

# Projekt „Synopsis innovativer Ansätze zur vernetzten Versorgung älterer Menschen in Deutschland“

## ProNETZ

### Projektleitung:

Dr. Hanneli Döhner, Institut für Medizin-Soziologie (IMS), UKE, Universität Hamburg  
Martinistr. 40, 20246 Hamburg

Fax: 040 / 42803-4056, Tel: 040 / 42803-4528, e-mail: [doehner@uke.uni-hamburg.de](mailto:doehner@uke.uni-hamburg.de)

### Wissenschaftliche MitarbeiterInnen:

Katharina Dahl, Ärztin, MPH, e-mail: [kdahl@uke.uni-hamburg.de](mailto:kdahl@uke.uni-hamburg.de)

Dipl.-Psych. Christopher Kofahl, e-mail: [kofahl@uke.uni-hamburg.de](mailto:kofahl@uke.uni-hamburg.de)

### Auftraggeber:

AOK Bundesverband

### Laufzeit:

November 2001 – Oktober 2002

Version: ProNETZ\_030614

# Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis.....	2
Abbildungsverzeichnis.....	4
Tabellenverzeichnis .....	4
Zusammenfassung .....	5
Auftrag .....	5
Ausgangslage.....	5
Veränderungspotenziale .....	5
Auswahl der Projekte für die Synopse .....	6
Zusammengefasste Ergebnisse .....	6
Elemente des Care Management.....	6
Elemente des Case Management .....	7
Gesetzliche Grundlagen / Finanzierungsbasis .....	7
Evaluationsdefizit .....	8
<b>Projektauftrag.....</b>	<b>9</b>
<b>Einleitung: Problemaufriss und Hintergrund .....</b>	<b>10</b>
Unterstützungs- und Versorgungsbedarfe des älteren Menschen .....	10
Schnittstellen zwischen den Bestandteilen des Versorgungssystems .....	11
Kosten.....	12
Vernetzung – die Lösung der Probleme? .....	13
Gesetzliche Grundlagen von Vernetzung .....	16
<b>Material und Methoden .....</b>	<b>19</b>
Das Auswahlverfahren der Projekte .....	19
Berliner Gesundheitspreis (AOK-Projekte).....	19
Altenhilfestrukturen der Zukunft (BMFSFJ-Projekte) .....	22
Bewerbung „Versorgungsforschung“ .....	25
Weitere Projekte .....	25
Auswahl der Projekte.....	26
Erstellen eines Kriterienrasters.....	26
Erstellen einer Datenbank .....	27
Erstellen eines Rasters „Vernetzungsbausteine“ .....	28
Verdichtungen.....	31
Bezug zwischen ProNETZ und den Altenhilfestrukturen der Zukunft.....	32

<b>Ergebnisse .....</b>	<b>34</b>
Typen von Vernetzungsaktivitäten .....	34
Vernetzungsansätze mit einem Schwerpunkt auf Gemeindeorientierung .....	36
Vernetzungsansätze mit einem Schwerpunkt auf Institutionenzentrierung .....	37
Vernetzungsansätze mit einem Schwerpunkt auf Zielgruppenorientierung .....	38
Regionale Verteilung .....	39
Gesetzliche Grundlagen .....	40
Projektträger .....	41
Kostenträger .....	42
Initiatoren.....	43
Die Rolle der Berufsgruppen im Vernetzungsgeschehen.....	44
Bausteine des Care und Case Managements.....	48
Care Management Elemente .....	50
Netzwerk Manager.....	50
Öffentlichkeitsarbeit .....	52
Interdisziplinäre Arbeitskreise.....	53
Interdisziplinäre Fort- / Weiterbildung .....	54
Beratungsstellen für Betroffene .....	55
Koordinations- und Leitstellen für professionelle Versorger.....	56
Wegweiser .....	56
Case Management Elemente.....	57
Case Manager .....	57
Krankheitsspezifisches Management.....	59
Screening und Assessment-Instrumente .....	59
Personenzentrierte Fallbesprechungen .....	60
Personenzentrierte Informations- und Dokumentationssysteme.....	61
Begleit- und Besuchsdienste .....	61
Angehörigenunterstützung.....	62
Bürgerschaftliches Engagement .....	62
Wissenschaftliche Begleitforschung.....	63
Barrieren in der Vernetzung.....	64
Barrieren auf der Interaktionsebene .....	65
Barrieren auf der institutionellen Ebene .....	66
Barrieren auf der Ebene der gesetzlichen Rahmenbedingungen.....	67

<b>Diskussion</b> .....	<b>69</b>
Initiierung .....	69
Bestandsanalyse .....	70
Bedarfsanalyse .....	71
Zielformulierung .....	72
Umsetzung .....	72
Evaluation .....	80
Verstetigung .....	82
Ausblick .....	84
<b>Literatur</b> .....	<b>86</b>

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Träger des Berliner Gesundheitspreises .....	20
Abbildung 2: Für den Berliner Gesundheitspreis nominierte Projekte .....	20
Abbildung 3: Vorgehen bei der Auswahl der Projekte (AOK) .....	22
Abbildung 4: Auswahlverfahren der Bewerber um die BMFSFJ-Förderung „Altenhilfestrukturen der Zukunft“ .....	24
Abbildung 5: Projekte aus dem Programm „Altenhilfestrukturen der Zukunft“ ....	25
Abbildung 6: Case Management Zyklus .....	49
Abbildung 7: Modell einer Integrierten Beratung .....	75

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Relevanz der Projekte nach Einschätzung der IMS-MitarbeiterInnen ....	26
Tabelle 2: Übereinstimmung in der Relevanz-Einschätzung der IMS- MitarbeiterInnen .....	26
Tabelle 3: Kriterienraster .....	27
Tabelle 4: Beispiel: Schwerpunktsetzung und Vernetzungsbausteine .....	30
Tabelle 5: Projektverdichtungen .....	31

# Zusammenfassung

## Auftrag

Konkrete Projekte und innovative Konzepte zur vernetzten gesundheitlichen und sozialen Versorgung älterer Menschen in Deutschland sollen in einer Projekt-Datenbank zusammengeführt und in einem Abschlussbericht synoptisch analysiert werden. Auf dieser Grundlage soll eine Checkliste zur Entscheidungsunterstützung für AOK-Manager erarbeitet werden, die zum Inhalt hat, welche zentralen Merkmale bei Vernetzungsprojekten für alte Menschen zu beachten sind. Die Untersuchung soll die Bemühungen der AOK unterstützen, durch ein effizienteres und qualitätsorientiertes Gesundheitssystem Lösungen für die Versorgungsprobleme alter bzw. chronisch kranker alter Menschen aufzuzeigen.

