

Care und Case Management sind Methoden, die geeignet sind, Lösungen für gesellschaftliche Probleme aufzuzeigen. Diesen Managementmethoden kommt damit eine Bedeutung zu, die weit über den wissenschaftlichen und den professionsbezogenen Horizont in die politische Praxis hineinragt. Am Beispiel der Probleme der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung in Deutschland soll aufgezeigt werden, dass Care und Case Management Lösungsinstrumente sind, um im Chaos der Versorgungsparameter integrierend zu wirken und damit sowohl auf die Gesundheit der Einzelnen als auch auf die Versorgungsstrukturen selbst optimierend zu wirken. Darüber hinaus wird aufgezeigt, wie erfolgreich diese Managementmethode in der Dementenversorgung schon heute verwandt wird.

Demographische Hintergründe gesundheitlicher Versorgung

Entscheidend für die Auseinandersetzung mit dem Thema Care und Case Management in der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung sind demographische, epidemiologische und gesundheitspolitische bzw. gesundheitsökonomische Bedingungen und zu erwartende Entwicklungen. Denn dieses sind die Hintergründe, die es erforderlich machen, sich mit dem Thema Care und Case Management auseinander zu setzen.

Die Enquete-Kommission „Demographischer Wandel – Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den Einzelnen und die Politik“ beschreibt drei Komponenten, aus denen sich die demographischen Veränderungen in Deutschland ergeben:

- Geburtenhäufigkeit,
- Migration,
- Lebenserwartung.

Die Kinderzahl in Deutschland gehört

weltweit zu den niedrigsten. Während beispielsweise in den Niederlanden 1.600 und in den USA gar 2.000 Kinder auf 1.000 Frauen kommen, sind es hierzulande im Schnitt nur 1.400. Da mehr Menschen sterben, als Kinder geboren werden, „dünn“ der Bestand an Eltern de facto immer weiter aus. Die deutsche Bevölkerung wird, wenn man ausschließlich die jetzige Geburtenrate berücksichtigen würde, von derzeit 82 Millionen auf 59 Millionen im Jahr 2050 geschrumpft sein.

Dass die Fachleute vom Statistischen Bundesamt dennoch für die Jahrhundertmitte mit einer deutschen Bevölkerung von 65 bis 70 Millionen rechnen, liegt an der zweiten demographischen Komponente: der prognostizierten Zuwanderung. In unterschiedlichen Szenarien wird von jährlichen Zuwanderungssalden von 100.000 bis 300.000 Menschen ausgegangen. Diese Zahlen berücksichtigen neben den Zuwanderungen, die insbesondere aus wenig industriell entwickelten Ländern erwartet werden, auch die Abwanderungen aus der BRD.

Faktor Nummer drei ist die ständig steigende Lebenserwartung. Ein Kind, das heute in Deutschland geboren wird, hat eine um 30 Jahre höhere Lebenserwartung als noch vor 100 Jahren. Selbst gegenüber 1970 hat sich die Lebenserwartung bereits um sieben Jahre erhöht. Bis zum Jahr 2050 gehen die Experten von einem weiteren Anstieg um vier Jahre aus – wobei ein spektakulärer medizinischer Durchbruch in der Gerontologie, der nach Meinung von Biotechnikern in den nächsten Jahrzehnten ansteht, noch gar nicht berücksichtigt ist.

Neben diesen demographischen Veränderungen sah der Sachverständigenrat der Konzierten Aktion im Gesundheitswesen bereits 2001 auch epidemiologische Gründe für eine Heraus-

forderung des Systems der Gesundheitsversorgung. Generell kann Alter natürlich nicht mit Krankheit gleich gesetzt werden. Es besteht für den Einzelnen durchaus die Chance, bei guter Gesundheit alt zu werden. Statistisch gesehen, steigt allerdings bei einer Querschnittsbetrachtung mit zunehmendem Alter die Wahrscheinlichkeit von (Langzeit-)Erkrankungen und auch das Risiko, in fortgeschrittenem Alter an mehr als einer Krankheit gleichzeitig zu erkranken (Multimorbidität).

