der Ankunftssituation von Asylsuchenden so gewesen

sein. Aber im weiteren Verlauf handeln die meisten Zugewanderten in aktiver Selbstgestaltung ihres Lebens nicht aus der Not heraus, sondern innerhalb der ihnen eröffneten Perspektiven. Es sind in der subjektiven Sicht der einzelnen Menschen und in objektiver Betrachtung bei gewährttem Asyl, erkannter Schutz- oder Bleiberechtigung sehr unterschiedliche Perspektiven. Ihnen entsprechend sind die Menschen unterwegs, sich hierzulande einzurichten, und können Begleitung gebrauchen.

Organisierte Integrationsförderung

Es gibt auf überindividueller Ebene Integrationsprojekte von Kommunen, der Länder und des Bundes. Das BAMF fördert Projekte zur sozialen und gesellschaftlichen Integration von Zugewanderten mit dauerhafter Bleibeperspektive vor Ort. Mitte 2018 hat das Bundesinnenministerium 21 Kommunen für Initiativen der Zuwanderer-Integration und Förderung des Zusammenlebens ausgezeichnet. Mit den einzelnen Initiativen wird der individuellen Eingliederung in vielfältiger Weise zugearbeitet. Dazu gehören Bildungs- und Qualifizierungsmaßnahmen, Projekte mit Jugendlichen und in der Kinderbetreuung, soziales Engagement im Wohn-



umfeld. Es gibt auch ein Programm des BAMF zur Strukturförderung von Migrantenorganisationen. Deren finanzielle und fachliche Förderung hat das Ziel, dass sie als kompetente Interessenvertretung und kontinuierliche Ansprechpartner für Politik und Verwaltung sowie für andere Akteure der Integrationsförderung zur Verfügung stehen. Damit die Organisationen nicht nur auf der Makroebene Lobbyarbeit und in der Sammlung von Landsleuten Identitätspolitik betreiben, fördert das BAMF neuerdings besonders Organisationen, die einen direkten Beitrag bei der Ankunft und Integration von Geflüchteten leisten. Dazu gehört unter anderem der Verband Deutsch-Syrischer Hilfsvereine. Näher an der Steuerung der Integration im Einzelfall sind wir auf der Organisationsebene mit dem Konzept des **Integrationsmanagements**. Mit ihm sollen die verschiedenen Angebote und Leistungen im Handlungsfeld der Integration von Geflüchteten koordiniert und einheitlich ausgerichtet werden (KGSt 2017). Für die kommunale Verwaltung wird ein darauf zugeschnittener Fachbereich mit angeschlossenem Servicecenter empfohlen. Damit ist aber noch nicht gesichert, dass die Adressaten in ihrer unmittelbaren Lebenssituation und persönlichen Lage erreicht werden. Integrationsmanagement heißt oft, auf der fallübergreifenden Ebene der Zusammenführung von Aktivitäten im Sozialraum zu bleiben. Für den personenbezogenen Einsatz kann als Muster das Integrationsmanagement gelten, das mit dem „Pakt für Integration“ 2017 in Baden-Württemberg eingerichtet worden ist (s. Kasten S. 6).

Das Integrationsmanagement erfolgt in Kooperation mit kommunalen Integrationsbeauftragten, dem Personal der Flüchtlingssozialarbeit, mit Anbietern von Integrations- und Sprachkursen, mit der Migrationsberatung und den Jugendmigrationsdiensten des Bundes, den Jobcen-

tern und Agenturen für Arbeit, lokalen Netzwerken des bürgerschaftlichen Engagements und anderen einschlägigen Stellen und Projekten. Das Land Baden-Württemberg finanziert mit seinem Vorhaben bis zu 1.000 Stellen für IntegrationsmanagerInnen. Besetzt werden die geförderten Stellen mit Fachkräften, die einen Bachelorabschluss in Sozialer Arbeit, einem anderen geeigneten Studienfach oder bei abgeschlossener Berufsausbildung eine einschlägige Nachqualifizierung vorweisen können.

Fallsteuerung in personenbezogener Begleitung

Das Integrationsmanagement wird personen- und situationsbezogen durch ein Case Management realisiert. Im Unterschied zu anderen geläufigen Anwendungsbereichen des Verfahrens steht im Handlungsfeld der Eingliederung von Migranten nicht eine Steuerung innerhalb des Versorgungssystems (der Pflege, der Krankenbehandlung, der Kinder- und Jugendhilfe oder der Rehabilitation behinderter Menschen) im Vordergrund, sondern es erfolgt eine Wegleitung bei eigenständiger Lebensführung. Während gewöhnlich eine **vorhandene** komplexe persönliche **Problematik** ein Case Management veranlasst, das dann die Person zur Bewältigung der Probleme begleitet, kann (und sollte möglichst) die vorgängige Begleitung von Geflüchteten, die im Zuge der Eingliederung **Probleme bekommen**, ein Case Management einschließen. Der Integrationsprozess ist gewissermaßen ein längerer **Hindernislauf**, und jede Hürde will genommen werden.

In diesem Einsatz haben wir im Programm der Steuerung der Eingliederung von Migranten zu unterscheiden zwischen einem

- Case Management, das in Beratungsstellen fallbezogen in der einen oder anderen Phase des Prozesses vorgesehen ist, und dem
- Case Management der ganzen, auf Bleiben und Integration gerichteten Lebensführung.

Beide Verfahrensweisen können – per Zielvereinbarung mit den Adressaten (Lamotte/Unger 2016, S. 5 ff.) und per Monitoring der Fortschritte in der Integration – einander einschließen.

Der Integrationsprozess ist gewissermaßen ein längerer Hindernislauf, und jede Hürde will genommen werden.

Die erste Variante des Verfahrens ist dadurch charakterisiert, dass Beratungsstellen aufgesucht werden. Dem Case Management ist hier eine punktuelle Veranlassung vorgegeben. Als Instrument der „Migrationsberatung für erwachsene Zuwanderer“ (MBE) setzt das Verfahren bei konkreten Anliegen oder Problemen mit einem Sondierungsgespräch ein; es nimmt eine Bedarfsklärung mit Kompetenzanalyse, eine Zielvereinbarung und Förderplanung vor und koordiniert deren Umsetzung. Während die Thematik der professionellen Beratung ihre festen Anknüpfungspunkte hat, erfolgt ein Case Management in der Führung und Begleitung des Lebens durchaus unabhängig von Dienstleistungen näher am fortwährenden Alltagsgeschehen der Personen und an den Umständen, unter denen es abläuft. Es geht über eine pädagogisch konzipierte „Erstorientierung“ (Popescu-Willigmann/Ebbeler/Remmele 2018) hinaus, beinhaltet aber auch deren Themen (Vermittlung von sozialkultureller, administrativer, verbraucherbezogener und arbeitnehmerbezogener Grundbildung). Das Verfahren der einzelfallbezogenen Begleitung muss nicht explizit vereinbart werden und braucht als solches gar nicht in Erscheinung zu treten.



Im Rahmen des Paktes für Integration zwischen dem Land Baden-Württemberg und den kommunalen Landesverbänden vom 27. April 2017 hat das Land zur Durchführung der Aufgabe der Integration von Flüchtlingen mit Bleibeperspektive eine Verwaltungsvorschrift erlassen, in welcher der Zweck des Integrationsmanagements beschrieben wird. In der VwV Integrationsmanagement vom 11. Dezember 2017 heißt es unter Punkt 2.2:

- „Die Integrationsmanagerinnen und Integrationsmanager fördern den individuellen Integrationsprozess von Flüchtlingen in der Anschlussunterbringung und wirken insbesondere auf eine Stärkung ihrer Selbständigkeit hin. Die Flüchtlinge sollen in die Lage versetzt werden, einen Überblick über vorhandene Strukturen und Angebote der Integration und Teilhabe zu haben und diese selbständig nutzen zu können. Mit der Förderung wird eine flächendeckende soziale Beratung und Begleitung von Flüchtlingen ermöglicht. Dabei soll das Personal des Integrationsmanagements eine direkte und einzelfallbezogene Sozialbegleitung mit Hilfe eines individuellen Integrationsplanes durchführen.“

Zu den Aufgaben wird unter Punkt 4.1.1 der Verwaltungsvorschrift ausgeführt:

- „Grundlage der Tätigkeit des Integrationsmanagements ist die Feststellung von Bedarfen der zu beratenden Flüchtlinge in persönlichen Gesprächen. Auf der Grundlage eines Sondierungsgesprächs sollen unter anderem personenspezifische Daten auf freiwilliger Basis erfasst beziehungsweise zusammengeführt und konkrete Ziele formuliert werden (Case Management-Ansatz). Diese sollen in einem Integrationsplan schriftlich festgehalten, bei weiteren Gesprächen überprüft und bei Bedarf angepasst werden.“

Unter Punkt 4.1.2 heißt es: „Tätigkeiten können insbesondere sein:

- Sozialberatung und -begleitung durch Einzelfallhilfe zu allen Fragen des alltäglichen Lebens einschließlich Perspektiven in Baden-Württemberg (unter anderem Vermittlung von Informationen und zuständigen Ansprechpersonen zu nachfolgend exemplarisch aufgeführten Themen: Spracherwerb, Arbeitsmarktintegration, Anerkennung ausländischer Qualifikationen, Bestimmungen des Aufenthaltsrechts [unter anderem „3+2-Regelung“], Wohnen, Schule und Bildung). Diese Sozialberatung geschieht bedarfsorientiert in Form niedrigschwelliger, kultursensibler und in der Regel aufsuchender Beratung.
- Information über Integrations- und spezielle Beratungsangebote (zum Beispiel Schuldnerberatung, kommunale Suchtbeauftragte, Beratung bei Fragen im Bereich lesbische, schwule, bisexuelle, transsexuelle, transgender, intersexuelle und queere Menschen – LSBTTIQ, Beratungsangebote für Menschen mit Behinderungen) vor Ort sowie gegebenenfalls Weiterleitung an die Regeldienste,
- Erfassung und Zusammenführung von freiwillig zur Verfügung gestellten personenbezogenen Daten (insbesondere zu Sprachkenntnissen, Berufen, Schulabschlüssen, Geschlecht, Interessen) im Integrationsplan,
- Auswertung und Überprüfung sowie Fortschreibung der individuellen Integrationspläne (siehe Nummer 4.1.3) in regelmäßigen Gesprächen und Hinwirken auf eine konsequente Umsetzung der geplanten Integrations Schritte,
- Heranführung an geeignete Angebote von Ehrenamtlichen; gegebenenfalls gezielte Koordination des Einsatzes von Ehrenamtlichen (auf den Einzelfall ausgerichtet),
- Information und Heranführung der Flüchtlinge an bürgerschaftliche und zivilgesellschaftliche Strukturen und Vereine sowie Befähigung der Flüchtlinge zur Partizipation,
- Netzwerkarbeit“.

Den Integrationsprozess soll ein Integrationsplan strukturieren und dokumentieren. Er erfasst Qualifikationen und Kompetenzen, berufliche Ziele und individuelle Entwicklungen. Er stellt eine „verbindliche Beschreibung der einzelnen Schritte im Integrationsprozess sowie der konkret zu erreichenden Ziele und deren Erfüllung (durch schriftliche Vereinbarung und Dokumentation der Verantwortlichkeit)“ dar.

In der zweiten Variante sind bei Begleitung der Lebensführung jenseits der Beanspruchung von Diensten weiche Themen bedeutsam. Der Alltag ist Gegenstand eines Case Managements, das sich auf die vielen Aktivitäten des Lernens, insbesondere der Sprache, des Wohnens, der Beschäftigung, der sozialen Beziehungen, des Konsums usw. be-

zieht. Kurz: Eingliederung in das Leben hierzulande erfolgt per Einübung in den Alltag. Dabei ist zur angemessenen Lebensführung z.B. zu vermitteln, wie mit verfügbaren Geld umgegangen wird, wo und was man hierzulande einkauft bzw. besser nicht, was gekocht und gegessen wird im Unterschied zum Gewohnten, welche Behördengänge zu welchen

Terminen nicht versäumt werden dürfen, wann morgens aufgestanden wird, was hier Pünktlichkeit heißt, worauf im Umgang von Mann und Frau – außer Haus wie in der Familie – zu achten ist usw. In diesen Punkten wie überhaupt im Verlauf des allmählichen und schrittweisen Zurechtkommens bleibt für die einzelnen Personen die Frage: Wie sich



anpassen an neue Gegebenheiten und Erfordernisse – und dabei mit sich selbst übereinkommen? Im Dasein von Zugewanderten trifft eine mitgebrachte Kultur mit ihren Sitten und Gebräuchen auf eine einheimische Kultur mit deren Normen, Ansprüchen und üblicher Praxis. Diese Erfordernisse werden im Case Management nicht zurückgestellt gegenüber kulturellen Eigenheiten, mögen sie auch für eine achtsame Kommunikation wichtig bleiben (vgl. Mansour 2018).

Die zugewanderten Menschen führen ihr Leben selber und begegnen dabei Schwierigkeiten. Hiesige Möglichkeiten der Abhilfe und die Wege dahin kennen sie nicht und finden sie nicht allein. Fallsteuerung bedeutet hier Aufklärung und Navigation. Wird das System sozialer Leistungen und Hilfen gebraucht, erfolgt das Management der Begleitung im Konnex mit Diensten, z.B. dem Jobcenter und Sprachkursen. Mit oder gegenüber Anbietern muss individuell gesteuert werden, denn den einzelnen Migranten und ihren Familien **bereiten die Dienste Probleme**. Die Dienste und vorgesehene Dienstleistungen knüpfen von sich aus nicht an die unmittelbare Lebenssituation an, sondern halten sich an ihre äußerlichen Kriterien.

Daher kann es leicht geschehen, dass dienstleistende Organisationen über individuelle Erfordernisse hinweggehen. Nehmen wir einige Beispiele: Eine Afghanin begann einen zehnstündigen Vorbereitungskurs für Analphabeten. Danach wurde sie einem anderen Kurs zugewiesen, der des Geldes wegen aufgefüllt werden sollte, aber im Curriculum bei der 30. Stunde ansetzte. (Nicht selten müssen Sprachkurse ausfallen, weil für sie angemeldete Teilnehmer einfach nicht erscheinen.) Die Afghanin konnte dem Unterricht nicht folgen und brach den Kurs ab. In einem anderen Fall wurde ein Kurs aus Afghanen und Afrikanern gebildet. Während letztere Englisch konnten und sich mit der

Dozentin auf Englisch über Schwierigkeiten im Lernen des Deutschen hinweghelfen, konnten die Afghanen das nicht; sie blieben stumm und zwangsläufig im Kurs erfolglos.

Bei einem weiteren Sprachkurs, der über 700 Stunden (von Niveau A1 bis B1) lief, beklagte sich eine Teilnehmerin nach 500 Stunden, dass sie nicht vorankomme. Sie wolle in einen anderen Kurs. Es gab bis dahin seitens des Dienstleisters keinerlei Leistungskontrollen – und der Veranstalter verlangte nun, dass auch die übrigen 200 Stunden absolviert werden; es gebe ja die Möglichkeit, zur Wiederholung erneut 300 Stunden zu beantragen (zugunsten der Auslastung des Anbieters). Rückmeldungen aus der Fallbegleitung an die zuständigen Ämter (Kostenträger) sind nötig, um solche Praxis abzustellen.

Ein Case Management hat bei derartigen Systemproblemen fallweise Organisationsaufgaben und muss sich in die Systemsteuerung einmischen. Wie gesagt: Nicht die Migranten haben oder machen Probleme, sondern der Service bei der Integration macht oder schafft sie. Bei allen Leistungen, die aus der Infrastruktur des Integrationsprozesses beigezogen werden, bleibt das Zurechtkommen der Migrantinnen und Migranten für sie selbst im Zeitverlauf eine komplexe Angelegenheit und Bewältigungsaufgabe. Darauf hat sich das Case Management in erster Linie einzustellen.

UnterstützerInnen in verteilter Funktion

An der Begleitung von Migranten und an deren Integration sind auf der Individualebene Menschen in unterschiedlicher Funktion und Rolle beteiligt. Es gibt die Sachbearbeiter in den zuständigen Behörden, Fachkräfte in Sozial- und Gesundheitsdiensten, eh-

renamtlich Tätige, Mentoren, Lotsen und informelle Unterstützer, nicht zuletzt aus dem Kreis der Migranten, die

Nicht die Migranten haben oder machen Probleme, sondern der Service bei der Integration macht oder schafft sie.

schon länger hier leben. Viel Erfolg versprechen **Tandem-Projekte**, in denen eine deutsche Familie Partner einer Familie Geflüchteter wird und mit ihr Lebenserfahrungen im Alltag teilt. Im Tandem versteht man sich nicht nur sprachlich schneller. Diese und ähnliche Formen „freundschaftlicher Flüchtlingshilfe“ gibt es an vielen Orten.

Im Mikromanagement der Integration bzw. in der Organisation, die das Case Management leistet, sind die Handlungsoptionen und Wirkungsmöglichkeiten der informell und formell Beteiligten zusammenzuführen. In einem Fall mag von einer freiwilligen Begleiterin die Initiative ausgehen, sich in erforderlichen Schritten mit zuständigen und anderen helfenden Stellen und Personen abzustimmen. In einem anderen Fall kümmert sich eine Fachkraft darum, dass ehrenamtlich Helfende zur persönlichen Begleitung eines Geflüchteten oder einer Familie herangezogen werden.

Was die Beziehung zum formellen Integrationsmanagement betrifft, zeigt sich in der Praxis, dass die Menschen von sich aus unterscheiden, welche Probleme sie auf welcher Ebene ansprechen und zu klären suchen. Sie stellen bei Amtsträgern und Professionellen andere Fragen als bei informellen Kontakten. Wo sie können, nutzen sie die „obere“ Ebene und die „untere“ Ebene gleichzeitig, lassen sich insbesondere „unten“ übersetzen und verständlich machen, was ihnen „oben“ gesagt wird. Daraus werden dann von ihnen Schlussfolgerungen für das weitere eigene Handeln gezogen – oder, wenn man so will, für das Selbstmanagement von Integration.