## Ausgangslage

Demografische Veränderungen und die wachsende Bedeutung chronischer Erkrankungen machen die Überwindung von Schnittstellenproblemen, die durch das fragmentierte Sozial- und Gesundheitssystem bedingt sind, dringend erforderlich, um den Zielen einer verbesserten Versorgungsqualität und der Kostenreduzierung oder zumindest –stabilisierung näher zu kommen. Durch die Einführung der DRGs bekommt die Notwendigkeit der Aufhebung von Informationsbrüchen, Kommunikations-, Kooperations- und Koordinationsdefiziten insbesondere an der Schnittstelle stationär / ambulant für die besonders betroffene Zielgruppe der chronisch kranken, v.a. chronisch kranken älteren Menschen (Multimorbidität) eine aktuelle Brisanz.

## Veränderungspotenziale

Gesetzliche Grundlagen für innovative Ansätze bieten Modellverträge, Strukturverträge und die integrierte Versorgung. Konkrete Lösungsansätze zur Vernetzung werden im Rahmen von Disease, Case und Care Management Programmen gesehen.

Während zur Zeit intensiv an der Entwicklung und Einführung von DMPs gearbeitet wird, die sich auf ausgewählte Krankheitsgruppen beziehen, wird vermehrt Kritik daran deutlich, dass dieser Ansatz bei der großen Gruppe der chronisch kranken älteren Menschen vermutlich nicht umfassend genug greift, um zu einer patientenorientierten Versorgung zu führen. Die Kritik bezieht sich einerseits auf die mit dem Diagnose-Ansatz verbundene zu starke medizinische Orientierung, die eine Vernachlässigung der pflegerischen und psychosozialen Komponenten zur Folge hat. Andererseits werden die Instrumente als zu starr und allgemein angesehen, wodurch die Individualität der Situation des einzelnen Patienten nicht ausreichend berücksichtigt wird.

Hier werden für Patienten mit komplexen gesundheitlichen und sozialen Bedarfs- und Problemlagen die Vorteile des Case Management – Ansatzes verortet. Das Ziel wird gemeinsam mit dem Patienten und den an der Versorgung beteiligten Professionen festgelegt, die Umsetzung wird vom Case Manager koordiniert und der Verlauf beobachtet. Die Maßnahmen, aber auch die Ziele werden ggf. modifiziert. Das Case Management unterliegt

zwar einem systematischen Vorgehen, der Hilfeplan ist aber sehr individuell und flexibel. Als Voraussetzungen für eine erfolgversprechende Vorgehensweise werden strukturelle Elemente des Care Managements gesehen.

Ein empirisch fundierter, methodisch hochwertiger Nachweis der Zielerreichung für Case und Care Management steht im deutschen Versorgungswesen noch aus, ebenso für Modelle mit einem verknüpften Ansatz.

### **Auswahl der Projekte für die Synopse**

Die für die Synopse herangezogenen Vernetzungsvorhaben entspringen verschiedenen Quellen und wurden einem gestuften Auswahlverfahren unterzogen. Diese Auswahl kann zwar nicht als zufällig und bundesweit repräsentativ betrachtet werden, stellt aber aus unserer Sicht in ihrem Umfang und in ihrer Verteilung dennoch einen soliden Querschnitt der Vernetzungsaktivitäten in ganz Deutschland dar. Für die Auswahl der Projekte wurden die im Folgenden dargestellten Quellen herangezogen: Berliner Gesundheitspreis 2000, Programm des BMFSFJ zu Altenhilfestrukturen der Zukunft, Ausschreibung des BMBF und der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Versorgungsforschung. Es wurden schließlich 58 Projekte in die Synopse und die Datenbank einbezogen.

### **Zusammengefasste Ergebnisse**

Eine grobe Typisierung der Projekte wurde nach ihrer Ausprägung bezogen auf: Gemeindeorientierung, Institutionenzentrierung, Zielgruppenorientierung vorgenommen. Dominant ist die Gemeindeorientierung, hier sind Sozialarbeiter besonders aktiv, insbesondere in dem Bereich des Netzwerk Managements. Bei den Projekten mit ausgeprägter Institutionenzentrierung liegen die Initiativen vorwiegend im Krankenhaus, selten bei niedergelassenen Ärzten, nie bei Pflegediensten. Viele Projekte sind geprägt durch das hohe, oft ehrenamtliche Engagement von Einzelpersonen, die in der Region einen erheblichen Einfluss haben, sind aber von Stagnation bedroht, wenn dieses wegfällt. Kontinuität der Arbeit wird häufig unterstützt durch vertragliche Vereinbarungen.

Die projektspezifischen Bausteine wurden – um eine Vergleichbarkeit zu erreichen – Programm-Elementen mit einheitlicher Begrifflichkeit zugeordnet, die nach den Bereichen Care Management und Case Management untergliedert wurden.

