

Case Management

ISSN 1861-0102
D 15419
14. Jahrgang

1|2017

März (S. 1–40)

Schwerpunkt „Zwangskontexte“

- _ „Freiwilligkeit“: eine a priori-Indikation?
- _ Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie
- _ Zwangskontexte in der Grundsicherung für Arbeitssuchende
- _ Herausforderung Mehrgenerationengesellschaft
- _ CM in Gesundheitswesen und Langzeitpflege
- _ Interkulturelle Öffnung in der Pflegeberatung



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*: € 97,- (Inland), € 104,- (Ausland)

Vorzugspreis für Studenten*: € 74,- (Inland), € 81,- (Ausland)

Jahresabonnement online*: € 75,- (regulär), € 55,- (Studenten)

Einzelheft/Sonderheft: € 24,95 zzgl. Versandkosten

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



Exklusiv für Abonnenten:
Case Management in der App
„medhochzwei Bibliothek“



BESTELLCOUPON

Firma

Abteilung

Name, Vorname

Straße, Nr.

PLZ, Ort

E-Mail (bitte bei Online-Abonnement angeben)

Tel., Fax*

* freiwillige Angaben

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

Sie haben das Recht, diese Bestellung innerhalb von 14 Tagen nach Lieferung ohne Angabe von Gründen zu widerrufen. Der Widerruf erfolgt schriftlich an medhochzwei Verlag GmbH, Alte Eppelheimer Str. 42/1, 69115 Heidelberg. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs oder der Ware (Datum des Poststempels). * Ihre freiwilligen Angaben werden von uns genutzt, um Sie über unsere Produkte und Dienstleistungen zu informieren. Wenn Sie das nicht wünschen, können Sie uns das jederzeit schriftlich an folgende Adresse mitteilen: medhochzwei Verlag GmbH, Alte Eppelheimer Str. 42/1, 69115 Heidelberg.

Fax: 06221/91496-20

E-Mail: aboservice@medhochzwei-verlag.de

Ja, ich möchte Case Management abonnieren:

- Jahresabonnement Print (4 Ausgaben):
€ 97,- (Inland), € 104,- (Ausland) inkl. Versandkosten und Archiv
- Jahresabonnement online € 75,-
- Studenten-Jahresabonnement Print (4 Ausgaben):
€ 74,- (Inland), € 81,- (Ausland) inkl. Versandkosten und Archiv
- Studenten-Jahresabonnement online € 55,-
- Wir sind interessiert an einem Angebot für Mehrfachlizenzen

.....
Datum, Unterschrift

medhochzwei



Elke Bruck, Thomas Hermsen, Jana Wirz

Interkulturelle Öffnung in der Pflegeberatung

Modellprojekt zu Case Management und interkultureller Beratung in Pflegestützpunkten

Obwohl Menschen mit Migrationshintergrund bereits seit Jahrzehnten in Deutschland leben, werden ältere Zugewanderte von der Beratung zur Pflegeversicherung kaum erreicht. Ein Forschungsprojekt zur interkulturellen Öffnung der Pflegeberatung (OPEN) des Forschungsverbundes der Hochschule RheinMain Wiesbaden, der Frankfurt University of Applied Sciences und der Katholischen Hochschule Mainz untersucht die Barrieren und Bedarfe von Migrant/innen sowie Umfang und Qualität der Vernetzungsbeziehungen relevanter Akteure im Überschneidungsbereich von Pflegeberatung und Migrationsarbeit. Mit ausgewählten Pflegestützpunkten werden Beratungs- und Case Management-Ansätze entwickelt, die den Lebenslagen und Hilfebedarfen dieser Zielgruppe entsprechen.

Die Ausgangslage

Ayana (Name v. d. Redaktion geändert) ist 22. Die verschleierte Muslimin, die ursprünglich aus Äthiopien stammt, spricht leise, als sie – sichtlich beschämt – von ihrer Großmutter berichtet, die seit einiger Zeit in einem deutschen Pflegeheim lebt. Zuhause haben Ayana und ihre Familie – ihre Eltern und sieben Geschwister – es irgendwann nicht mehr geschafft, die pflegebedürftige alte Dame rund um die Uhr zu versorgen. Arbeit, Ausbildung, Schule standen dem im Weg. Dennoch versuchen sie gemeinsam, die Großmutter wenigstens tagsüber nie für längere Zeit allein zu lassen. Sie waschen sie täglich, denn die Vorstellung, die Körperpflege der alten Dame von einer fremden Person erledigen zu lassen, wäre ihnen unerträglich. Und auch das Essen bringen sie der Großmutter von zuhause mit, da diese die deutsche Kost nicht verträgt.