An der Bleibeperspektive arbeiten

Das Integrationsmanagement wird in allen Fällen darauf sehen, dass eine passende Unterstützung organisiert und im Zeitverlauf erhalten wird. Wie Geflüchtete in unserer Gesellschaft „ankommen“, ist im Hinblick auf die dazu nötigen Bemühungen eine Frage der Zeit und der Nutzung der Zeit. Mit der Zeit ändert sich der Status der Migranten – subjektiv für sie und in der ausländerrechtlichen Praxis. Darauf lässt sich hinwirken.

Deutschland hatte bis 2019 kein Einwanderungsgesetz. Immerhin wird das für gesuchte Fachkräfte nun anders. Lange war die Politik darauf angelegt, Migration gewissermaßen zu durchkreuzen. Man hat auf der Makroebene Barrieren errichtet, von denen man weiß, dass sie auf unterer Ebene wenig bewirken. Die tatsächliche Abschiebequote bleibt relativ niedrig. Auf der Mesoebene der Ämter wird schon länger bei einer guten Bleibeperspektive die Integration gefördert. Administrativ geht man von einer guten Bleibeperspektive dann aus, wenn auf das Herkunftsland bezogen eine Schutzquote von über 50 Prozent gegeben ist. Auf welche Länder das zutrifft, wird halbjährlich neu ermittelt.

Über die persönlichen Verhältnisse von Migranten ist damit wenig ausgesagt. Auf der Individualebene kann auf eine gute Bleibeperspektive hingewirkt werden. Allerdings verunsichern Aussagen über eine hohe oder geringe Schutzquote und eine Menge Gerüchte zu drohenden Abschiebungen die einzelnen Menschen. Die Begleitung im Case Management muss hier beständig aufklären.

In der Politik hat man inzwischen bemerkt: Wenn von Rechts wegen abgeschoben werden soll, hält man sich, wie oft beklagt wird, an Personen und Familien, die bereits gut integriert sind – schon deshalb, weil sich andere dem Zugriff entziehen.

Auch kommt vor, dass, wer seine Geschichte erzählt, mit ihr vielleicht nicht anerkannt wird, dann aber einen Anwalt nimmt, der mit der aufbereiteten Geschichte die Anerkennung erreicht. Und es kommt vor, dass danach der Anerkannte sich nicht weiter um Integration bemüht und Sozialhilfe bezieht. Oft sind das alleinstehende Männer. Andere (Familien) bemühen sich von vornherein um Eingliederung, sind kooperativ – und werden nicht anerkannt. Sie bemühen sich bei Duldung weiter intensiv um Sprache, Arbeit, Wohnung usw., um ihre Bleibeperspektive zu verbessern. Ihnen muss die Furcht genommen werden, abgeschoben zu werden. Allerdings sollen Fälle wie der einer Jugendlichen nicht mehr vorkommen, die nach Schulbesuch Krankenpflegerin werden will und auch einen Ausbildungsplatz erhält, jedoch – weil gerade 18 Jahre alt geworden – abgeschoben wird unter Trennung von ihrer Familie, die unter Duldung bleiben kann.

Sehen wir auf die Fakten: Der Aufenthaltstitel von Geflüchteten wird innerhalb von drei Jahren vom BAMF darauf überprüft, ob er dem Grund nach bestehen bleibt. Innerhalb dieser Zeitspanne kann der Schutztitel auch wieder entzogen werden. Geschieht das nicht, wird daraus in der Regel ein dauerhaftes Aufenthaltsrecht. Somit hat per-

sonenbezogene Arbeit der Eingliederung einen zeitlichen Horizont, in dem die Migranten selbst aktiv – und mithilfe ihrer Unterstützer – das Ziel erreichen können, dass sie sich mit ihrem Herkommen gesteckt haben. Man kann davon ausgehen, dass sie danach streben – unterschiedlich intensiv und mit mehr oder weniger Geschick. Entsprechend differenziert sollte ihre Begleitung, Ermunterung, Aufforderung und konkrete Hilfestellung erfolgen.

Literatur

- KGSt-Bericht 7/2017, Bertelsmann Stiftung / Robert Bosch Stiftung. Kreutzer, M., Pamp, A., & Wieliki, M.: Kommunales Integrationsmanagement. Teil 1. Managementansätze und strategische Konzeptionierung. Köln: KGSt.
- Lamotte, K. & Unger, F. (2016): Case Management in der Flüchtlingshilfe – ein Leitfaden für Praktiker/innen. In: Case Management, 13, 2. S. 52–62.
- Mansour, A. (2018): Klartext zur Integration. Gegen falsche Toleranz und Panikmache. Frankfurt am Main: S. Fischer.
- Popescu-Willigmann, S., Ebbeler, S. & Remmele, B. (Hrsg.) (2018): Erstorientierung für Geflüchtete. Eine Handreichung aus der Praxis Sozialer Arbeit. Opladen: Barbara Budrich.



Prof. Dr. Wolf Rainer Wendt

Prof.dr.wendt@gmail.com



Andreas Büscher

Wie ein monoprofessioneller Standard zu einem multiprofessionellen Entlassungsmanagement beitragen kann

Die Entlassung aus dem Krankenhaus bleibt, trotz mittlerweile jahrzehntelanger Diskussion, ein wichtiges Problem der Gesundheitsversorgung. Die Schnittstelle zwischen der intensiven Krankenhausbehandlung und einer poststationären Versorgung im häuslichen Umfeld, in einer Pflegeeinrichtung oder im Rahmen von Rehabilitationsmaßnahmen weist nach wie vor ein erhöhtes Potenzial für Informationsverluste, Diskontinuitäten in der Versorgung und andere Probleme auf, deren Vermeidung zu einer besseren Versorgungsqualität beitragen könnte. Das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) hat bereits im Jahr 2003 einen Expertenstandard „Entlassungsmanagement in der Pflege“ entwickelt, modellhaft implementiert und veröffentlicht. Auf Basis dieses Expertenstandards lässt sich ein Entlassungsmanagement im Krankenhaus systematisch gestalten. Der folgende Beitrag greift die Herausforderungen des Entlassungsmanagements auf und stellt vor diesem Hintergrund die Intention und wesentlichen Inhalte des Expertenstandards dar.

Warum Entlassungsmanagement?

Der Bedarf nach einem gelingenden Entlassungsmanagement ist insbesondere vor dem Hintergrund des viel beschriebenen Wandels des Krankheitsspektrums von akuten zu chronischen Erkrankungen und der damit verbundenen gesundheitlichen und oftmals auch pflegerischen Versorgung in unterschiedlichen Einrichtungen und durch unterschiedliche Akteure und Versorgungsinstanzen zu sehen. Für Patient/innen mit chronischen Erkrankungen stellt der Klinikaufenthalt eine Phase im Krankheitsverlauf dar, die in der Regel mit vorherigen Versorgungserfordernissen und dem Krankenhausaufenthalt folgenden Anforderungen verbunden ist. Internationale Modelle zur Versorgung von Menschen mit chronischer Erkrankung, wie z. B. das „Chronic Care Model“ (Wagner et al. 1996), orientieren sich daher an den folgenden Grundprinzipien:

- Koordination und Integration verschiedener Versorgungssektoren
- Assessment des tatsächlichen Versorgungsbedarfs
- Aufbau von Kooperationsstrukturen auf lokaler Ebene

- Bereitstellung und Verfügbarkeit sowohl medizinischer, pflegerischer, therapeutischer als auch sozialer Dienstleistungen
- Förderung der Selbstmanagementfähigkeiten und der Autonomie des chronisch erkrankten Menschen

Ein gelingendes Entlassungsmanagement sollte sich an diesen Prinzipien orientieren und somit einen Beitrag zur Versorgungskontinuität leisten.

Gesetzliche Verankerung des Entlassungsmanagements

Trotz der unbestrittenen Notwendigkeit eines Entlassungsmanagements bleiben Hinweise auf Probleme bei der Entlassung aus dem Krankenhaus ein kontinuierliches Thema. Der Gesetzgeber sah sich veranlasst, das Entlassungsmanagement in § 39 SGB V zum Bestandteil der Krankenhausbehandlung zu erklären und die Kliniken zu entsprechenden Aktivitäten zu verpflichten. Der Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses an das AQUA-Institut zur Erarbeitung einer Konzeptskizze für das Entlassungsmanagement sowie

die Erarbeitung des Rahmenvertrags nach § 39 SGB V sind Belege für einen verstärkten Gestaltungswillen zur Verbesserung des Entlassungsmanagements. Bereits in älteren Dokumenten wurde bei Ausführungen zum Entlassungsmanagement auf den Expertenstandard des DNQP hingewiesen (SVR 2012; Deutscher Verein 2011).