### **Elemente des Care Management**

Zwar beinhalten alle einbezogenen Projekte mindestens ein Element des Care Managements, aber nicht überall gibt es auch einen expliziten „Netz Manager“ oder „Care Manager“. Ein hauptamtliches Netzwerk scheint eine wesentliche Voraussetzung für die Verstärkung der Arbeit im Bereich Care Management zu sein, um die weiteren Elemente – Öffentlichkeitsarbeit, interdisziplinäre Arbeitskreise, interdisziplinäre Fort- / Weiterbildung, Informations- und Beratungsstellen, Koordinations- und Leitstellen für Profis, Wegweiser – zu sichern. Lokale Arbeitskreise sind meistens vorhanden und tragen ganz wesentlich zur Abstimmung und Akzeptanz der Aktivitäten bei.

## Elemente des Case Management

Alle einbezogenen Projekte haben einzelne Case Management Elemente, aber nur knapp die Hälfte haben auch eine oder mehrere explizit dafür verantwortliche Person/en, die als Case Manager bezeichnet werden. Bei der Anbindung zeigt sich ein breites Spektrum von Eigenständigkeit bis zur festen Einbindung in kommunale Einrichtungen, Sozialstation oder Arztpraxen. Da spiegelt sich auch die berufliche Primärqualifikation der Case Manager wieder: es sind dies vorwiegend Sozialarbeiter, vereinzelt Ärzte, in einer Sozialstation interessanterweise nicht die Pflege, sondern Therapeuten, was mit der Orientierung auf Rehabilitation zu tun hat. Altenpflegerinnen waren nur in einem Projekt hauptamtlich verantwortlich für das Case Management, das in enger Abstimmung mit den Hausärzten umgesetzt wurde.

Hinsichtlich der weiteren Elemente von Case Management – krankheitsspezifisches Management, Screening / Assessment, personenzentrierte Fallbesprechungen, personenzentrierte Info- / Dokumentationssysteme, Begleitdienste und Angehörigenunterstützung – lässt sich feststellen, dass die Projekte fast immer Schwerpunkte setzen, die mit der Entstehungsgeschichte und der Einbindung und der damit verbundenen besonderen Probleme zu tun haben. Eine Einschätzung dazu, in wieweit der Methodik des Case Management Zyklus entsprochen wird, ist auf Grund nicht ausreichender Dokumentation der Projektarbeit in den wenigsten Projekten möglich. Von einem „Missbrauch“ des Begriffes in einigen Fällen muss sicherlich ausgegangen werden. Ein gutes Dokumentationssystem ist zwingende Voraussetzung für die Qualitätssicherung und die Begründung gesonderter Finanzierung des Case Managements.

## Gesetzliche Grundlagen / Finanzierungsbasis

Die meisten Projekte finanzieren sich durch Förderprogramme von Bund und Ländern unter Einbeziehung eigener Mittel. Nur einige wenige Vorhaben werden auf der Grundlage von Modellvorhaben nach § 63 finanziert, nur zwei Projekte im Rahmen von Strukturverträgen nach § 73 und noch kein Projekt basiert auf dem §140 a - h zur integrierten Versorgung. Damit hängt zusammen, dass einige Projekte nach Beendigung der Förderung nicht weitergeführt werden konnten. Einige streben die Finanzierung im Rahmen der o.g. Möglichkeiten an.

Die Projekte bestätigen, dass für die Zielgruppe der Patienten / Klienten / Versicherten mit komplexen Problemlagen, wie es i.a. für die chronisch kranken älteren Menschen zutrifft, ein speziell finanziertes Case Management – unabhängig davon, ob bereits vorhandene Mitarbeiter eine Zusatzqualifikation dafür erwerben oder bereits speziell geschulte Experten in das Team integriert werden – erforderlich ist. Dabei wird der finanzielle Aufwand je nach Konzept unterschiedlich sein. Die Einbindung des Case Managers sollte da passieren, wo bereits jetzt die höchste Kontaktrate besteht. Dies ist sehr häufig der Hausarzt, bei stärker Pflegebedürftigen der ambulante Pflegedienst. Da in fast allen Situationen Bereiche des SGB V und SGB XI gleichzeitig tangiert sind, häufig das BSHG herangezogen und neuerdings auch das SGB IX mitgedacht werden muss, sollte stärker über ein personenbezo-

genes Budget nachgedacht werden. Zumindest sollte das Konzept modellhaft erprobt werden.

Ein Case Manager ist für die Koordination der Hilfen im Einzelfall auf gut ausgebaute Netzungsstrukturen und -instrumente im Stadtteil angewiesen. Diese können nur zuverlässig aufgebaut und weiter entwickelt werden, wenn ein Netzwerk Manager mit entsprechenden Ressourcen die Fäden in der Hand hat. Auch hier gilt, dass es grundsätzlich unterschiedliche Formen der Realisierung des Care Managements geben kann. Eine Integration in die kommunalen Einrichtungen scheint für die Kontinuität Vorteile zu bieten. Allerdings sollte diese Aufgabe gesetzlich abgesichert werden, z.B. im Rahmen des geplanten Altenhilfe-Strukturgesetzes (Bergmann 2000).

Die bisher noch sehr zögerlich anlaufende Entwicklung von Konzepten, die im Rahmen der „Integrierten Versorgung“ realisiert werden könnten, könnte durch die aktuelle Zielsetzung: „Integrierte Versorgung als Regelversorgung“ sowohl von Seiten des BMG (Schröder 2003) als auch von Seiten des Bundesverbandes der AOK (Ahrens 2003) einen neuen Schub erhalten. Dabei wird vom BMG betont, dass dabei die Pflege eine wesentliche Rolle zu spielen habe. Voraussetzung dafür sei die „Verzahnung von Kranken- und Pflegeversicherung“. Hier zeigt sich eine deutliche Annäherung der Zielorientierung von Politik, Kostenträger, Leistungsträgern und Betroffenen, die es gemeinsam umzusetzen gilt.

### **Evaluationsdefizit**

Die Synopse ist primär deskriptiv. Es existiert ein reichhaltiges Erfahrungswissen, das im Bericht systematisch zusammengeführt wurde. Eine Transparenz der hinderlichen Faktoren für die Umsetzung bestimmter Programm-Elemente ist selten gegeben, da möglicherweise Nachteile für die weitere Förderung befürchtet werden. Indirekt gibt es jedoch in verschiedenen Berichten Hinweise auf Barrieren auf der Interaktionsebene, der institutionellen Ebene sowie der Ebene der gesetzlichen Rahmenbedingungen.