Ayanas Schilderungen sind exemplarisch für viele zugewanderte Familien in Deutschland. Rund 1,6 Mio. Menschen mit Migrationshintergrund sind 65 Jahre alt oder älter (SVR 2015, 4). Zukünftig wird gerade die Gruppe der pflegebedürftigen Zugewanderten

überproportional zunehmen und damit auch der Bedarf nach einer Form der Pflegeberatung, die die spezifischen Bedürfnislagen von Menschen mit Migrationshintergrund im Blick hat.

OPEN: Das Forschungsprojekt

Das vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderte Forschungsvorhaben „OPEN – Interkulturelle Öffnung in der Pflegeberatung“, das die Katholische Hochschule Mainz gemeinsam mit der Hochschule RheinMain Wiesbaden, der Frankfurt University of Applied Sciences sowie Pflegeberatungsstellen aus Rheinland-Pfalz und Hessen durchführt, zielt darauf, älteren Migrant/innen bessere Zugänge zur Pflegeberatung zu ermöglichen. Konkret wird untersucht, ob Pflegestützpunkte kulturspezifische Anliegen und Bedarfe von Migrant/innen erfassen und befriedigen können. Angestrebt werden die Entwicklung kultursensibler Beratungs- und Unterstützungsansätze, die Stützung der familiären Pflegesettings und die Erarbeitung von Qualifizierungsmodulen für die Beratenden. Das Vorhaben gliedert sich in vier Phasen:

Phase 1 Zukunftswerkstätten: In einem ersten Projektabschnitt kommen Migrant/innen selbst zu Wort. Insgesamt wurden zehn Zukunftswerkstätten in den neun beteiligten Modellregionen zum Thema Pflege und gesundheitliche Versorgung im Alter mit älteren Migrant/innen durchgeführt. In den Zukunftswerkstätten, an denen auch Ayana teilgenommen hat, sollten Betroffene Vorschläge zur Verbesserung ihrer pflegerischen Versorgung im Alter erarbeiten (May/Alisch 2013). Mittels qualitativer Verfahren wurden die Veranstaltungen komparatistisch rekonstruktiv ausgewertet. Insgesamt haben annähernd 200 Migrant/innen teilgenommen.

Phase 2 Beratungsanalysen: In Zusammenarbeit mit den beteiligten Pflegeberatungsstellen wurden im Anschluss unter Beachtung ethischer und datenschutzrechtlicher Gesichtspunkte Beratungssequenzen mit Migrant/innen ausgewertet und in Feedback-Gesprächen mit den Berater/innen und den Ratsuchenden getrennt voneinander reflektiert.

Phase 3 Netzwerkanalysen: Besonders relevant ist neben der Analyse der Interaktionsmuster zwischen Adressat/innen und Dienstleistenden



das institutionelle Angebot, über das Zugänge gestaltet oder verhindert werden. Um einen Einblick in die Netzwerke im Hinblick auf Unterstützungspotentiale im Sozialraum zu gewinnen wurde erstens in Anlehnung an die aus der Netzwerkforschung bekannten Namensgeneratoren ein Sozialraumgenerator eingesetzt. Im Kern ist dieser auf „die Identifikation von zentralen Kommunikationsgelegenheiten“ (Schubert/Veil 2014) ausgelegt, die sich zur Weitergabe von Informationen eignen. Mithilfe dieses Instruments wurden Aussagen zum Kenntnisstand vorhandener Einrichtungen und Dienste, zum Zugang und zur Nutzung von Diensten und zum Übergang von (Alltags-)Kontakten in (professionelle) Beratungsleistungen und sonstige Dienstleistungen erhoben.

Auf der Ebene der Pflegestützpunkte wurden zweitens Netzwerkanalysen mittels leitfadengestützter Interviews mit Pflegeberater/innen durchgeführt, die die Versorgungsmöglichkeiten auf Ebene der lokalen Kooperationsstrukturen erfassen. Auf diese Weise konnte ein umfassendes Bild der jeweiligen Netzwerke und Kooperationspartner der Pflegestützpunkte in Form von Netzwerkkarten erstellt werden.