Der Expertenstandard „Entlassungsmanagement in der Pflege“

Das DNQP entwickelt, konsentiert und implementiert seit dem Jahr 2000 Expertenstandards zu zentralen Qualitätsrisiken in der pflegerischen Versorgung. Expertenstandards sind definiert als „professionell abgestimmtes Leistungsniveau, das dem Bedarf und den Bedürfnissen der damit angesprochenen Bevölkerung angepasst ist und Kriterien zur Erfolgskontrolle dieser Pflege mit einschließt“ (DNQP 2015, 5). Expertenstandards sind zudem evidenzbasierte, monodisziplinäre Instrumente. Durch die explizite Benennung von Ergebniskriterien bieten sie eine gute Grundlage für eine kontinuierliche Verbesserung der Pflegequalität in



Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen. Der monodisziplinäre Charakter ist dabei keinesfalls als Ablehnung einer interdisziplinären Praxis zu verstehen, sondern als explizite Beschreibung des pflegerischen Beitrags, auf dessen Basis interdisziplinäre Ansätze entwickelt werden können. Das DNQP hat mittlerweile zehn Expertenstandards zu unterschiedlichen Themen der Pflegepraxis entwickelt. Der Expertenstandard „Entlassungsmanagement in der Pflege“ wurde erstmals 2003 nach einem mehr als zweijährigen Entwicklungs- und Implementierungsprozess veröffentlicht. Die erste Aktualisierung erschien 2009 und die zweite Aktualisierung wird 2019 veröffentlicht werden.

Kriterien für die Entwicklung neuer Expertenstandards des DNQP sind die Bedeutung des jeweiligen Qualitätsrisikos, Hinweise auf einen substantiellen pflegerischen Beitrag zur Bearbeitung des Qualitätsrisikos und die Erwartung tatsächlicher Qualitätsverbesserungen. Maßgeblich für die Entscheidung, einen Expertenstandard zum Entlassungsmanagement zu entwickeln, waren die bekannte Schnittstellenproblematik für Patienten bei der Entlassung aus dem Krankenhaus und die vielfach dadurch ausgelösten Unterbrechungen einer kontinuierlichen Versorgung, die wiederum Drehtüreffekte durch erneute und vermeidbare Wiedereinweisungen ins Krankenhaus mit sich brachten. Hinsichtlich des Beitrags der Pflege gab es internationale Erfahrungen, die der Pflege eine besondere Rolle im interdisziplinären Entlassungsgeschehen zusprachen. Nicht zuletzt bestand die Einschätzung, durch hausinterne Ausgestaltungs- und Verfahrensvereinbarungen einen bedeutsamen Impuls zu einer Qualitätsverbesserung setzen zu können.

Der Aufbau der Expertenstandards folgt themenunabhängig einer gleichen Logik, die sich an den Schritten des Pflegeprozesses orientiert. Nach

der Zielsetzung und Begründung des Standards werden einzelne Standardkriterien – differenziert in Struktur-, Prozess- und Ergebniskriterien – formuliert. Die Zielsetzung des Expertenstandards zum Entlassungsmanagement lautet: „Jeder Patient mit einem erhöhten Risiko poststationärer Versorgungsprobleme und einem daraus resultierenden weiter andauernden Pflege- und Unterstützungsbedarf erhält ein individuelles Entlassungsmanagement zur Sicherung einer kontinuierlichen bedarfsgerechten Versorgung.“ (DNQP 2009)

Die weiteren Standardkriterien enthalten Aussagen zu den folgenden Aspekten des Entlassungsprozesses:

- Verfahrensregelung und Einschätzung des poststationären Versorgungsbedarfs
- Planungs- und Steuerungskompetenz
- Information, Beratung, und Koordination von Maßnahmen
- Autorisierung zur Koordination des Entlassungsprozesses
- Evaluation von Entlassungsplanung und -bedarf
- Abschließende Evaluation des Entlassungsprozesses

Verfahrensregel

Das erste Standardkriterium sieht das Vorhandensein einer Verfahrensregelung für das Entlassungsmanagement vor. Die Aufgabe der Verfahrensregel liegt darin, das Vorgehen für das jeweilige Krankenhaus hausintern festzulegen. Bestandteil der Verfahrensregelung ist zunächst die Präzisierung von Aufgabenbereichen und Vorgehensweisen im multidisziplinären Entlassungsmanagement. Zu entscheiden ist in diesem Zusammenhang, wer das Entlassungsmanagement auf Basis welcher Informationen initiiert und wer welche weiteren Aufgaben übernimmt. Zur Festlegung der Aufgaben sind Aussagen zu fachlich-inhalt-

lichen, organisatorischen, qualifikatorischen und personellen Gegebenheiten sinnvoll. Idealerweise enthält die Verfahrensweise zur Illustration der Zuständigkeiten ein Organigramm und visualisiert das Vorgehen in Form eines Ablaufplans. Neben der Verständigung über professionelle Aufgaben und Rollen enthält die Verfahrensregelung auch Aussagen zur Einbeziehung der Angehörigen und zur Dokumentation des Entlassungsmanagements. Hin-

Patienten und ihre Angehörigen informieren und beraten zu können ist ein wichtiges Kriterium des Expertenstandards.

sichtlich der Rolle der Pflege empfiehlt der Expertenstandard den Aufbau gesonderter, spezialisierter Stellen für das pflegerische Entlassungsmanagement.

Einschätzung des poststationären Versorgungsbedarfs

Einer der wichtigsten Schlüssel für das Entlassungsmanagement ist die Identifikation der Personen mit einem poststationären Versorgungsbedarf und die differenzierte Einschätzung dieses Bedarfs, um die Entlassung zielgerichtet planen zu können. Als Risikobereiche für einen poststationären Versorgungsbedarf werden im Expertenstandard benannt:

- Krankheits- und pflegebezogene Unterstützungserfordernisse, beispielsweise ein bestehender pflegerischer Unterstützungsbedarf oder die Unterstützung bei Maßnahmen, die im Rahmen der ärztlichen Therapie nach dem Krankenhausaufenthalt erforderlich sind
- Alltagsbezogene Versorgungs- und Unterstützungserfordernisse, die sich durch die Lebens- und Wohnsituation der Patienten ergeben können
- Psychosoziale und biografisch bedingte Unterstützungserfordernisse. Der Erhalt einer Diagnose oder die Gewissheit dauer-



hafter physischer oder psychischer Beeinträchtigungen nach einem Krankenhausaufenthalt rufen oftmals die Notwendigkeit einer Unterstützung zur Verarbeitung der geänderten Lebenssituation oder den Bedarf einer Begleitung bei der krankheitsbedingten Veränderung von Gewohnheiten hervor.

- Unterstützungsbedarf bei Selbstmanagement-Erfordernissen. Selbstmanagement bezieht sich auf den eigenständigen Umgang chronisch erkrankter Menschen mit Anforderungen und Belastungen ihrer Erkrankung, wie beispielsweise die Kontrolle von und angemessene Reaktion auf bestimmte Symptome oder der Umgang mit Medikamenten.

Die Personen, die mit dem Entlassungsmanagement von Patienten betraut sind, müssen dazu autorisiert sein.

- Nicht zuletzt besteht oftmals ein Unterstützungsbedarf bei der Auswahl und Koordination erforderlicher Hilfeleistungen und Hilfsmittel.

Neben den genannten Aspekten werden im Expertenstandard weitere Kriterien genannt, aufgrund derer ein poststationärer Versorgungsbedarf in hohem Maße wahrscheinlich ist. Dies ist beispielsweise bei Personen der Fall, die sich bereits mehrfach im Vorjahr einer Krankenhausbehandlung unterziehen mussten. Auch eine bereits bei Aufnahme in das Krankenhaus bestehende Pflegebedürftigkeit lässt poststationäre Anforderungen erwarten. Ebenso sind ein sehr geringes Geburtsalter bei frühgeborenen Kindern oder ein sehr hohes Lebensalter bei betagten Menschen Kriterien, die prognostisch auf einen poststationären Bedarf hinweisen. Diesen zu erkennen und differenziert einschätzen zu können, ist eine der großen Herausforderungen des Entlassungsmana-

gements. Die Vorgehensweise bei der Einschätzung und die Auswahl von Instrumenten für die Einschätzung des Versorgungsbedarfs sollten innerhalb der Verfahrensregel festgeschrieben sein, und die entsprechenden Kompetenzen sollten geschult werden.

Planungs- und Steuerungskompetenz

Die mit dem Entlassungsmanagement betrauten Personen im Krankenhaus sollten über umfassende Planungs- und Steuerungskompetenzen verfügen. Dazu zählen die Kenntnis von weiterführenden Versorgungsangeboten und -möglichkeiten in der Region, die Vernetzung mit diesem Angebot, die Vermittlung weiterer Ansprechpartner und – insbesondere für pflegebedürftige Menschen – der Hinweis auf weitere Pflegeberatungsoptionen. Diese Kompetenzen sind notwendig, um die Entlassungsplanung mit dem Patienten und ggf. seinen Angehörigen vornehmen zu können und dadurch einen Beitrag zu einer bedarfsgerechten poststationären Versorgung leisten zu können.