So ist es nicht verwunderlich, dass nahezu die Hälfte der bundesdeutschen Bevölkerung an mindestens einer chronischen Erkrankung leidet und dass knapp 20% multimorbide sind, das heißt, an zwei oder mehr chronischen Erkrankungen leiden. Angehörige unterer sozialer Schichten tragen dabei ein ungefähr doppelt so hohes Risiko, ernsthaft zu erkranken oder vorzeitig zu sterben, wie Angehörige der oberen Schichten.

Auf die Kosten für Gesundheit hat dies dramatische Auswirkungen, da chronisch Erkrankte einen überproportional hohen Kostenfaktor der Gesundheitsversorgung darstellen. Auf sie entfallen nach Angaben des Sachverständigenrates

- 75% aller Gesundheitsausgaben,
- 80% der Krankenhaustage,
- 66% der ambulanten Arztkontakte,
- 83% der Arzneimittelschreibungen.

Familiäre Unterstützungssysteme, die eine wesentliche Ressource der Unterstützung hilfsbedürftiger Menschen spielen, verändern sich in unserer Gesellschaft. Mit den Prozessen der Individualisierung und Pluralisierung von Lebensformen ist ein Rückgang dieser familialen Unterstützungspotenziale erkennbar und noch weiter zu erwarten. Der Rückgang von Eheschließungen, die Zunahme von Scheidungen, eine Zunahme von Singlehaushalten, aber auch die regi-

onale Mobilität und Zunahme von Frauenerwerbstätigkeit sind Indizien dafür, dass die Ressource Familie für die Erbringung von Unterstützungsleistungen für Familienmitglieder immer weniger zur Verfügung stehen wird.

Das Gesundheitssystem in der BRD

Die Analyse des Gesundheitssystems in der BRD verdeutlicht, dass eine angemessene Antwort auf die o.g. gesellschaftlichen Entwicklungen bislang nur in Ansätzen zu identifizieren ist. Der Sachverständigenrat der Konzentrierten Aktion im Gesundheitswesen begutachtete 2001 das Gesund-

heitssystem nach folgenden Kriterien:

- Wirtschaftliche und bedarfsgerechte Versorgung: Versorgung mit angezeigten und fachgerecht erbrachten Leistungen, die einen gesundheitlichen Nutzen aufweisen und für die es keine weniger invasive und/oder kostengünstigere Alternative gibt,
- Überversorgung: Leistungen ohne hinreichend gesicherten gesundheitlichen Nutzen oder suboptimale Kosten-Nutzen-Relation,
- Unterversorgung: Vorenthalten von bedarfsgerechten und verfügbaren Leistungen,
- Fehlversorgung: Versorgung, durch die ein vermeidbarer Schaden entsteht, z.B. durch Vorenthalten des gesundheitlichen Nutzens.

Die Erkenntnisse des Sachverständigenrates müssten aufrütteln, denn sie geben dem deutschen Gesundheitssystem eine schlechte Note. Die Studie kann folgendermaßen zusammengefasst werden:

- Die Versorgungsqualität ist schlechter als sie nach verfügbarem wissenschaftlichem Wissen sein müsste.
- Hunderttausende von Patienten erfahren eine unzureichende oder falsche Versorgung, die in vielen Fällen unnötiges Leid verursacht.
- Die gewaltigen Ressourcen, die für Gesundheit und Gesundheitswesen ausgegeben werden, sind nicht optimal angelegt.