Nicht auszuschließen ist, dass es bei der Begutachtung durch Vorurteile oder sprachliche und kulturell unterschiedliche Krankheitsverständnisse zu Missverständnissen kommen kann.

Auf einer weiteren Ebene wurden drittens die Strukturen der bereits vorhandenen Netzwerke zu den Themen Pflege und Migration erhoben. Hierzu wurden institutionelle Akteure im Feld Pflege und Migration zur Zusammenarbeit, zur Funktion und Steuerung von Diensten im Rahmen einer Online-Erhebung befragt. Während bei der Analyse der Netzwerke der Pflegestützpunkte der Fokus auf der Sichtweise der jeweiligen Pflege-

berater/innen lag, erfolgte hier die Erhebung bei den relevanten Netzwerkpartnern in der Region.

Phase 4 Qualifizierungsmodule: Die Erkenntnisse der Phasen eins bis drei werden vor dem Hintergrund der Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes für die Qualifikation von Pflegeberater/innen genutzt, um Fortbildungsmodulare im Bereich interkultureller Kompetenz zu konzipieren. Ziel ist es, an etablierte Curricula anzuknüpfen. Exemplarisch seien hier die vom Qualifizierungsbund der Pflegestützpunkte in Rheinland-Pfalz (PSP-RLP) entwickelten Curricula genannt, die in den GKV-Richtlinien festgehalten sind (Bader 2016).

OPEN: Erste Befunde

Barrieren der Inanspruchnahme von Pflegeberatung und Pflegeleistungen

Die Auswertung der Zukunftswerkstätten konnte zeigen, dass Unterschiede in den Pflegeerwartungen und ein differentes Verhalten bei der Inanspruchnahme pflegerischer Leistungen bei Migrant/innen weniger von soziogenetischen Merkmalen geprägt werden als vielmehr von Zugangsbarrieren wie Informationsdefiziten, Sprachschwierigkeiten, Bildungs-

stand, kulturellen und biographischen Herkunftsmilieus sowie finanziellen Erwägungen. So wird beispielsweise das Pflegegeld in

migrantischen Familien (mit niedrigerem sozioökonomischem Status) oft als zusätzliches Einkommen gesehen und folglich auf Sachleistungen bzw. stationäre Angebote verzichtet (SVR 2015, 11). Unklar ist, ob und ggf. welchen Einfluss der Medizinische Dienst (MDK), der die Einstufung in eine Pflegestufe vornimmt, im Fall eines Migrationshintergrundes ausübt. Nicht auszuschließen ist, dass es bei der Begutachtung durch Vor-

urteile oder sprachliche und kulturell unterschiedliche Krankheitsverständnisse zu Missverständnissen kommen kann.

Die Gründe, weshalb Menschen mit Migrationshintergrund das Angebot der Pflegeberatung kaum nutzen und die Pflege durch professionelle Dienste meiden, sind vielfältig und wissenschaftlich noch nicht abschließend analysiert. Klar ist allerdings, dass für die pflegenden Angehörigen (oftmals die Frauen in den betroffenen Familien) die daraus resultierenden Belastungen erheblich sind. Die im Vergleich zur Bevölkerung ohne Migrationshintergrund unterdurchschnittliche Nutzung von ambulanten Pflegediensten wird kulturellen und familiären Barrieren, einem erhöhten Schamgefühl und kulturell bedingten Unterschieden bei der Perzeption von Krankheit und Pflegebedürftigkeit zugeschrieben. Während z. B. in manchen Kulturkreisen Demenz als natürliche Begleiterscheinung des Alterungsprozesses wahrgenommen und folglich keine Notwendigkeit zu spezifischer therapeutischer Behandlung gesehen wird, werden degenerative und andere psychische Erkrankungen andernorts als sozial stigmatisierend empfunden. In der Folge ignorieren die Angehörigen bisweilen aus Scham entsprechende Krankheitssymptome bzw. tabuisieren deren medizinische Diagnose.

Innerhalb einzelner ethnischer Gruppen können auch die Faktoren Generation und Geschlecht eine Rolle spielen: So wünschen sich türkischstämmige Männer der ersten Migrantengeneration am ehesten eine Pflege durch die Ehefrau oder (Schwieger-) Tochter, Frauen wiederum durch die Tochter/Schwiegertochter. Für den Fall einer stationären Pflege wird eine muttersprachliche Betreuung gewünscht. Stärker noch als türkischstämmige Menschen lehnen russischstämmige Migrant/innen eine stationäre Pflege überwiegend ab, begrüßen aber gleichzeitig das grundsätzliche Versorgungsangebot.