Bei über der Hälfte der Projekte gibt es zwar eine wissenschaftliche Begleitforschung, die z.B. auch den Aspekt der hinderlichen Faktoren beleuchten sollte, aber häufig scheinen die Ressourcen nur eine sehr begrenzte Evaluation zuzulassen. Allerdings wird deutlich, dass wissenschaftlich begleitete Projekte stärker in der Öffentlichkeit wahrgenommen werden und damit möglicherweise auch Vorteile bei der Verstetigung haben. In keinem der Projekte wurde eine kontrollierte Studie durchgeführt. Gesundheitsökonomische Analysen wurden bisher nicht vorgenommen.

## Projektauftrag

Ausgangspunkt des Projektes ist der bundesweite Innovationswettbewerb der AOK und der Ärztekammer Berlin zum Berliner Gesundheitspreis 2000 „Alter und Gesundheit – Mehr Qualität durch vernetzte Versorgung“, der eine hohe Resonanz gefunden hat. Mit dieser Ausschreibung sollten „konkrete Projekte und innovative Konzepte für ein effizienteres und qualitätsorientiertes Gesundheitssystem“ gefördert werden. Dabei standen „Lösungen für die Versorgungsprobleme alter bzw. chronisch kranker alter Menschen, demenziell Erkrankter und von Schlaganfallpatienten im Mittelpunkt. Diese thematische Ausrichtung greift die gesundheitspolitische Diskussion über Auswirkungen der demografischen Entwicklung, der gravierenden Schnittstellenprobleme in ambulanter und stationärer, präventiver und kurativer, pflegerischer und rehabilitativer Versorgung und die damit verbundenen qualitativen und ökonomischen Konsequenzen auf.“

Im Nachgang der Preisverleihung am 28. März 2001 im Roten Rathaus in Berlin entstand die Idee, die vielfältigen deutschen Vernetzungsprojekte im Rahmen einer Synopse zusammenzustellen und Gemeinsamkeiten sowie Besonderheiten herauszuarbeiten. Es wurde ein Werkvertrag vom AOK-Bundesverband an das Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf vergeben, der „die Erarbeitung einer wissenschaftlichen Analyse und zusammenfassenden Bewertung von Projekten zur vernetzten gesundheitlichen und sozialen Versorgung älterer Menschen in Deutschland“ zum Gegenstand hat. „Die Ergebnisse sind Grundlage für die Durchführung eines vom Auftraggeber organisierten Workshops [...] für eine ausgewählte Fachöffentlichkeit, der als Nachbereitungsveranstaltung des Berliner Gesundheitspreises 2000 angekündigt werden soll. Ziel des Auftrags ist die Schaffung von Entscheidungsgrundlagen für die AOK zur gesundheitspolitischen und unternehmensstrategischen Zielfindung im Hinblick auf eine optimierte Versorgung älterer Versicherter in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung. ... Als Endprodukt wird dem Auftraggeber ein Abschlussbericht [...] sowie die erstellte Projekt-Datenbank [...] zur Verfügung gestellt. [...]“ sowie eine „Checkliste zur Entscheidungsunterstützung für AOK-Manager, welche zentralen Qualitätsmerkmale bei Vernetzungsprojekten für alte Menschen zu beachten sind“ (zitiert aus: Werkvertrag zwischen AOK-Bundesverband und Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf vom 2.10.2001).

Für die Erfüllung des Auftrages wurde dem Institut für Medizin-Soziologie (IMS) eine Stelle BAT II a für ein Jahr (1.11.2001 bis 31.10.2002) finanziert. Um auch für die Synopse eine multidisziplinäre Vorgehensweise zu gewährleisten, wurde ein Team aus den Disziplinen Medizin (1/2 BAT II a), Psychologie (1/2 BAT II a) sowie Soziologie (Projektleitung als Eigenanteil des IMS) gebildet.

Der geplante Workshop wurde am 21. Mai 2003 vom AOK-Bundesverband in Berlin durchgeführt.

# Einleitung: Problemaufriss und Hintergrund

## Unterstützungs- und Versorgungsbedarfe des älteren Menschen

Im Zentrum der Diskussion um die Vernetzung im Sozial- und Gesundheitswesen steht der Mensch mit seinem individuell unterschiedlichen Unterstützungsbedarf – in besonderem Maße der ältere Mensch. Die Fokussierung auf den älteren Menschen hat mehrere Gründe. Die bedeutsamsten jedoch resultieren aus der Tatsache, dass bei Menschen mit zunehmendem Alter ihre körperliche und geistige Leistungsfähigkeit abnimmt und gesundheitliche Beeinträchtigungen, Erkrankungen und funktionelle Störungen zunehmen, die – und hier liegt die eigentliche Herausforderung an die Versorgung – nicht voneinander losgelöst und unabhängig behandelt werden können oder sollten (Hirsch et al. 1992). Wären alle Versorgungserfordernisse, die aus den genannten Einschränkungen entstehen, isoliert voneinander zu lösen, könnte das deutsche Sozial- und Gesundheitswesen vermutlich angemessen darauf reagieren, da es selbst aus weitgehend voneinander isolierten Elementen besteht. Doch genau dies wird der Begegnung komplexer Problemlagen und schwieriger Lebenssituationen vieler alter Menschen nicht gerecht. Es soll nicht in Frage gestellt werden, dass sich das Unterstützungs- und Versorgungssystem auch der komplexen Problemlagen vieler jüngerer Schwerst- und / oder Mehrfacherkrankter oder kranker Menschen mit Behinderungen in besonderer Weise annehmen muss. Die grundsätzliche Problematik, die hier im Folgenden aufgezeigt wird, gilt größtenteils auch für sie.