Der Dritte Altenbericht kommt vor dem Hintergrund des Sachverständigenratgutachtens zur Erkenntnis, dass Änderungsbedarfe in der fachlichen, politischen und finanziellen Steuerung der Gesundheitsversorgung bestehen. Die genannten Problembereiche, die für das hier behandelte Thema von besonderer Bedeutung sind:

- Viele der im Alter auftretenden Beeinträchtigungen sind nicht revidierbar, wohl aber veränderbar, wenn geeignete Rehabilitationsmaßnahmen zum Tragen kommen.
- Ein Großteil im Alter auftretender Beeinträchtigungen kann weitgehend ambulant versorgt werden, vorausgesetzt, dass im ambulanten Sektor hinreichende infrastrukturelle Bedingungen gegeben sind.
- Altersgerechte Versorgungskonzepte setzen eine hinreichende Verfügbarkeit von ambulanten Pflegediensten voraus.
- Viele der Gesundheitsbeschwerden und -beeinträchtigungen im Alter haben chronischen Charakter und bedürfen einer systematischen Steuerung der Krankenbehandlung und Versorgungsverläufe.
- Altersgerechte Versorgungskonzepte sollten an der Leitmaxime orientiert sein, alten Menschen mit und trotz Einbußen ein Höchstmaß an





Autonomie und Lebensqualität zu sichern.

Die Studie gibt viele Hinweise auf Änderungsoptionen. Eine der Antworten auf die Problemlagen ist mit dem Schlagwort „integrierte Versorgung“ verbunden.

„Integrierte Versorgung“ soll dazu dienen, Versorgungsbrüche zu überwinden und Versorgungslücken zu schließen, eine an den Notwendigkeiten des gesundheitlich beeinträchtigten Menschen koordinierte Unterstützung zu erbringen und damit Gesundheitspotenziale zu nutzen.

Instrumente der integrierten Versorgung sind u.a. das Case Management und das Care Management, die beide einen auf Kooperation angelegten

Versorgungsprozess gestalten sollen. Das Case Management konzentriert sich dabei auf konkrete und akut notwendige unterstützende Hilfeplanungen für Einzelne oder Familien in komplexen Problemlagen. Das Care Management befasst sich hingegen stärker mit der Modifizierung und (Neu-) Strukturierung von Hilfeangeboten, d.h. aller formellen und informellen Dienstleistungen im sozialen und gesundheitlichen Bereich mit dem Ziel, über die akut geleistete Einzelhilfe hinausgehende, zeitlich längerfristige und auf größere Sozialräume (Stadtteile, Regionen) bezogene Wirkungen zu erreichen.

Case Management verfolgt das Ziel, eine angemessene Hilfeleistung für den Einzelnen zur Verfügung zu stellen. Damit verbunden soll die

Kontinuität der fall- und situationsangemessenen Erbringung von Unterstützungsleistungen erhöht werden, in dem über die Grenzen einzelner Organisationen und deren spezifischen Aufgaben die Bereitstellung, Koordination und die zeitgerechte Durchführung von Versorgungsangeboten gewährleistet wird. Case Management sorgt somit für eine effektive Nutzung der Ressourcen des Gesundheitswesens, in dem durch die Optimierung von Prozessen der humandienstlichen Versorgung auch der einzelne Fall eine Versorgung erfährt, die seiner Situation und den Möglichkeiten seines sozialen Umfeldes angepasst ist. Es werden dementsprechend zwei Aufgaben parallel abgearbeitet, nämlich die Überwindung von Desintegration und Diskontinuität einerseits, sowie die Förderung von

Patienten- und Ergebnisorientierung andererseits. „Case Management ist eine auf den Einzelfall ausgerichtete diskrete, d.h. von unterschiedlichen Personen und in diversen Settings anwendbare Methode zur Realisierung von Patientenorientierung und Patientenpartizipation sowie Ergebnisorientierung in komplexen und hochgradig arbeitsteiligen Sozial- und Gesundheitssystemen.“ (Ewers und Schaeffer 2005, 8)

In Konzepten des Case Managements finden sich in unterschiedlichen Gewichtungungen in erster Linie drei Funktionen, die anwaltschaftliche (Advocacy), die vermittelnde (Broker) und die selektierende (Gate keeper) Funktion.

Care Management fokussiert in den Interventionen primär auf die Versorgungsstrukturen und die Überwindung der Segmentierung bundesdeutscher Strukturen der gesundheitlichen Versorgung im Interesse der Hilfe benötigten Menschen. So sollen integrierte und damit organisationsübergreifend koordinierte Unterstützungsleistungen angeboten und damit ein Beitrag zur Reduzierung von Unter-, Über- und Fehlversorgung geleistet werden.