Insbesondere die zweite Generation der Zugewanderten aus der ehemaligen Sowjetunion ist gegenüber dem Pflegeheim ablehnend, da es in ihrer Sicht das vermeintliche Versagen der Familienstrukturen widerspiegelt (SVR 2015, 11 ff.).

Grundsätzlich bedingen fehlende Sprachkenntnisse eine unzureichende Information über Versicherungsansprüche, Finanzierungsfragen und das Versorgungsangebot und begünstigen ein geringeres Vertrauen gegenüber öffentlichen Einrichtungen bei den Zugewanderten – insbesondere wenn diese schon diskriminierende Erfahrungen im Umgang mit Behörden gemacht haben. Dass pflegebedürftige Zugewanderte Geldleistungen der Pflegeversicherung den Vorzug vor Sachleistungen geben und auf familiäre Unterstützung setzen, wird häufig mit der schlechteren Einkommenssituation

von Zugewanderten im Vergleich zu Menschen ohne Migrationshintergrund in Verbindung gebracht. Dies ist jedoch nur ein Teil der Wahrheit. Denn die Befunde von OPEN belegen tendenziell auch, dass die unentgeltlich geleistete Unterstützung bei der Pflege von Kranken in der Familie deutlich verbreiteter ist als in der Gesamtbevölkerung.

Für zusätzliche Hürden sorgt die strukturelle Unübersichtlichkeit des staatlichen Hilfsangebots. Gelingende Beratung müsste also stattdessen bei den Menschen zuhause oder in ihrem vertrauten sozialen Umfeld stattfinden. Berührungängste sind für diese Menschen in ihren eigenen vier Wänden und damit auf geschütztem Terrain, zumal wenn Gastfreundschaft eine kulturelle Selbstverständlichkeit ist, von Beginn an deutlich geringer als in einer „deutschen Amtsstube“. Außerdem

füßen Leistungskataloge und Informationen über die Vielzahl von Verordnungen und Regelungen zur pflegerischen Versorgung auf anderen kulturellen und sozialen Werten sowie anderen Lebensstilen und Bedürfnissen.

Über all diese Hemmnisse kann auch die Tatsache nicht hinwegtäuschen, dass sich beträchtliche Teile der Befragten über Leistungen der Pflegeversicherung gut informiert fühlen. Hier spielt die sog. „Health Literacy“ eine verzerrende Rolle. Von den Studien auf diesem Gebiet erreicht werden meist Menschen mit ausreichenden Deutschkenntnissen, die grundsätzlich in der Lage sind, sich über Gesundheits- oder Versorgungsangebote zu informieren. Insbesondere die ältere Generation der Migrant/innen ist hiervon vielfach ausgeschlossen (Quenzel u. a. 2015). So zeigen muttersprachliche

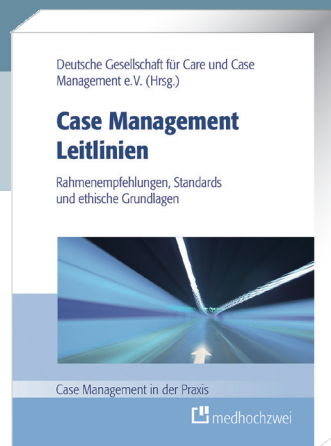


Case Management Leitlinien Rahmenempfehlungen, Standards und ethische Grundlagen

Die vorliegenden Leitlinien zum Handlungskonzept Case Management stellen größtenteils durch die DGCC für verbindlich erklärte fachliche Standards dar sowohl für Einrichtungen, die das Konzept Case Management anwenden, und für die in ihnen tätigen Case Manager und Case Managerinnen, als auch für gesetzliche Festlegungen und deren Umsetzung. Die Empfehlungen bleiben offen für handlungsfeldbezogene oder einrichtungsbezogene Spezifika.

Die Rahmenempfehlungen zum Handlungskonzept Case Management enthalten nach grundlegenden fachlichen Einführungen zu Voraussetzungen und zum Verständnis des Handlungskonzeptes die Case Management Leitprinzipien und Qualitätsstandarddefinitionen.