Information, Beratung und Koordination von Maßnahmen

Patienten und ihre Angehörigen informieren und beraten zu können ist ein wichtiges Kriterium des Expertenstandards. Explizit sollen sich Information und Beratung auch an die Angehörigen richten, da diese oftmals eine tragende Rolle in der Versorgung nach dem Krankenhausaufenthalt wahrnehmen. Beratung und Information dienen dazu, die Kompetenzen der Patienten und Ihrer Angehörigen zu erhöhen und Hilfestellung bei notwendigen Entscheidungen geben zu können. Auch zur Förderung des bereits genannten Selbstmanagements kommt der Beratung eine hohe Bedeutung zu. Im Entlassungsmanagement kann Infor-

mation und Beratung als eigenständige Aufgabe der mit dem Entlassungsmanagement betrauten professionellen Akteure angesehen werden, es kann aber auch um die Vermittlung entsprechender Angebote gehen.

Autorisierung zur Koordination des Entlassungsprozesses

Die Personen, die mit dem Entlassungsmanagement von Patienten betraut sind, müssen dazu autorisiert sein. Autorisierung bedeutet, dass sie einen Auftrag durch die Leitung des Krankenhauses haben sollten. Diese ist erforderlich, um möglichst frühzeitig Maßnahmen hinsichtlich des poststationären Versorgungsbedarfs mit Patienten und Angehörigen abzustimmen und diese vorbereiten und veranlassen zu können. Im Expertenstandard werden eindeutige Hinweise darauf gegeben, dass spezialisierte Formen des pflegerischen Entlassungsmanagements, also explizit damit beauftragte Pflegefachkräfte, eine höhere Funktionalität aufweisen.

Evaluation von Entlassungsplanung und -bedarf

Das letzte Standardkriterium befasst sich mit der Evaluation der Entlassungsplanung. Diese sollte sowohl vor als auch nach der eigentlichen Entlassung erfolgen. Spätestens 24 Stunden vor der geplanten Entlassung sollte auf Basis der Entlassungsplanung bzw. unter Zuhilfenahme von Protokollen und/oder Checklisten geprüft werden, ob die Planung dem aktuellen Bedarf entspricht. Eine Bezugnahme auf die genannten fünf Risikobereiche ist in diesem Zusammenhang sehr zu empfehlen. Bei Abweichungen des Bedarfs von der ursprünglichen Bedarfseinschätzung und der daran ausgerichteten Planung müssen Anpassungen vorgenommen werden. Das Entlassungsmanagement im Sinne des Expertenstandards endet nicht mit der Entlassung aus dem



Krankenhaus, sondern umfasst auch die Kontaktaufnahme mit dem Patienten oder der weiterversorgenden Einrichtung nach der Entlassung, um zu evaluieren, ob die Ziele der Entlassungsplanung und Weiterversorgung erreicht wurden oder ob Probleme aufgetreten sind. Der Expertenstandard empfiehlt diese Kontaktaufnahme 48 Stunden nach der Entlassung. Der nachstationäre Kontakt ist eine wesentliche Voraussetzung, um Rückschlüsse zum Entlassungsgeschehen ziehen und das hausinterne Entlassungsmanagement anpassen zu können.

Erkenntnisse aus Implementierungsprojekten

Das DNQP hat nach der Konsentierung des Expertenstandards ein Projekt zur modellhaften Implementierung durchgeführt und bekommt darüber hinaus kontinuierliche Rückmeldungen aus der Praxis über die Arbeit dem Expertenstandard:

- Als Schlüsselfaktor für ein gelingendes Entlassungsmanagement zeigt sich dabei die Herausforderung, alle Akteure an einen Tisch zu bekommen. Die Verständigung der Berufsgruppen und Abteilungen untereinander ist eine unabdingbare Vo-

raussetzung für ein geplantes und bedarfsgerechtes Entlassungsgeschehen.

- Als zweiter wichtiger Punkt ist die Zusammenarbeit mit weiterversorgenden Einrichtungen zu nennen. Die Kooperation auf lokaler Ebene kann dazu beitragen, Versorgungsbrüche zu vermeiden.
- Die poststationäre Evaluation, deren Nennung bei Diskussionen über den Expertenstandard regelmäßig die Frage nach der Zuständigkeit für außerhalb des Krankenhauses liegende Versorgungsangebote aufwirft, hat sich sowohl als sinnvoll wie auch als machbar herausgestellt. Die Erkenntnisse sind für die weitere Gestaltung von Entlassungsprozessen sehr wichtig und der Aufwand ist nicht so groß, wie es zunächst scheint.
- Nicht zuletzt wurde die Praktikabilität des vom DNQP entwickelten und über die Homepage zur Verfügung gestellten Audit-Instruments unterstrichen, um zu evaluieren, ob die Ziele des Expertenstandards erreicht wurden. Das Audit-Instrument dient den Krankenhäusern auch dazu, Stärken und Schwächen des

eigenen Entlassungsmanagements zu identifizieren und bei Bedarf zielgerichtet Verbesserungen einzuleiten.

Darüber hinaus kommen aus Krankenhäusern unterschiedliche Rückmeldungen zur Umsetzung des Expertenstandards. Eine Stärkung der pflegerischen Rolle im Entlassungsmanagement wird aufgrund des gestiegenen poststationären Pflegebedarfs berichtet. In einigen Kliniken agieren Pflegefachkräfte mittlerweile als Case Manager, um Versorgungsprozesse besser begleiten und die Entlassung planen zu können. Andere Häuser setzen auf zentrale Abteilungen zum Patientenmanagement, in denen die Fäden zusammenlaufen und die Entlassung geplant wird. Als sehr wichtig betonen die Krankenhäuser das Vorhandensein von Regelungen zur Identifikation des poststationären Versorgungsbedarfs. Unabhängig davon, ob durch ein grundlegendes Assessment, eine ärztliche, pflegerische oder andere Einschätzung – es sollte erkennbar sein, wer auf welche Weise poststationäre Bedarfe identifiziert und wie diese bei Vorhandensein bearbeitet werden.

Als wesentliche Herausforderung hat sich die Kooperation und Kommuni-

Regionale Pflegekompetenzzentren

Um den absehbaren Versorgungsproblemen zu begegnen und die Vernetzung vor Ort zu optimieren, bringt die DAK-Gesundheit ein neues Konzept in die Diskussion um bessere Pflege ein. Regionale Pflegekompetenzzentren können die Zusammenarbeit aller Akteure unterstützen und damit vorhandene Ressourcen besser nutzbar machen.

Klie/Monzer

Regionale Pflegekompetenzen

Innovationsstrategie für die Langzeitpflege vor Ort
33 Seiten. Softcover. 19,99 €. ISBN 978-3-86216-502-5



Weitere Informationen und Bestellung unter:
www.medhochzwei-verlag.de/shop

 medhochzwei



kation außerhalb des Krankenhauses erwiesen. Auch wenn die Kommunikation mit nachsorgenden Einrichtungen für notwendig und sinnvoll erachtet wird, so bleibt sie eine Herausforderung, die sich so zusammenfassen lässt: Alle professionellen Akteure sind für die Kommunikation verantwortlich, jedoch keiner wirklich zuständig. Die Sektoren der Gesundheitsversorgung bleiben schwer zu überwinden, unabhängig davon, ob es sich um die Schnittstelle von ambulanter und stationärer Versorgung handelt oder die Grenzen der Zuständigkeit zwischen Kranken- und Pflegeversicherung angesprochen sind. Angesichts der kaum noch eindeutig einzelnen Sektoren zuzuordnenden gesundheitlichen Problemlagen vieler Menschen stimmt diese Einschätzung bedenklich.

Abschließend sei noch einmal zusammenfassend festgehalten, dass die Bedeutung des Entlassungsmanagements angesichts der hohen Versorgungsintensität im Krankenhaus, der sich weiter vollziehenden Ambulantisierung in der Behandlung vieler Erkrankungen und der seit Jahren gestiegenen Anzahl chronischer Erkrankungen zugenommen hat. Die konzeptionellen und praktischen Weiterentwicklungen erfolgen – trotz gesetzgeberischer Festlegungen – eher zögerlich. Ein Grund mag darin liegen, dass zu oft darüber gestritten wird, „wer“ die geeignetste Profession oder Person für das Entlassungsmanagement ist und nicht „wie“ ein tragfähiges Entlassungsmanagement am besten aufzubauen wäre. Trotz des Bezugs zur Pflege zeigt der Expertenstandard in diesem Zusammenhang einen gangbaren Weg auf, der keinesfalls auf die pflegerische Rolle beschränkt sein muss, die gute und wichtige Rolle der Pflege im Entlassungsmanagement jedoch eindeutig unter-

streicht. Insgesamt bleibt zu hoffen, dass dieser Weg in vielen Krankenhäusern beschritten wird. Für die sozial-, pflege- und gesundheitswissenschaftliche Forschung besteht eine der zukünftigen Aufgaben darin, umfassendere Daten und Erkenntnisse zum Vorgehen, zu den Inhalten und den Auswirkungen unterschiedlicher Formen des Entlassungsmanagements zu generieren, um auf dieser Basis fundierte Weiterentwicklungen zu ermöglichen.