Case Management ist damit der Integrationsarbeit im einzelnen Krankheitsfall verpflichtet, Care Management versucht, in den übergeordneten Strukturen nach integrierender Koordination zu suchen.

Initiativen im Pflegebereich

Eine der aktuellen Entwicklungen in der Pflege, die einen herausragenden Ansatz zum Umgang mit den gesellschaftlichen Anforderungen einerseits und den Problemlagen der Gesundheitsversorgung andererseits darstellt, sind die inzwischen in einigen Bundesländern etablierten Wohngemeinschaften für demenzer-

krankte Menschen.

Die Initiativen fokussieren auf die zurzeit ca. eine Million umfassende Gruppe demenzkranker Menschen in Deutschland. Es wird davon ausgegangen, dass jährlich ca. 200.000 Neuerkrankungen hinzukommen. Vorausberechnungen, in denen die Bevölkerungsentwicklung berücksichtigt ist, gehen von einer Erhöhung der Zahl der Demenzkranken bis zum Jahr 2050 auf über 2 Millionen aus. Dass die Prävalenz der Demenz im Alter deutlich zunimmt, zeigte sich übereinstimmend in verschiedenen Bevölkerungsstudien. Bei den 65- bis 69-Jährigen liegt sie bei 1,2% und verdoppelt sich dann im Abstand von circa fünf Jahren. In der Gruppe der über 90-Jährigen und älteren steigt sie auf 30% an. Insofern kann davon ausgegangen werden, dass hier einer bedeutenden Gruppe chronisch erkrankter Menschen ein Versorgungsangebot gemacht werden muss.

Nach bisherigen Kenntnissen über die besonderen Unterstützungsbedarfe bei demenziell erkrankten Menschen kann davon ausgegangen werden, dass die traditionellen Hilfesysteme sowohl fachlich als auch ökonomisch wenig geeignet sind, dieser Zielgruppe gerecht zu werden.

Auch wenn der überwiegende Anteil pflegebedürftiger Menschen nach wie vor durch Angehörige versorgt wird, kann festgestellt werden, dass insbesondere bei längerer Dauer der Pflegebedürftigkeit bzw. der demenziellen Erkrankung das Familiensystem an Grenzen der Belastbarkeit stößt. Nicht selten sind Krankheit oder auch Pflegebedürftigkeit der pflegenden Angehörigen die Folgen dieser Situation. Darüber hinaus ist diese Form der Hilfeleistung für Pflegebedürftige, die entweder keine oder keine örtlich verfügbaren Angehörigen haben, keine Option.

Gerät das Familiensystem an seine Belastungsgrenzen so wird häufig zunächst versucht die Situation der häuslichen Versorgung aufrecht zu erhalten und zur Unterstützung einen professionellen Pflegedienst hinzuzuziehen. Für die Angehörigen ist diese Variante häufig nur mit einer minimalen Entlastung verbunden, da sie nach wie vor für den überwiegenden Anteil der Alltagsarbeit und den damit verbundenen Belastungen zuständig sind. Für allein lebende Demenzerkrankte, die auf die Unterstützung durch Angehörige nicht zurückgreifen können, kommt die ambulante Pflege in der Regel nicht in Betracht, da die Leistungen des Pflegedienstes nur punktuell und damit eher zufällig und situations- und anlassbezogen sind. Eine orientierungsgebende, motivierende und anleitende Hilfe die tags und nachts zur Verfügung steht, kann durch diese Versorgungsform nicht gewährleistet werden.