Bestellung unter: www.medhochzwei-verlag.de, Tel.: 07953 / 7189076,
E-Mail: medhochzwei-verlag@sigloch.de



Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management e.V. (Hrsg.)

Case Management Leitlinien Rahmenempfehlungen, Standards und ethische Grundlagen

2015. IX, 82 Seiten. Softcover. € 26,99.
ISBN 978-3-86216-236-9



Befragungen innerhalb der Gruppe der türkischstämmigen Zugewanderten beispielsweise, dass die Befragten mehrheitlich nicht über die Leistungen der Pflegeversicherung und die Unterstützungsmöglichkeiten für Angehörige Bescheid wissen (Krobisch & Schenk 2014). Erschwerend kommt hinzu, dass sich vor allem die Angehörigen vor einer multiplen Stigmatisierung ihres Familienmitglieds fürchten, wenn die Hilfsbedürftigkeit „amtlich“ wird. Insbesondere Scham

Sorgfältig wird darauf geachtet, dass die Außenfassade eines stabilen Familiengefüges aufrechterhalten bleibt.

kann dazu führen, dass keine dem tatsächlichen Pflegebedarf entsprechende Pflegestufe beantragt bzw. bewilligt wird. Der Mix aus Alter, Demenz, Migrationshintergrund, kulturell bedingter Scham und dem Eingeständnis der Hilfsbedürftigkeit erhöhen aber zwangsläufig die Gefahr von sozialer Exklusion – auch aus der eigenen Community.

Bedürfnisse und Bewältigungsstrategien

Eine zentrale Erkenntnis aus den Zukunftswerkstätten ist das teilweise unterschiedliche Verständnis von Gesundheit bei der einheimischen und der zugewanderten Bevölkerung. Im Urteil der Befragten wird das Gesundheitssystem zwar als medizinisch sehr gut befunden, gleichzeitig aber als überwiegend auf organisch-symptomatische Leiden reduziert. Den meisten Proband/innen fehlt der ganzheitliche Blick von Ärzten und pflegerischem Personal auf den Menschen und seine (aus ihrer Sicht mindestens gleichrangigen) seelischen Bedürfnisse. Ein chronischer Zeitmangel wird überdies als erschwerend empfunden.

Dass viele Migrant/innen keine Pflegedienstleistungen in Anspruch nehmen, ist oft dem Umstand geschuldet, dass durch ein anderes, sensibleres Verständnis nicht nur von körper-

licher, sondern auch von häuslicher Intimität eine Pflege durch Dritte als Eingriff wahrgenommen wird. Die Angehörigen empfinden ihrerseits eine starke moralische Verpflichtung zur persönlichen Versorgung etwa der eigenen Eltern. Der Versorgung und Pflege durch die Familie wird generell der Vorzug gegeben – mit der Folge, dass es auch in diesen Familien oftmals zu Überlastungseffekten bei den pflegenden Angehörigen kommt.

Auf dieser Ebene lassen sich keine signifikanten Unterschiede zur deutschen Bevöl-

kerung aufzeigen. Die Unterschiede liegen vielmehr auf der Ebene der Bewältigungsstrategien im familiären Kontext. Während Personen ohne Migrationshintergrund schneller professionelle Beratungsangebote und Pflegeleistungen in Anspruch nehmen, ziehen sich Menschen mit Migrationshintergrund häufig zurück und aktivieren zunächst ihre familiären und sozialen Netzwerke, die oft von traditionellen Rollenerwartungen geprägt sind. Die Tochter kündigt ihre Stelle und pflegt die Mutter oder den Vater in Wechselschichten mit dem ggf. noch nicht pflegebedürftigen Ehepartner des zu Pflegenden. Der Sohn unterstützt finanziell aus Eigenmitteln und übernimmt die Aufgabe, finanzielle Sozialleistungen geltend zu machen. Sorgfältig wird darauf geachtet, dass die Außenfassade eines stabilen Familiengefüges aufrechterhalten bleibt. Im Vergleich zur Bevölkerung ohne Migrationshintergrund ist die Scham, kulturell geprägte Erwartungen nicht erfüllt zu haben, (noch) enorm.