Literatur

- Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. (2011): Prävention und Rehabilitation vor Pflege umsetzen! Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Verringerung von Pflegebedürftigkeit. DV 23/10 AF IV vom 21. Juni 2011.
- DNQP – Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.) (2009): Expertenstandard Entlassungsmanage-

ment in der Pflege. 1. Aktualisierung 2009 einschließlich Kommentierung und Literaturstudie. Osnabrück: DNQP.

- DNQP (Hrsg.) (2015): Methodisches Vorgehen zur Entwicklung, Einführung und Aktualisierung von Expertenstandards in der Pflege und zur Entwicklung von Indikatoren auf der Basis von Expertenstandards. Version Juni 2015. Osnabrück: DNQP, verfügbar unter: <https://www.dnqp.de/fileadmin/HSOS/Homepages/DNQP/Dateien/Weitere/DNQP-Methodenpapier2015.pdf> (letzter Zugriff: 22.10.2018)

- SVR-Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2012): Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. Sondergutachten 2012. Kurzfassung.

- Wagner, E. H., Austin, B. T. & von Korff, M. (1996): Improving outcomes in chronic illness. In: *Manag Care Q* 4(2): 12–25.

(Foto: Hochschule Osnabrück)



Prof. Andreas Büscher

Professor für Pflegewissenschaft an der Hochschule Osnabrück, wiss. Leiter Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP)
A.Buescher@hs-osnabrueck.de



Christiane Bader

„Case Management im Dialog“: Case Management und Politik

Podiumsdiskussion auf der Case Management-Fachtagung
im Oktober 2018 in Freiburg

Am 5. Oktober fand die alljährliche Freiburger Fachtagung Case Management statt, bei der sich alles um das Thema „Case Management und Politik“ drehte. Zwischen den vier Hauptvorträgen am Vormittag und vor den arbeitsfeldbezogenen Workshops des Nachmittags stand bei dieser eintägigen Veranstaltung wieder die Podiumsdiskussion „Case Management im Dialog“ auf dem Programm. Prof. Dr. Thomas Klie diskutierte diesmal mit Theresia Denzer-Urschel von der Agentur für Arbeit Freiburg, Staatssekretärin Bärbl Mielich (MdL, Bündnis 90/Die Grünen), Prof. Dr. Bernd Maelicke vom Deutschen Institut für Sozialwirtschaft Kiel/Hamburg und Prof. Dr. Wolf Rainer Wendt von der DGCC.

Klie spricht zunächst Denzer-Urschel auf die Problematik der Menschen an, die ohne eine Perspektive der Vermittlung in den ersten Arbeitsmarkt in struktureller Dauerarbeitslosigkeit verbleiben, und denen in strukturschwachen Regionen nun eine Perspektive gegeben werden soll, wieder an Arbeit zu kommen. Klie fragt Denzer-Urschel zurück, wie diese Aufgabe angegangen werde, ohne die klassische Rechtfertigungslogik der üblichen Förderinstrumente anzuwenden. Denzer-Urschel antwortet, es brauche bestätigte Regelinstrumente, mit denen Menschen, die schon lange in Arbeitslosigkeit und im Leistungsbezug seien, wieder sukzessiv in den Arbeitsmarkt integriert werden können, auch wenn dies eine umfangreiche und lange Förderung benötige. Es brauche auch den Weg aus der sogenannten Beschränkungstrias, also dass alle Arbeiten im sogenannten zweiten Arbeitsmarkt zusätzlich ausgeführt werden müssen und im öffentlichen Interesse. Im Moment werde nachgeschaut, welche Personen in Betracht kämen. Ebenfalls wichtig sei, sich zu orientieren, welche Arbeitgeber angesprochen werden könnten. Es gebe bereits Erfahrungen aus Vorläuferprogrammen, die nun in ein Regelinstrument des SGB II einfließen könnten.

Klie möchte von Denzer-Urschel wissen, ob sie im Hinblick auf die Vorträge vom Vormittag Diskrepanzen zwischen politischer Steuerung und der Logik des Case Managements beobachte. Denzer-Urschel nimmt Bezug auf den Vortrag von Wendt zur Flüchtlingsarbeit und bestätigt, dass es äußerst schwierig sei, die Ebenen zu unterscheiden, auf denen gearbeitet werde. Es sei ihr aufgefallen, dass an der Stelle, wo die Menschen die höchste Bleibewahrscheinlichkeit hätten, die größten Fördermöglichkeiten bestünden. Das seien aber häufig genau die Personen, die diese Fördermöglichkeiten gar nicht mehr bräuchten, weil sie sich ihrem Leben bereits eingerichtet hätten. Wo die Unterstützung eher gebraucht würde, würden die Menschen am wenigsten davon profitieren, weil ihre Bleibewahrscheinlichkeit gering sei. Diese Personen seien am höchsten motiviert, und hier käme aktuell politisch Bewegung rein: Man denke darüber nach, abgelehnten Asylbewerbern, die bereits integriert sind und sich selbst unterhalten können, eine Bleibemöglichkeit zu eröffnen. Die 3-plus-2-Regelung bei der Ausbildung sei ein guter Anreiz. Aber sie sei dort ein Fehlanreiz, wo man junge Menschen in Ausbildung gebe, obwohl sie die Sprache nicht beherrschten, weil sie dadurch Schei-

tern erfahren würden oder das erste Ausbildungsjahr wiederholen müssten. Diese Leute bräuchten einen bereits angepassten Status schon während der Vorbereitung auf die Ausbildung. Bezugnehmend auf den Vormittags-Vortrag von Maelicke möchte Klie von Denzer-Urschel wissen, wie die Bemühungen der Agentur für Arbeit in Fragen der Resozialisierung aussehen. Denzer-Urschel führt aus, es gebe Resozialisierungsbeauftragte in den Jobcentern und Agenturen, und man gehe auch in die Justizvollzugsanstalten. Im Sinne von Prävention werde versucht, so früh wie möglich in die Arbeit mit den Strafgefangenen hineinzukommen, um neben der gesellschaftlichen auch eine berufliche Integration zu begleiten. Es seien im Moment noch kleine Ansätze, aber der richtige Weg.

Klie wendet sich an Bärbl Mielich und weist darauf hin, dass Case Management eine Strategie sei, mit Komplexität in einer methodisch reflektierten Weise umzugehen. Er möchte wissen, wie sie damit umgehe, dass Lobbyinteressen auf der einen Seite und Organisationslogiken auf der anderen Seite es erschweren, Case Management politisch ernsthaft zu implementieren. Mielich antwortet, es sei bei der Quartiersentwicklung rich-



tig gewesen, trägerunabhängig vorzugehen und der Kommune „den Hut aufzusetzen“. Auch sei der „Pakt für Integration mit den Kommunen“ einer mit den Kommunen und nicht eine Vereinbarung mit den Trägern. Sie wolle die Kommunen in der Verantwortung halten, stelle aber fest, dass die Umsetzung oftmals nicht gelänge. Die Kommunen würden mit sehr unterschiedlichem Erfolg die Aufgaben an die Verbände delegieren. Mielich glaubt, dass es gar nicht anders gehe, als den Case Management-Ansatz stärker zu manifestieren. Auch beim Ausbau der Pflegestützpunkte stelle sie sich Case Management vor, die Kommunen sollten den Hut aufhaben und trägerübergreifend mit den Kassen zusammenarbeiten. Das sei der richtige Ansatz, aber auch ein mühsames Geschäft.

Klie betont, dass er die Quartiers- und Dorforientierung auch unter demokratiestrategischen Gesichtspunkten begrüße, weil Beteiligung Voraussetzung für Systemvertrauen, Engagement und Wahlbeteiligung sei. Wer mitgestalte, übernehme eher Mitverantwortung und befördere Wandlungsprozesse der Gesellschaft. Er wendet sich an Maelicke und stellt bezugnehmend auf dessen Vormittagsvortrag fest, dass Sozialumorientierung auch bei straffällig gewordenen Menschen offensichtlich notwendig sei. Er möchte wissen, wie mit entgegenstehenden Interessenslagen oder Logiken umzugehen sei, die letztlich verhindern, das umzusetzen, was wissenschaftlich erwiesenermaßen der richtige Weg sei. Maelicke antwortet, das Problem sei, dass der Satz „Solange jemand weggesperrt ist, kann er keine Straftat begehen“ überall gut ankomme. Aber 96 Prozent aller, die ins Gefängnis kämen, würden jedoch wieder entlassen. Deshalb sei die „zweite Halbzeit der Resozialisierung“, die Zeit nach der Entlassung, besonders wichtig. Denn für viele Gefangene

seien die Anstalten nach wie vor „Schulen des Verbrechens“, die konstant hohen Rückfallquoten würden dies belegen. Ursachen dafür lägen in der gewaltdominierten Subkultur in den Gefängnissen, im Drogenhandel und im Abbruch positiver und nachhaltiger sozialer Beziehungen. Wegsperrungen schaffe für die Zeit des geschlossenen Vollzugs nur für die Gesellschaft außerhalb der Mauern Sicherheit. Um dieses Thema geht es auch in Maelickes Buch: Das Knast-Dilemma, Wegsperrungen oder resozialisieren?, Bertelsmann 2015.