Eine weitere Form der Entlastung pflegender Angehöriger stellt die Tagespflege dar. Hier können pflegebedürftige Menschen tagsüber durch dafür ausgebildetes Personal betreut und unterstützt werden. Allerdings ist auch hier die professionelle Unterstützung auf in der Regel acht Stunden am Tag beschränkt – von 17 Uhr bis zum nächsten Morgen sind die pflegebedürftigen Menschen dann wieder auf die Angehörigen angewiesen. Da bei demenziell erkrankten Menschen in vielen Fällen eine Umkehr des Tag-Nacht-Rhythmus festgestellt wird, die zu Unterstützungsbedarfen insbesondere in der Nacht führen, ist die tatsächliche Entlastung durch die Tagespflege minimal. Einer tendenziellen Überlastung der Angehörigen wird sie nicht entgegenwirken können.

In der Versorgungsform des Betreutes Wohnen mieten sich Menschen mit oder auch ohne Unterstützungsbedarf in eine Wohnung ein. Sie zah-

len neben den Mietkosten eine sog. Betreuungspauschale, die ihnen bei Erkrankung oder Pflegebedürftigkeit sofortige Hilfe gewährt. Besteht der pflegebezogene Hilfebedarf über einen längeren Zeitraum, übernimmt in der Regel ein Pflegedienst die notwendige Versorgung. Besonders für demenziell erkrankte Menschen ist diese Form der Versorgung nur dann eine Variante, wenn sie mit einem Angehörigen in das Betreute Wohnen einziehen. Damit sind dann allerdings auch die Belastungen der Angehörigen analog der Situation in der eigenen Häuslichkeit mit Unterstützung eines Pflegedienstes.

Im Altenheim finden sich überwiegend Bewohner, die umfangreicher Unterstützung bedürfen. Dies trifft sowohl für körperlich-mentale als auch für geistig-psychische Beeinträchtigungen zu. Altenheime bieten den Vorteil einer Rund-um-die-Uhr-Betreuung, so dass Angehörige von der alltäglichen Pflegearbeit gänzlich entlastet sind. Allerdings sind die Rahmenbedingungen eines Heims kaum geeignet, die Bewohner in ein Alltagsgeschehen zu integrieren, das an deren Erfahrungswelt anknüpft. Die heimrechtlichen Anforderungen verhindern u.a. eine Beteiligung der Bewohner bei der Essenszubereitung, die Personalbedingungen gewährleisten kaum personelle Kontinuität und die brandrechtlichen Bedingungen erlauben eine sinnvolle räumliche Ausstattung als Wohnung nicht. Die Organisation übernimmt in der Regel alle notwendigen Arbeiten, so dass für die BewohnerInnen im Höchstfall noch das Wegräumen der eigenen Wäsche bleibt.

Vor dem Hintergrund dieser Versorgungslandschaft, die den Bedarfen demenziell erkrankter Menschen und ihres sozialen Umfeldes in vielen Fällen unangemessen sind, haben sich in der BRD vor einigen Jahren Initiativen auf den Weg gemacht, diese Situation zu verändern. Die Initiatoren, die in

einigen Fällen Angehörige, in anderen ambulante Pflegedienste waren, entwickelten und realisierten die Idee ambulanter Wohngemeinschaften für demenziell erkrankte Menschen als Antwort auf eine defizitäre Versorgungslandschaft. Die Probleme in der traditionellen gesundheitlichen Versorgung von an Demenz erkrankten Menschen sind:

- Ein an den Organisationserfordernissen und externen Kontroll- und Aufsichtsinstanzen orientiertes Versorgungsangebot, das die Aktivierung von Rehabilitationspotenzialen demenzkranker Menschen unterbindet. Diese Zielgruppe ist häufig in der Lage, sich an Einrichtungen des alltäglichen wie Abwaschen und Kaffeekochen zu beteiligen. Aber gerade solche Aktivitäten werden in stationären Versorgungsformen noch durch geltendes Recht unterbunden.
- In der stationären Versorgung werden Aktivierungsressourcen sowohl der BewohnerInnen als auch der Angehörigen systematisch unterbunden.
- Das Leistungsrecht der Pflegeversicherung in der ambulanten Pflege orientiert sich an Einrichtungen und ignoriert damit die Bedarfe demenziell erkrankter Menschen nach Orientierung, Ansprache und emotionaler Unterstützung.
- Das Versorgungssystem ist nicht in das Leben der demenziell erkrankten Menschen integriert, sondern es fordert von diesen Menschen, sich zu integrieren. Dieses System löst bei den Menschen, deren besonderes Problem darin besteht, Neues und Unbekanntes kaum mehr in das eigenen Leben integrieren zu können, Angst, Verunsicherung und Aggressivität aus.