Nimmt man konkret die Pflegeberatung in den Blick, so wünschten sich nahezu alle Befragten mehr Informationen über Pflegeleistungen sowie Hilfe bei der Planung und Beantragung unterstützender Maßnahmen. Vereine, kirchliche Gemeinden und Moscheen könnten hier als Informati-

onsbörsen dienen, so die Idee der Teilnehmer/innen der Zukunftswerkstätten. Seminare in unterschiedlichen Muttersprachen, mehrsprachige Flyer oder Informationsbroschüren in einfachem Deutsch wurden außerdem angeregt, ebenso zentrale Anlaufstellen, die sämtliche Leistungsbereiche überblicken und den Angehörigen und Betroffenen den Weg durch den bürokratischen „Dschungel“ weisen – im Sinne eines Fall- und Case Managements. Gerade ältere Migrantinnen, die lange eher auf den häuslichen Bereich und die Erziehung der Kinder fixiert waren, artikulierten oft Hemmungen, sich an Behörden zu wenden oder Formulare in einer fremden Sprache auszufüllen. Ein regelmäßig verkehrender städtischer Info- und Servicebus, der die Betroffenen unmittelbar in ihrem Sozialraum aufsucht und Anfragen und Anträge bearbeitet, könnte Abhilfe schaffen. Die Übersetzung würden bei Bedarf ehrenamtliche Integrationslots/innen leisten.

Erwartungshaltung und Beratungsalltag

Wie funktioniert nun die eigentliche Beratung, welches sind die besonderen Herausforderungen und Schwierigkeiten der Mitarbeiter/innen der Pflegestützpunkte im Umgang mit zugewanderten Pflegebedürftigen?

Im Ergebnis wird deutlich, dass die Erwartungen und Bedürfnisse der Ratsuchenden deutlich von den Aufgabenbeschreibungen und faktischen Möglichkeiten der Beratenden abweichen. In ihrer Funktion als Pflegeberater/innen haben die Fachkräfte den Auftrag, Beratung und Hilfsangebote zur Unterstützung von Menschen mit Pflege-, Versorgungs- oder Betreuungsbedarf anzubieten. Hierzu gehören die Erfassung des Hilfebedarfs mit Unterstützung des MDK, die Erarbeitung individueller Versorgungspläne, die Einleitung entsprechender Maßnahmen sowie die Überwachung, Dokumentation und Auswertung des Versorgungsplans (§ 7a SGB XI).



Demgegenüber wünschen sich viele Migrant/innen ein „All Inclusive-Paket“. Oft finden sie den Weg in die Beratungsstellen erst, wenn sich schon verschiedenste Probleme aufgestaut haben: unbezahlte Rechnungen, versäumte Fristen im behördlichen Kontext, Fehlzeiten pflegender Angehöriger bei der Arbeit und Probleme mit dem Arbeitgeber, Konflikte in der Partnerschaft, Erziehungs- und Schulprobleme der Kinder. Nicht selten kommen Ratsuchende mit einer ganzen Plastiktüte ungeordneter Unterlagen und hoffen auf unbürokratische Hilfe.

Für die Fachkräfte stellt dies eine besondere Herausforderung dar. Für vieles sind sie formal nicht zuständig, aber eine Erarbeitung und wirksame Umsetzung des Versorgungsplans setzt eine gewisse finanzielle und psychische Stabilität des häuslichen Umfeldes voraus. Im Sinne ihres professionellen Selbstverständnisses nehmen sie häufig Aufgaben wahr, die über den gesetzlichen Auftrag hinausgehen. Zugleich schränken die strukturellen Rahmenbedingungen in den Pflegeberatungsstellen die Möglichkeiten der Hilfe ein. Arbeitsüberlastung, zu hohe Fallzahlen und fehlende zeitliche und personelle Ressourcen zur Vernetzung mit Vereinen und Verbänden, Haus- und Fachärzten, Selbsthilfegruppen, stationären und ambulanten Krankenpflegeanbietern und sonstigen Beratungsstellen wie der Wohnberatung, Schuldnerberatung oder der Schulsozialarbeit tragen dazu bei, dass den Erwartungen nicht hinreichend entsprochen werden kann.