Das Ineinandergreifen mehrerer verschiedener Erkrankungen, Störungen und Funktionseinschränkungen (Multimorbidität) trifft in besonderer Weise auf die Hochaltrigen – in der Regel definiert als die über 80-jährigen – zu. „Diese Problemsituationen machen es notwendig, dass hochaltrige Menschen eine Vielzahl von Einrichtungen des Gesundheitswesens in Anspruch nehmen und mit unterschiedlichen Berufsgruppen in Kontakt treten müssen. Dabei ergeben sich Übergänge zwischen Institutionen und Berufsgruppen, etwa von einem Akutkrankenhaus und den dort arbeitenden Medizinerinnen in die häusliche Situation unter Betreuung eines ambulanten Pflegedienstes. Um einen Versorgungsübergang nicht zu einem Bruch der Versorgungskette werden zu lassen, ist die Vernetzung von Institutionen, Diensten und Berufsgruppen notwendig, bei der es in erster Linie darum geht, die Versorgung der betroffenen Person zu optimieren.“ (BMFSFJ 2002)

Wenn zusätzlich noch soziale Faktoren berücksichtigt werden müssen, beispielsweise die Abnahme sozialer Kontakte durch das Versterben von Freunden und Bekannten, bzw. das in der Regel mit besonderer Härte verbundene Versterben von Lebenspartnern oder Angehörigen, sind Hochaltrige „[...] für die Unterstützung und Gestaltung ihrer Lebensumstände oftmals weitgehend auf Professionelle angewiesen. Dies gilt nicht nur für die verschiedenen Unterstützungsleistungen wie medizinische Therapie, Pflege, rehabilitative oder hauswirtschaftliche Versorgung, sondern auch für die Organisation und Abstimmung der einzelnen Hilfen, also die Steuerungserfordernisse der Fremd- und Eigenleistungen im Alltag.“ (BMFSFJ 2002). Insbesondere Ältere profitieren also von einer ganzheitlichen oder umfassenden Versorgung im Sinne einer Vernetzung.

Darüber hinaus haben gerade Ältere im Dschungel der Gesundheits- und Sozialsysteme erhebliche Schwierigkeiten, die jeweils richtige Versorgung zu finden. Sie sind im Besonderen auf vertraute, stabile Strukturen angewiesen und durch Veränderungen eher irritiert als Jüngere, eine Tatsache, die noch stärker bei geistig Beeinträchtigten (z.B. Demenzkranken) gilt (Bruder 1992). Demenzkranke und ihre Angehörigen stellen auch in anderer Hinsicht eine Gruppe dar, die in besonderer Weise auf vernetzte Strukturen angewiesen ist: Der Betreuungsaufwand für Menschen mit demenziellen Erkrankungen ist enorm hoch (Gräbel 1998), und die Angehörigen sind extremen Belastungen ausgesetzt. In vielen Vernetzungsansätzen wird diesem Umstand bereits Rechnung getragen. Sowohl die Ausschreibung zum Berliner Gesundheitspreis 2000 als auch die Ausschreibung des BMFSFJ zu Altenhilfestrukturen der Zukunft setzten hier einen Schwerpunkt.

### Schnittstellen zwischen den Bestandteilen des Versorgungssystems

Seit vielen Jahren wird im Zusammenhang mit einer bedarfsangemessenen Versorgung die Problematik der Schnittstellen im Sozial- und Gesundheitswesen von unterschiedlichen Akteuren mit verschiedenen Ergebnissen bzw. Lösungsansätzen diskutiert. Bei den Schnittstellen handelt es sich um die Übergänge zwischen personellen, institutionellen, juristischen, politischen, kulturellen und zielgruppenspezifischen Anteilen des Versorgungssystems.

Ein zentraler Lösungsansatz in der Schnittstellenfrage ist die Vernetzung – Thema dieses Berichtes. Bevor jedoch der Vernetzungsbegriff erörtert werden soll, wollen wir zusammenfassend aufzeigen, womit sich Vernetzungsansätze im Sozial- und Gesundheitswesen befassen, was es also zu vernetzen gilt.

Analytisch lässt sich das deutsche Sozial- und Gesundheitsversorgungssystem in die folgenden Ebenen und Subsysteme untergliedern (Döhner 2002):

- ◆ **Versorgungssektoren:** ambulant, teilstationär und stationär
- ◆ **Versorgungsstufen:** Grundversorgungs- bis Spezialversorgungseinrichtungen
- ◆ **Versorgungsbereiche:** Gesundheitsförderung, Prävention, Kuration, Rehabilitation, Sterbebegleitung
- ◆ **Berufsgruppen:** Ärzte, Pflegekräfte, Therapeuten, Sozialarbeiter, Seelsorge u.a.
- ◆ **professionelle und nicht-professionelle Versorgung:** berufliche Hochspezialisierung (Fachkapazität) bis hin zu fachlich unbegleiteter Laienpflege (Angehörige, Nachbarn, Freunde, Freiwillige)
- ◆ **Kostenträger:** Gesetzliche Krankenversicherung und Soziale Pflegeversicherung (Sozialgesetzbuch Fünftes und Elftes Buch – SGB V und XI), private Krankenversicherung (PKV), Rehabilitationsträger (Sozialgesetzbuch Neuntes - SGB IX), Bundessozialhilfegesetz (BSHG), Rentenversicherungsträger (SGB VI), etc.
- ◆ **Leistungsträger:** staatlich, gemeinnützig, privat

Auch spielen mehr und mehr interkulturelle Schnittstellen eine Rolle im Versorgungs-geschehen: Sowohl auf Seite der Pflegenden als auch auf der Seite der zu Versorgenden wird der Anteil nicht-deutschstämmiger und außereuropäischer Personen größer. Viele Migran-ten werden nicht in ihre Heimatländer zurückkehren und stattdessen in Deutschland fami-liäre und / oder professionelle Pflege benötigen. Probleme ergeben sich dann zum Beispiel durch mangelnde muttersprachliche, kultursensible professionelle Pflege. Des Weiteren müssen gerade auch religiöse und spirituelle Unterschiede berücksichtigt werden. Der As-pekt der interkulturellen Integration im Bereich der Netzwerkbildung gewinnt also an Be-deutung. Dolmetscherdienste sind ein erster Ansatz, dieses neue Thema zu bearbeiten. Benötigt wird aber auf Dauer eine viel weitreichendere Anpassung der Pflegesituationen an die kulturellen Gegebenheiten in unserer Bevölkerung. Wir ergänzen die obige Aufzäh-lung also um den Punkt:

◆ **Kulturzugehörigkeit:** Glauben, Ethnizität, etc.