Klie fragt Wendt, was das für Politikgestaltung und Politikberatung bedeute. Wendt berichtet, der politische Soziologe Anthony Giddens habe die Kategorie „Life Politics“ ins Spiel gebracht. Das heiße zunächst einmal, dass sich die Bürger selber nach der Logik ihres Lebens politisch relevant verhalten. Die Wechselwirkung zwischen dem Staat und den Bürgern, sei es nun auf der Bundesebene, auf Landesebene bis hin zu den Kommunen, sei ganz wesentlich im Hinblick auf Rechte und Pflichten. Caring Community werde nicht funktionieren, solange man auf ein „Die einen machen mit und die meisten auch nicht und so weiter“ setze. Die Wechselwirkung zwischen dem Staat, der sich dem Bürger nähert, und dieser Entwicklung von den Bürgern her, die zivil ernst genommen werden, sei wichtig. Die Sorgen müssten ernst genommen werden. Gleichzeitig sei die Versorgung infrastrukturell aufeinander abzustimmen. Dabei sollten anstatt Marktgesichtspunkten besser sozialwirtschaftliche

Gesichtspunkte im Vordergrund stehen. Es sei eine Aufgabe des Case Managements, diese Beziehung wiederherzustellen.

Klie berichtet von sehr deutlichen Infrastrukturunterschieden, die aufzeigten, dass der Markt eine bedarfsgerechte Versorgung auf der Grundlage von bestehenden rechtlichen Ansprüchen nicht organisieren könne. Es brauche eine sozialwirtschaftliche und gemeinwirtschaftliche Perspektive.

Er fragt Mielich, welche Impulse sie von der Tagung mitnehme. Mielich sagt, sie fände es sehr erhellend, dass Case Management ein zentrales Element in unterschiedlichen Politikfeldern und allen Bereichen der Kommune sei, auch im Sinne einer demokratischen Entwicklung. Die Chancen von Case Management lägen darin, dass das Miteinander erleichtert werden könne und dass Menschen passgenaue Unterstützung erhielten.

Klie fragt Denzer-Urschel, nach ihrer Summa von der Tagung. Sie sagt, sie sei in verschiedener Richtung bestärkt worden: hinsichtlich der Wichtigkeit von Beziehungen in der Case Management basierten Arbeit, in dem Streben nach Individualität und bei der Steigerung der Selbststeuerungsfähigkeit der Case Manager. Das Engagement, die Aufmerksamkeit und das Herzblut der Tagungsteilnehmer/innen habe sie als bemerkenswert und ermutigend erlebt.

Klie bedankt sich bei den Teilnehmer*innen der Diskussion.

Christiane Bader

Case Management-Ausbilderin DGCC,
Roggenburg
christianebader@t-online.de
www.christianebader.de





Impressum

Case Management gehört zu den zentralen Reformperspektiven und Strategien in vielen Bereichen des Sozial- und Gesundheitswesens. Dabei werden mit dem Case Management noch höchst unterschiedliche Ansätze, Methoden und Erwartungen verbunden. Die Zeitschrift Case Management will der breiten Diskussion um das Case Management und die Vielfalt seiner praktischen Umsetzung eine qualifizierte Plattform geben.

Case Management wird in weiten Bereichen des Sozialwesens, des Gesundheitswesens, der Pflege und Betreuung, der Integration in Arbeit und des Versicherungswesens gebraucht und eingesetzt. Es bezeichnet die zielwirksame Gestaltung und Handhabung von Versorgungs-, Behandlungs-, Unterstützungs- und Hilfeprozessen sowohl auf der Ebene der Organisations- und Prozesssteuerung (care management), als auch auf der Ebene der individuellen Fallführung. Case Management wird insbesondere für eine integrierte und vernetzte Leistungserbringung und für die Verbindung von systemgesteuerten Dienstleistungen mit der Selbstbestimmung und aktiven Beteiligung von Nutzern angefordert.

Die Zeitschrift widmet sich dieser Thematik umfassend. Ihre Leserschaft sind die Fachkräfte im Case Management, die Einrichtungen der Ausbildung und Weiterbildung im Case Management, die Leistungsträger und Dienstleister, die das Verfahren anwenden oder es implementieren wollen, sowie die politischen Entscheider in der Sozialwirtschaft und Gesundheitswirtschaft und in der Reform der Versorgungssysteme, ihrer Strukturen und Prozesse.

Ihren Lesern im deutschsprachigen Raum nutzt die Zeitschrift mit der zeitnahen Vermittlung von Erkenntnissen und Erfahrungen auf dem Gebiet von Care und Case Management. Mit Beiträgen zur Konzeptentwicklung und aus der Anwendungspraxis hält die Zeitschrift die Fachwelt über den state of the art auf dem Laufenden. Das Spektrum der Information, die geboten wird, reicht von Modellen und Projekten, die vorgestellt werden, über Instrumente für die Praxis zu den einzelnen Schritten und in verschiedenen Einsatzgebieten des Verfahrens, über Forschungsergebnisse, Tagungsberichte und Veranstaltungshinweise bis zur Kommentierung von Vorhaben und neuen gesetzlichen Regelungen in den deutschsprachigen Ländern, auf europäischer Ebene und von internationalen Entwicklungen auf dem Gebiet von Care und Case Management.

Die Zeitschrift ist Organ der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management.

Herausgeber/innen

Mona Frommelt, Hans-Weinberger-Akademie, München
Prof. Dr. Michael Klassen, Hochschule RheinMain

Prof. Dr. Thomas Klie, Evang. Hochschule Freiburg

Prof. Dr. Peter Löcherbach, Katholische Hochschule Mainz

Dipl.-Psych. Dr. Michael Monzer, Sozialamt Stuttgart

Prof. Dr. Claus Reis, Frankfurt University of Applied Sciences

Christine Rex, Kalaidos Fachhochschule Gesundheit Zürich

Prof. Dr. Wolf Rainer Wendt, DHBW Stuttgart, Universität Tübingen

Schriftleitung (V.i.S.d.P.)

Prof. Dr. Thomas Klie, Evang. Hochschule Freiburg

Fachbeirat

Prof. Dr. Michael Ewers, MPH, Charité-Universitätsmedizin Berlin

Marius Greuël, Alice Salomon-Hochschule Berlin-Hellersdorf

Prof. Dr. Hugo Mennemann, Kath. Hochschule NRW, Abt. Münster

Prof. Dr. Martin Schmid, Hochschule Koblenz

Prof. Dr. Birgit Vosseler, Hochschule Ravensburg-Weingarten

Verlag

medhochzwei Verlag GmbH, Alte Eppelheimer Str. 42/1, 69115 Heidelberg, Annette Xandry, Tel. 06221/91496-12, Fax: -20, annette.xandry@medhochzwei-verlag.de

Anzeigen

Sabine Hornig, Tel. 06221/91496-15, sabine.hornig@medhochzwei-verlag.de,

Alina Machka, Tel. 06221/91496-17, alina.machka@medhochzwei-verlag.de

Satz

Reemers Publishing Services GmbH, Krefeld

Druck

Schleunungsdruck GmbH, 97828 Marktheidenfeld

Bezug- und Bedingungen

Jahresabonnement Inland € 105,-, Jahresabonnement Ausland € 112,-. Ermäßigt € 80,- gegen gültige Vorlage. Online-Abo € 83,-. Alle Preise inkl. Mehrwertsteuer, Versand und Zugang zum Online-Archiv. Der Abonnementpreis wird im Voraus in Rechnung gestellt und umfasst 4 Ausgaben jährlich. Kündigungen sind bis 8 Wochen vor Ende des Bezugszeitraums möglich.

Erscheinungsweise

„Case Management“ erscheint viermal jährlich, jeweils zum Ende des Quartals.

Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management (DGCC), des Netzwerkes Case Management Schweiz und der Österreichischen Gesellschaft für Care und Case Management (ÖGCC) erhalten die Zeitschrift kostenlos im Rahmen ihrer Mitgliedschaft.

ISBN 978-3-86216-497-4

Urheber- und Verlagsrechte

Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen. Alle Rechte, auch das der Übersetzung, bleiben vorbehalten.

Rechtseinräumung

Der Autor bestätigt und garantiert, dass er uneingeschränkt über sämtliche Urheberrechte an seinem Beitrag einschließlich eventueller Bildvorlagen, Zeichnungen, Pläne, Karten, Skizzen und Tabellen verfügt, und dass der Beitrag keine Rechte Dritter verletzt (dies gilt auch für die Wahrung der Anonymität des Patienten bei der Veröffentlichung von Fallberichten).