Wohngemeinschaften für demenziell erkrankte Menschen sollen ein hohes Maß an Selbstbestimmung der BewohnerInnen bzw. deren gesetzlicher Vertreter ermöglichen.

Die BewohnerInnen sind Mieter der Räumlichkeiten, in denen ambulante Pflegedienste Unterstützungsleistungen erbringen. Pflegekräfte, Angehörige und BewohnerInnen sollen Lebenswirklichkeiten gestalten können, die an bisherigen Alltagsstrukturen und -inhalten der BewohnerInnen orientiert sind.

Die Wohngemeinschaften erhalten von einem ambulanten Pflegedienst Unterstützung. Dabei wird eine 24-Stunden-Versorgung am individuellen Bedarf der BewohnerInnen festgemacht. Angehörige, Freunde und Betreuer der BewohnerInnen beziehen sich aktiv in das Alltagsgeschehen der Wohngemeinschaft ein.

Das Besondere der Wohngemeinschaften liegt darin, dass es sich dabei um eine sich selbst organisierende Wohn- und Lebensform handelt. Weder z.B. der Vermieter noch ein Pflegedienst oder andere Organisationen können in das Leben in der WG Einfluss nehmen. Das Funktionieren ist die Gemeinschaftsleistung der BewohnerInnen und deren Angehörigen bzw. gesetzlichen Vertreter.

Generell wird davon ausgegangen, dass das Leben in Wohn- oder Hausgemeinschaften für demenziell Erkrankte in besonderem Maße geeignet ist, da in diesen am ehesten familiäre Strukturen gelebt werden können. Hier finden diese Menschen Gemeinsamkeiten ihres früheren Lebens mit höherer Wahrscheinlichkeit wieder als in traditionellen Pflegeeinrichtungen.

Mit dieser Initiierung von Wohngemeinschaften für demenziell erkrankte Menschen hat sich ein zusätzliches Versorgungsangebot etabliert, das Elemente des Care und Case Managements beinhaltet und damit einen Beitrag zu einer zielgruppenspezifischen integrierten Versorgung leistet. Es sind Strukturen geschaffen worden, die der besonderen Problemlage der

Zielgruppe demenziell erkrankter Menschen ebenso angemessen sind wie der des sozialen Umfeldes. Sie schaffen Rahmenbedingungen, die sich am bisherigen Alltag orientieren, in dem Angehörige und/oder gesetzliche BetreuerInnen die primär gestaltenden Akteure sind. Es werden reglementierende, die Alltagsnormalität behindernde Strukturen der stationären Altenpflege durch Bedingungen abgelöst, die der Aufrechterhaltung und Förderung der Aktivitäten dementer Menschen dienen. Die Förderung selbstbestimmten Handelns durch die Ausrichtung auf einen normalen Tages-, Wochen- und Jahresrhythmus stellen ebenso grundlegende Prinzipien der Wohngemeinschaften dar wie die Befriedigung des Bedürfnisses nach Vertrautheit und menschlicher Nähe. Durch die Schaffung einer Lebensumwelt, die an vertraute Lebensmuster der WG-Mitglieder anknüpft, werden Ängste und Unsicherheit reduziert und subjektives Sicherheitsempfinden wird aufgebaut.

Wohngemeinschaften können einen Beitrag zur Vermeidung von Isolation und Ausgrenzung leisten, da sie in allgemeines gesellschaftliches Leben integriert sind und soziales Leben außerhalb der eigenen vier Wände Bestandteil des eigenen Lebens auch mit Demenz bleiben kann.