Zwischen diesen Ebenen liegen die oben beschriebenen Schnittstellen. Als Haupthypothese zur Begründung der suboptimalen Versorgung im deutschen Sozial- und Gesundheitssys-tem gilt, dass genau an diesen Schnittstellen durch mangelnde Koordination und Kooperati-on Informationen verloren gehen. Dies wiederum liegt unter anderem an dem Umstand, dass diese Informationen erstens von einer Person auf eine andere Person übertragen, zweitens inhaltlich und fachlich verstanden und drittens die Meinung bezüglich der daraus resultierenden Konsequenzen geteilt werden müssen. Durch verloren gegangene Informa-tionen und unterschiedliche Meinungen und Wissensstände entstehen Therapie(ab)brüche oder -umstellungen, Doppeluntersuchungen und Versorgungslücken. Vernetzung – das heißt hier die Verkoppelung der Akteure in persönlichen Kontakten oder zumindest in a-däquater bedarfs- und problemgerechter mündlicher oder schriftlicher Form – soll Versor-gungsfehler oder -diskontinuitäten aufgrund von Informationsdefiziten abstellen (Schmidt-ke & Kosan 2002). Ziel ist vor allem die Qualitätsverbesserung der medizinischen und sozia-len Versorgung der auf sie angewiesenen Menschen in unserem Gesundheitssystem.

## Kosten

Wenn wir uns die Diskussion um das Sozial- und Gesundheitswesen vor Augen führen, wird diese von der Diskussion um die Kosten dominiert. Tatsächlich ist der Anstieg der Ausgaben für Gesundheit erheblich. Das statistische Bundesamt gibt für das Jahr 2000 eine Gesamtsumme von über 218 Mrd. € an gegenüber 163 Mrd. € noch 1992. Andere Quellen weisen deutlich höhere Zahlen aus. So gibt Müller für das Jahr 1997 gar 264 Mrd. € an (Müller 1999) (im Vergleich das statistische Bundesamt: 204 Mrd. € für 1997).

Ein Grund für die Kostensteigerung ist die Entwicklung der (High-Tech-) Medizin, die enor-me Ausgaben mit sich bringt. Andererseits ist aber auch die demografische Entwicklung kostentreibend: zwar sind die Behandlungskosten pro Erkrankung im Alter (außer im letz-ten Lebensjahr) nicht höher als in jüngeren Jahren (Schwartz & Busse 1994) – im Ergebnis mancher Untersuchungen sogar niedriger (Brockmann 2002), aber ältere Menschen sind häufiger und vielfältiger krank. Zudem nimmt auch aufgrund der steigenden Lebenserwar-

tung die Zahl der älteren Menschen zu. Alter ist nicht mit Leiden und Krankheit gleichzusetzen. Der größere Teil der Älteren kann sich einer weitgehend guten Gesundheit und hohen Lebensqualität erfreuen. Dennoch bleibt die Tatsache, dass die ältere Bevölkerung einen überdimensionalen Anteil an den Gesundheitskosten hat.

Doch nicht die Kosten selbst sind das eigentlich Entscheidende, sondern ihre Finanzierung, also die notwendigen Einnahmen, denn „[...] die Ausgaben können nicht mehr durch die vor allem durch die anhaltende Massenarbeitslosigkeit gefährdeten Einnahmen (erodierende Grundlohnsummen) gedeckt werden, ohne dass die Beitragssätze steigen [...]“ (Schulz-Nieswandt 1998). Immer weniger junge Arbeitnehmer müssen für immer mehr Ältere durch ihre Beitragssätze aufkommen.

Das Spannungsfeld befindet sich zwischen den beiden Polen „Beitragserhöhung“, um die Kosten zu decken, und „Leistungseinsparungen“, um die Beitragssätze stabil zu halten. Beides ist nicht gewünscht, was die Suche nach Einsparpotenzialen (Rationalisierung) im Gesundheitswesen erklärt. Ein wesentliches Einsparpotenzial wird in der Vernetzung gesehen, denn in vernetzten Strukturen und Prozessen wird ein hohes Potenzial zur Reduktion von kostenträchtiger Unter-, Über- und Fehlversorgung vermutet (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2001).

### Vernetzung – die Lösung der Probleme?

In der Art und Weise, wie der Begriff der „Vernetzung“ Eingang in die Diskussion um die Probleme des Sozial- und Gesundheitswesens gefunden hat, ist davon auszugehen, dass in Vernetzungsansätzen generell – also nicht nur bezogen auf Ältere – erhebliche Potenziale zur Lösung oder Reduktion insbesondere der systembedingten Probleme gesehen werden. Politik, Leistungserbringer und Kostenträger diskutieren die Vorteile und Bedingungen einer wohnortnahen Vernetzung. So unterstreicht z.B. auch der Leiter der Abteilung Pflege im AOK Bundesverband die Notwendigkeit der Schaffung moderner Strukturen durch mehr Vernetzung: „Es fehlt in unserem Versorgungssystem ein systematisch-strukturiertes Koordinierungssystem im Sinne eines kontinuierlich verfügbaren und schnittstellenübergreifenden Case Managements“. Durch eine „personenbezogene Koordinierung von kurativen, präventiven, rehabilitativen, pflegerischen und sozialen Hilfen“ kann vor allem die „Kontinuität zwischen ambulantem und stationärem Sektor“ gesichert werden (Kesselheim 2002).