Vernetzung und Kooperation

Unstrittig ist, dass die Pflegeberatungsstellen einen konkreten gesetzlichen Auftrag haben und dieser nur durch eine fachliche Spezialisierung und Zuständigkeitsregelung – u. a. auch aus Sicht derjenigen, die diese Beratungsstellen finanzieren müssen (Kranken- und Pflegekassen, Land/Landkreise) – zu erfüllen ist. Unstrittig

ist aber auch, dass nur eine systematische Vernetzung und Kooperation der unterschiedlichen Dienste in komplexen Bedarfslagen den Hilfesuchenden gerecht werden kann. Dies hat auch der Gesetzgeber erkannt und im § 7 c SGB XI festgelegt, dass es ergänzend zur individuellen Beratung und Hilfe auch zu den Aufgaben der Pflegeberatungsstellen gehört, alle für die Wohnort-nahe Versorgung und Betreuung in Betracht kommenden gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen und sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfs- und Unterstützungsangebote einschließlich der Hilfestellung bei der Inanspruchnahme der Leistungen zu koordinieren. Darüber hinaus ist die Vernetzung aufeinander abgestimmter pflegerischer und sozialer Versorgungs- und Betreuungsangebote sicherzustellen.

Was in der Theorie logisch und „simpel“ klingt, stellt Berater/innen oft vor hohe Hürden – besonders bei Menschen mit Migrationshintergrund. Die Pflegestützpunkte haben an dieser Stelle einen anspruchsvollen Auftrag: Auf der nutzerbezogenen Ebene sollen sie Betroffenen den Eintritt in das Hilfesystem ermöglichen und eine bedarfsgerechte Versorgung sicherstellen. Auf der strukturellen Ebene sollen sie fallübergreifend Hilfeleistungen professioneller und freiwilliger Akteure vor Ort im Rahmen des Care Managements erschließen und koordinieren, um die Voraussetzungen für eine effektive und zugleich kosteneffiziente häusliche Versorgung zu schaffen.

In OPEN wurde deutlich, dass trotz zahlreicher Kooperationspartner und Netzwerke der Pflegeberatungsstellen die Zusammenarbeit mit speziell in der Migrationsarbeit aktiven Ehrenamtlichen, Vereinen und Verbänden sowie sonstigen Dienstleistern eher die Ausnahme bildet. Im Schnittpunkt von allgemeiner Migrationsarbeit und Pflege mangelt es an Informationsaustausch, Kooperation und Koor-

dination. Sofern es diese gibt, werden die Vernetzungsbeziehungen durch die Persönlichkeit und das Engagement einzelner Berater/innen geprägt. Institutionell ist die Vernetzung zwischen Fachkräften der Pflegeberatung und Vertreter/innen von Zugewandertenorganisationen, der (Zugewanderten-) Selbsthilfe, von Migrationsberatungsstellen der Wohlfahrtsverbände und kommunalen Migrationsbüros sowie Angehörigen und ehrenamtlich Tätigen zu wenig verankert. Dass die Zusammenarbeit funktionieren kann, zeigt das Beispiel Ludwigshafen. Hier koordiniert eine vom Land Rheinland-Pfalz und der Stadt Ludwigshafen finanzierte Beratungs- und Koordinierungsstelle (BeKo) in enger Abstimmung mit den ortsansässigen Pflegestützpunkten und Moscheevereinen Informationsveranstaltungen zu Themen rund um die häusliche Pflege. Auch in Mainz ist kürzlich durch die Kooperation eines gemeinnützigen migrantischen Vereins mit lokalen Pflegestützpunkten eine Außensprechstunde für Zugewanderte in einem Stadtteil mit besonders hohem Anteil an Migrant/innen eingeführt worden.

Ausblick

Die im Rahmen des Vorhabens untersuchten Beispiele zeigen, dass Zugangsbarrieren dann abgebaut werden können, wenn Informationsangebote innerhalb des eigenen Sozialraums, der eigenen „Community“ – niedrigschwellig und regelmäßig – stattfinden. Das Einbinden migrantischer Organisationen in Pflege- und Beratungsnetzwerke schafft eine höhere Akzeptanz von Beratung und Versorgung. Denn selbst wenn die am Hilfeprozess beteiligten Organisationen effizient zusammenarbeiten und vernetzt sind, gilt es immer noch, interkulturelle Barrieren im sozialen Miteinander zu überwinden. So zeigen empirische Studien, dass Personen mit Migrationshintergrund, die bereits pflegerische Leistungen in