Angehörige, die bekanntermaßen auf vielen Ebenen durch demenziell erkrankte Familienmitglieder belastet sind, werden durch die Option einer Rund-um-Versorgung entlastet, ohne die gesamte Verantwortung an eine Organisation abgeben zu müssen. Sie können Verantwortung für den eigenen Angehörigen zeigen, da sie an allen Entscheidungsprozessen von der Wohnungseinrichtung bis zur Wahl des Pflegedienstes beteiligt sind. Sie können daher auch selbstbestimmte Beziehungen von Nähe und Distanz mit dem betroffenen Familienmitglied leben.

Pflegekräfte ambulanter Pflegedienste tragen wesentlich dazu bei, eine Versorgungsform zu etablieren, die einerseits den BewohnerInnen der Wohngemeinschaften angemessene Unterstützungsleistungen zur Verfügung stellt, aber eben auch Leistungen, die außerhalb der WG stattfinden oder von dort benötigt werden. Pflegenden übernehmen anwaltschaftliche Funktionen, in dem sie in einem Aushandlungsprozess mit BewohnerInnen und Angehörigen gemeinsam deren Interessen z.B. den Kostenträgern gegenüber vertreten.

Erste Erfolge dieser neuen Form von Unterstützung sind in Berlin zu sehen. Dort vereinbarten die Pflegekassen und Pflegekassenverbände, der Träger der Sozialhilfe und die Vereinigungen der Träger der ambulanten Pflegeeinrichtungen die Umstellung der Vergütung für die Versorgung und Betreuung von demenziell erkrankten Menschen

in Wohngemeinschaften von einer Finanzierung über Einzelleistungskomplexe auf eine durch Tagespauschalen. Diese Form der Finanzierung ermöglicht es nun, Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz als einen Ort der Gemeinschaft zu gestalten, in dem nicht die pflegerische Versorgung, sondern die Gestaltung des Alltags im Vordergrund steht. Pflegekräfte übernehmen vermittelnde Funktionen, indem sie BewohnerInnen und Angehörige unterstützen, sich in dem unübersichtlichen System von Sozial- und Gesundheitsdienstleistungen zurecht zu finden. Ihre Kenntnis der aktuellen Marktangebote schafft die Voraussetzung dazu, optimale Lösungen für die individuelle Problemlage zu finden. Insgesamt sind Wohngemeinschaften für demenziell erkrankte Menschen auch als ein Angebot mit selektierender Funktion zu sehen, da sie eine Versorgungsform darstellen, die gezielt auf die Bedarfe und Bedürfnisse von demen-



ziell erkrankten Menschen und deren Angehörigen antworten.

Es hat sich gezeigt, dass Care und Case Management in der Versorgung demenziell erkrankter Menschen zu großem Erfolg führt, dass es eine geeignete Methode ist, um die nicht bedarfsgerechten Strukturen zu überwinden und menschengerecht neu zu formen. Der Defizitkatalog der Bundesregierung im Dritten Altenbericht lässt vermuten, dass auch in anderen Sektoren des Gesundheitssystems eine Strukturveränderung durch Care und Case Management viele Probleme lösen könnte. Es ist nun auch Aufgabe der Pflegeforschung, hier Ansätze aufzuzeigen und Ergebnisse zu evaluieren.

Literatur

Ewers, M.; Schaeffer, D. (2005): Case Management in Theorie und Praxis. 2. Aufl., Verlag Hans Huber

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend: Dritter Altenbericht. <http://www.bmfsfj.de/Kategorien/Publikationen/publikationsliste,did=3174.html>

Enquete-Kommission der Bundesregierung: Demographischer Wandel – Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den Einzelnen und die Politik. Enquete-Kommission der Bundesregierung. <http://www.dip.bundestag.de/btd/14/088/1408800.pdf>

Gutachten des Sachverständigenrates des Statistischen Bundesamtes: Gutachten 2000/2001 Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Nomos Verlagsgesellschaft (29. August 2002) <http://www.destatis.de/basis/d/bevoe/bevoegra2.htm>



Petra Weber