Der Autor räumt – und zwar auch zur Verwertung seines Beitrags außerhalb der ihn enthaltenden Zeitschrift und unabhängig von deren Veröffentlichung – dem Verlag räumlich und mengenmäßig unbeschränkt für die Dauer des gesetzlichen Urheberrechts das ausschließliche Recht der Vervielfältigung und Verbreitung bzw. der unkörperlichen Wiedergabe des Beitrags ein. Der Autor räumt dem Verlag ferner die folgenden ausschließlichen Nutzungsrechte am Beitrag ein:

a) Das Recht zum ganzen oder teilweisen Vorabdruck und Nachdruck – auch in Form eines Sonderdrucks, zur Übersetzung in andere Sprachen, zur sonstigen Bearbeitung und zur Erstellung von Zusammenfassungen (Abstracts);

b) das Recht zur Veröffentlichung einer Mikropie-, Mikrofiche- und Mikroformausgabe, zur Nutzung im Wege von Bildschirmtext, Videotext und ähnlichen Verfahren, zur Aufzeichnung auf Bild- und/oder Tonträger und zu deren öffentlicher Wiedergabe durch Radio und Fernsehsendungen;

c) das Recht zur maschinenlesbaren Erfassung und elektronischen Speicherung auf einem Datenträger (z.B. Diskette, CD-Rom, Magnetband) und in einer eigenen oder fremden Online-Datenbank, zum Download in einem eigenen oder fremden Rechner, zur Wiedergabe am Bildschirm – sei es unmittelbar oder im Wege der Datenfernübertragung – sowie zur Bereithaltung in einer eigenen oder fremden Online-Datenbank zur Nutzung durch Dritte;

d) das Recht zu sonstiger Vervielfältigung, insbesondere durch fotomechanische und ähnliche Verfahren (z.B. Fotokopie, Fernkopie), und zur Nutzung im Rahmen eines sog. Kopierversandes auf Bestellung.

Auf die für den Versand der Case Management erforderlichen Adressdaten haben im Rahmen der Datenverarbeitung ausschließlich der Verlag, der Kundenservice des Verlages und der Lettershop des Verlages Zugriff.

Bedarfsermittlung im Case Management

Bio-psycho-soziale Assessments und die ICF

15. Fachkongress der DGCC

21. / 22. Juni 2019 | Hochschule Koblenz

Bedarfsermittlung im Rahmen von Assessment ist eine anspruchsvolle Aufgabe im Case Management. Im Zuge neuer gesetzlicher Anforderungen (etwa im BTHG) wird gern auf die Internationale Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) verwiesen, die für die Bedarfsermittlung genutzt werden soll.

Welche grundsätzlichen Implikationen verbinden sich mit der ICF? Wie passt das bio-psycho-soziale Konzept der ICF zum Case Management? Wie lassen sich umfangreiche Klassifikations-systeme in das Assessment einbauen?

Wie praktikabel sind ICF-basierte Assessmentinstrumente? Wie weitreichend soll eine Bedarfsermittlung und -feststellung gehen (dürfen)?

Welche Bedeutung haben Kontextfaktoren für das Case Management? Wie lässt sich der Bedarf in einem Sozialraum ermitteln? Und vor allem:

Was bedeutet das für Betroffene, Fachkräfte und Einrichtungen?

Führen ICF-basierte und ähnliche Assessmentinstrumente zu mehr Teilhabe – oder zu mehr Bürokratie, mehr Daten und am Ende zu Algorithmen, die das Case Management steuern?

Namhafte ExpertInnen aus Forschung und Praxis geben einen Einblick in den aktuellen Diskussionsstand und zeigen Umsetzungsmöglichkeiten und -grenzen auf. Es ist an der Zeit, Eckpfeiler einer interdisziplinären Bedarfsermittlung im Case Management zu setzen und deren Praxisrelevanz aufzuzeigen.

Tagungsgebühr

Frühbucher / DGCC Mitglied 200 Euro* ab 25.04.19 / DGCC Mitglied 240 Euro*

Frühbucher / Normalpreis 250 Euro* ab 25.04.19 / Normalpreis 290 Euro*

Informationen zu den Hotelkontingents können unter info@dgcc.de angefordert werden.

Melden Sie sich einfach und direkt an unter:

<https://www.dgcc.de/fachkongress-dgcc-2019/>



DGCC Geschäftsstelle
Saarstraße 3, 55122 Mainz



DEUTSCHE GESELLSCHAFT
FÜR CARE UND CASE
MANAGEMENT
www.dgcc.de

medhochzwei
www.medhochzwei-verlag.de

WEITMEER
Veranstaltung & Management

Freitag, 21.06.2019

Thema: Bedarfsermittlung

09:00 **Sitzungen** der Fachgruppen der DGCC

11:00 **Mitgliederversammlung DGCC**

13:30 **Kongresseröffnung, Begrüßung**

13:45 **Vortrag** von Prof. Dr. Sabine Schäper, Köln
ICF – Potentiale und Missverständnisse eines attraktiven Deutungsangebot

14:30 **Vortrag** von Prof. Dr. Albert Brühl, Vallendar
Was können Assessmentinstrumente leisten?

15:00 **Kaffeepause**

15:15 **Panels**
Beispiele und Modelle aus verschiedenen Anwendungsbereichen

P1 – P8

Case Management und Bedarfsermittlung in Handlungsfeldern

P1 Gesundheit und Pflege

P2 Behinderung und Rehabilitation

P3 Jugendhilfe/Soziale Arbeit

P4 Beschäftigungsförderung

P5 Andere Handlungsfelder

P6 Forschung und Projekte

P7 Methodenentwicklung und Digitalisierung

P8 Finanzierung von Case Management

19:30 **Abendprogramm**
(Gemeinsames Abendessen auf dem Schiff)

Samstag, 22.06.2019

09:00 **Vortrag** von Dr. Maria Lüttringhaus, Essen
ICF und Sozialräume

10:00 **Panelsfortführung P1 – P8**

11:45 **Kaffeepause**

12:15 **Open Space**
CM zwischen Digitalisierung und Individualisierung

13:00 **Verabschiedung** (Mittagsimbiss)

für die Panels haben zugesagt:

Prof. Dr. Bernd Ahrbeck (Berlin)

Jürgen Drebes (Bochum)

Prof. Dr. Marion Felder (Koblenz)

Benedikt Geyer (Mainz)

Maja Golze (Hamburg)

Julia Köppen (Berlin)

Christiane Jannes (Köln)

Jan Plagmann (Hamburg)

Andreas Podeswik (Augsburg)

Prof. Dr. Christian Rexrodt (Bonn)

Prof. Dr. Martin Schmid (Koblenz)

Anke Siebdrat (Gütersloh)

Verena Struckmann (Berlin)

Prof. Dr. Edwin Toepler (Bonn)

Programmaktualisierung unter:
www.dgcc.de/fachkongress-2019

SALUT!

DaSein gestalten.

Der Gesundheitskongress in Saarbrücken

10. – 12. April 2019
Congresshalle Saarbrücken

Einladung zu SALUT! 2019

Der Saarbrücker Kongress »SALUT! DaSein gestalten« hat sich fest in der Landschaft der deutschen Gesundheitswirtschaftskongresse etabliert und ist doch anders! Persönlicher, individueller, kommunikativer, topaktuell und immer wieder für eine Überraschung gut. Das Saarland ist eine Reise wert. Die gastfreundliche Atmosphäre des Kongresses wird ebenso geschätzt wie die »kurzen Wege« und die unmittelbaren Kontakte zu Entscheidern auf den unterschiedlichsten Ebenen aus den Bereichen Medizin, Pflege, Gesundheitsmanagement, Gesundheitswirtschaft und Politik. »SALUT!« gehört inzwischen zu den größten Gesundheitskongressen bundesweit.

Mittwoch, 10. April 2019, ab 18:00 Uhr

Kongressvorabend auf Einladung des Ministeriums für Wirtschaft, Arbeit, Energie und Verkehr des Saarlandes
»Die saarländische Gesundheitswirtschaft im Aufwind – eine Studie setzt Impulse«



Inhaltliche Schwerpunkte in diesem Jahr sind u.a.: Der weltweite Zugriff von Hedgefonds auf Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen +++ Gesundheit und Pflege als Standortfaktoren – Impulse für kommunale und regionale Entscheider +++ Altersmedizin – präventive und transsektorale Ansätze +++ Die sogenannte »24-Stunden-Betreuung« – auf dem Weg zu einer professionellen Versorgungssäule in der Pflege +++ Die Sicherheit der Patienten in der Versorgung +++ Innovationsprojekte aus Gesundheit und Pflege +++ Die berufliche Integration von Migranten +++ Die Zukunft des Gesundheitsstandortes »Haushalt« durch neue Wohnformen und technische Hilfen.

Insgesamt bietet der Kongress über 40 Foren, Vorträge und Symposien mit ca. 120 Referenten.

Sonderveranstaltungen während des Kongresses

Erstes Pflegeberatungsforum

Bundesweite Fachtagung zu zentralen Fragen der Pflegeberatung, Veranstalter: Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie des Saarlandes, Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA), gefördert durch das Bundesministerium für Gesundheit.

Gesundheit und Pflege als Beruf

Non-Stop-Informationen zur Zukunft der Gesundheitsberufe

Aktuelle Informationen und Anmeldung unter:
www.salut-gesundheit.de