Vernetzungsbemühungen scheinen aber nicht allzu selbstverständlich nur positiv bewertet zu werden – sonst würden wir nicht ständig darüber sprechen, schreiben, diskutieren, forschen. Kennzeichnend für den Diskurs ist der Mangel an „Griffigem“, an verständlichen und nachvollziehbaren Beschreibungen und Erklärungen, unter welchen Bedingungen Vernetzung welche Ergebnisse erzielt. Weiterhin gibt es offensichtlich neben den vielen immer wieder heraus gestellten positiven Aspekten eine ganze Reihe von Hindernissen, Barrieren, vielleicht auch negativen Faktoren sowie Nachteilen von und durch Vernetzung. Förderliche und hinderliche Faktoren, Vor- und Nachteile, Voraussetzungen und Ergebnisse von Vernetzungen stehen im Mittelpunkt der Analyse der Projekte.

Da es kein einheitliches Verständnis von dem Begriff „Vernetzung“ gibt, wollen wir zunächst unsere Definition und Interpretation darstellen: Die beiden wesentlichen Elemente von Vernetzung sind Koordination und Kooperation. „Koordination“ und „Kooperation“ sind definitorisch schwierige Konstrukte und ziehen damit ein ständiges Bemühen der gemeinsamen Verständigung nach sich hinsichtlich der Frage, was denn nun eigentlich unter Kooperation und Koordination zu verstehen sei. In der Literatur finden sich zum Beispiel folgende Definitionen:

- ◆ **Koordination** ist die Abstimmung von Strukturmerkmalen und Teilfunktionen im Hinblick auf eine Gesamtaufgabe, sie ist folglich strukturbezogen (Bruder 1992). Holz (Holz 1998) beschreibt, dass Koordination Information und Kooperation zwischen mindestens zwei Akteuren voraus setzt. Ihrer Meinung nach besteht Koordination darin, dass die Ziele, Interessen und Tätigkeiten von Personen respektive Organisationen in Beziehung zueinander gesetzt werden, um sie aufeinander abzustimmen. Koordination setzt demnach gegenseitige Information voraus und erfordert die Einhaltung von Verabredungen und Absprachen. Wesensmerkmal der Koordination ist das strukturierte Erreichen eines gemeinsam festgelegten Zieles durch verschiedene Personen / Organisationen. Notwendige Voraussetzungen für eine erfolgreiche Koordination sind unter anderem:
  - ◆ Einsatz von qualifiziertem Fachpersonal
  - ◆ Klare und transparente Aufgabenzuweisungen und Kompetenzregelungen
  - ◆ Transparente und auf Interaktion ausgerichtete Kanäle
  - ◆ Abgestimmte und verlässliche Strukturen sowie ausreichende Finanzierung
- ◆ **Kooperation** ist, wenn tatsächliche, sich ergänzende Handlungen innerhalb der Strukturen – gleichzeitig oder nacheinander – innerhalb einer Aufgabe stattfinden (Bruder 1992). Holz sieht Kooperation als eine Arbeitsform innerhalb der sozialen Arbeit mit dem Ziel der Zusammenarbeit von Personen und Institutionen. Voraussetzung ist Kommunikation und ein Wollen der Fachkräfte und Organisationen (Holz 1998). Die Konferenz der Fachberufe im Gesundheitswesen hat 1994 das Ziel von Kooperation klar auf die Verbesserung einer patientenorientierten Versorgung der Bevölkerung bezogen. „Dem gemeinsamen Ziel, Leben zu erhalten, Gesundheit zu schützen und wieder herzustellen sowie Leiden zu lindern sind alle anderen Interessen unterzuordnen“ (Konferenz der Fachberufe im Gesundheitswesen bei der Bundesärztekammer 1994).
- ◆ **Vernetzung** schließlich ist, „wenn Kooperation so stetig funktioniert, dass sie zur Gewohnheit oder zur Selbstverständlichkeit zu werden beginnt. ... Vernetzung ist also ein auf Motivation und seelische Verankerung bezogener Begriff.“ (Bruder 1992). Anders ausgedrückt: Vernetzung ist auf Dauer angelegte Kooperation (Wendt 1999). Vernetzung findet auf zwei Ebenen statt: Sie ist zum einen die zielgerichtete Bündelung von Maßnahmen und Aufgaben, um auf individuelle Bedürfnisse zu reagieren; zum anderen werden Strukturen im Gemeinwesen genutzt, sen-

sibilisiert und verändert, Rahmenbedingungen werden bedarfsgerecht angepasst (Braun 1992).

Dieser Differenzierung zwischen zwei Ebenen der Vernetzung: Der Strukturebene – häufig auch als Care Management bezeichnet, und der individuellen Ebene – hierfür wird im Allgemeinen der Begriff Case Management verwandt (Döhner et al. 2002) – folgt die Gliederung der Synopse.

Die Thematisierung von Vernetzung hat gerade in den letzten Jahren deutlich zugenommen. Dies legt die Frage nah: War Vernetzung früher nicht wichtig?

Vernetzungsbemühungen waren auch in den weiter zurück liegenden Jahren notwendig, aber tatsächlich wohl nicht von so großer Dringlichkeit und so hohem Gewicht wie heute. Ein wesentlicher Grund für die zunehmenden Vernetzungsnotwendigkeiten sind – neben den immer wieder betonten wirtschaftlichen Argumenten – die starke Dezentralisierung und Ausbreitung von immer spezifischeren Angeboten sozialer und gesundheitlicher Leistungen. Vor 20 Jahren und früher wurde im Gesundheitsbereich der Großteil medizinischer Leistungen noch von Hausärzten und Krankenhäusern erbracht. Stationäre Pflege wurde in Altenheimen und ambulante Pflege durch Gemeindefranchisenschwestern und später auch durch Sozialstationen geleistet. Unter den damaligen Rahmenbedingungen war die soziale und gesundheitliche Versorgungsstruktur verglichen mit der heutigen noch relativ überschaubar. Vor allem im ambulanten und teilstationären Bereich sowie hinsichtlich der verschiedenen Formen betreuten Wohnens, aber auch bezogen auf den stationären geriatrischen und gerontopsychiatrischen Versorgungsbereich hat eine erhebliche Ausdifferenzierung der Angebote stattgefunden.