Anspruch genommen haben, nahezu zur Hälfte mit diesen unzufrieden sind. Ein wesentlicher Grund hierfür ist die unzureichende Berücksichtigung kultureller sowie religiöser Bedürfnisse. Kritisiert wird auch die mangelnde Möglichkeit, individuellen Einfluss auf die Ausgestaltung der Leistungen nehmen zu können (BMG 2011, 62). Im Umkehrschluss bedeutet dies, dass eine stärkere Berücksichtigung solcher Bedürfnisse zu einer höheren Inanspruchnahme pflegerischer Angebote führen könnte. Mit seinem Fokus auf einen Theorie-Praxis-Transfer zielt OPEN deshalb auf ein Case und Care Management, das auf Kultursensibilität im Sinne eines kontinuierlichen, wechselseitigen und partnerschaftlichen Lernprozesses fußt und gleichzeitig die Vernetzung von Pflege und Migration gezielt in den Beratungsalltag der Pflegestützpunkte integriert.

Weitere Informationen:
<http://www.projekt-open.de/>

Literatur

Bader, C. (2016): Wie wird Pflegeberatung zum Case Management? In: Case Management, 3, S. 121–126.

Bundesministerium für Gesundheit (BMG) Hrsg. (2011): Abschlussbericht zur Studie „Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes“, Berlin. URL: https://www.tns-infratest.com/SoFo/_pdf/2011_Abschlussbericht_Wirkungen_des_Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes.pdf (Datum des Zugriffs: 03.01.2017).

May, M. & Alisch, M. (2013): AMIQUUS – Unter Freunden. Ältere Migrantinnen und Migranten in der Stadt. Beiträge zur Sozialraumforschung, Bd. 8, Opladen/Berlin/Toronto: Verlag Barbara Budrich.

Quenzel, G., Schaeffer, D., Messer, M. & Vogt, D. (2015): Gesundheitskompetenz bildungsferner Jugendlicher – Einflussfaktoren

und Folgen. In: Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz, 58, S. 951–957.

Sachverständigenrat deutscher Stiftungen für Integration und Migration (SVR) (2015): Pflege und Pflegeerwartungen in der Einwanderungsgesellschaft. Expertise im Auftrag der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration, Berlin. URL: https://www.bundesregierung.de/Content/DE/Artikel/IB/Artikel/Integrationsgipfel/Integrationsgipfel-2015/2015-11-16-svr-studie.pdf?__blob=publicationFile&v=6 (Datum des Zugriffs: 03.01.2017).

Krobisch, V. & Schenk, L. (2014): Pflegesituation von türkeistämmigen älteren Migrantinnen und Migranten in Berlin. Gesundheitswesen 2014; 76–A90. <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0034-1386940> (Datum des Zugriffs: 11.01.2017).

Schubert, H. & Veil, K. (2014): Der „Sozialraumgenerator“ als Ableitung aus der egozentrierten Netzwerkanalyse. In: sozialraum.de (6) Ausgabe 1/2014. URL: <http://www.sozialraum.de/der-sozialraumgenerator-als-ableitung-aus-der-egozentrierten-netzwerkanalyse.php> (Datum des Zugriffs: 03.01.2017).



Dr. Elke Bruck

Forschungsreferentin im Institut für angewandte Forschung und internationale Beziehungen, Katholische Hochschule Mainz
elke.bruck@kh-mz.de



Prof. Dr. Thomas Hermsen

Leiter des Instituts für angewandte Forschung und internationale Beziehungen, Katholische Hochschule Mainz
thomas.hermsen@kh-mz.de



Jana Wirz

M. A., Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Forschung und Weiterbildung, FB Sozialwissenschaften, Hochschule Koblenz
jwirz@hs-koblenz.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. 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 Kerstein, Tel. 06221/91496-12, Fax: -20, annette.kerstein@medhochzwei-verlag.de

Anzeigen

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

Lena Neusser, Tel. 06221/91496-17, lena.neusser@medhochzwei-verlag.de

Satz

Reemers Publishing Services GmbH, Krefeld

Druck

Schleunung Druck GmbH, 97828 Marktheidenfeld

Bezug- und Bedingungen

Jahresabonnement € 87,- (Inland: zzgl. € 10,- Versandkosten, Ausland: zzgl. € 17,- Versandkosten). Ermäßigt € 64,- (zzgl. € 10,- Versandkosten, gegen gültige Vorlage). Online-Abo € 75,-. Alle Preise inkl. Mehrwertsteuer 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.

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. Kopienversandes auf Bestellung.