Auch in qualitativer Hinsicht hat sich die Versorgungslandschaft deutlich erweitert. So hat gerade in den letzten zwei Jahrzehnten die Etablierung und Akzeptanz der Berufsgruppen Krankengymnastik, Ergotherapie (vormals Arbeits- und Beschäftigungstherapie), Logopädie und vieler anderer, teilweise hoch spezialisierter Verfahren insbesondere im ambulanten Versorgungsbereich zugenommen, wenngleich aus der Sicht vieler Experten immer noch nicht in ausreichendem Maße, um eine gleichverteilte quartiersnahe Versorgung sicher zu stellen. Interessanterweise ist die Zahl der Erwerbstätigen in Gesundheitsdienstberufen mit etwas über 2,1 Millionen Dienstleistenden in etwa gleich geblieben, den (mit Schwächen behafteten) Mikrozensus-Ergebnissen zufolge tendenziell sogar rückläufig (Mikrozensus 1995: 2,284 Mio gegenüber 2,143 Mio in 2000) (Statistisches Bundesamt 1998).

Heute erweist sich die stationäre Versorgung als hochgradig verdichtet, obschon im Vergleich mit US-amerikanischen Statistiken insbesondere aus der Sicht der Krankenkassen ein noch wesentlich höheres Verdichtungspotenzial gesehen und verlangt wird. Bereits 1996 betrug die durchschnittliche Verweildauer in US-amerikanischen Krankenhäusern nur 5,2 Tage (Deutschland: 12,2 Tage) (OECD 1999), allerdings zum 50 % höheren Preis gegenüber der deutschen stationären Versorgung. Im Jahre 2000 wurden in den 559.651 Betten der 2.242 deutschen Krankenhäuser mit einer Auslastung von 81,5 % 16.487.000 Patienten durchschnittlich 10,1 Tage versorgt (Statistisches Bundesamt 2002a). Zehn Jahre zuvor (1991) betrug die durchschnittliche Verweildauer noch 14,6 Ta-

ge in 2.411 Krankenhäusern und bei 17.410.000 Patienten (Statistisches Bundesamt 1998).

## Gesetzliche Grundlagen von Vernetzung

Eine besondere Veränderung erfuhr die gesundheitliche Versorgungsstruktur mit dem Gesundheitsreformgesetz von 1989 und dem Gesundheitsstrukturgesetz von 1992, die beide u.a. die Verzahnung der medizinischen Versorgung des stationären mit der des ambulanten Sektors verfolgten. Bis dato waren diese beiden Bereiche mit Ausnahme der Notfallversorgung über 60 Jahre lang voneinander getrennt. Jetzt zeigten sich die ersten bereits gesetzlich vorbereiteten und flankierten Vernetzungsansätze. Dies war zum einen bedingt durch neue und verbesserte Behandlungsmethoden, die eine Verlagerung der Therapie und Versorgung in den niedergelassenen Versorgungsbereich ermöglichten. Zum anderen war diese Entwicklung aber im Wesentlichen auch motiviert durch immer weiter steigende Kosten insbesondere in der stationären Versorgung, die mit der günstigeren ambulanten Versorgung abgedeckt werden sollten: das Prinzip „ambulant vor stationär“. So konnte zwar die durchschnittliche Verweildauer in den Krankenhäusern, wie oben beschrieben, reduziert werden. Aber die dadurch erforderlichen strukturellen Veränderungen im ambulanten Bereich wurden nur ungenügend umgesetzt.

Weitere gesetzliche Grundlagen für eine Förderung der Zusammenarbeit verschiedener Akteure des Gesundheitssystems wurden im medizinischen Bereich 1997 mit den §§ 63ff, 73 und 73a im SGB V neu festgelegt. Zahlreiche Projekte nutz(t)en diese Gesetze, um neue Formen der Zusammenarbeit zu erproben (Kassenärztliche Bundesvereinigung 1998). Mit der Einführung des § 140 a - h SGB V im Rahmen des Gesundheitsreformgesetzes 2000 wurde eine weitere Möglichkeit für die Überwindung der Schnittstellenprobleme erbracht (**BKK BetriebsService** 2001). Der § 140 a - h soll eine integrierte Versorgung auf der Grundlage freiwilliger Beteiligung einzelner Anbieter oder ganzer Leistungserbringergemeinschaften mit Versicherten ermöglichen. Die verschiedenen Leistungssektoren können auf der Basis einer Rahmenvereinbarung der Spitzenverbände der Krankenkassen mit den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen eine übergreifende Patientenversorgung anbieten. Damit kann die Trennung zwischen stationärer und ambulanter Versorgung aufgehoben werden. Die Umsetzung des § 140 a - h hat in den fast drei Jahren von 2000 bis heute jedoch praktisch nicht stattgefunden. „Mitte 2002 lautete die Auskunft: Bundesweit gibt es erst ein Modell nach § 140 a - h SGB V.“ (Kranich 2002). So hat die KV Trier mit der AOK einen Rahmenvertrag über die integrierte onkologische Versorgung von AOK-Patienten geschlossen (KBV 2002). Im Landkreis Lüchow-Dannenberg (Niedersachsen) laufen Verhandlungen über das Konzept der „Integrierten Versorgungsgemeinschaft Elbe-Jeetzel – (IVE)“, bei dem die Elbe-Jeetzel-Klinik gemeinsam mit den niedergelassenen Ärzten vor Ort eine integrierte Versorgung mit kombiniertem Budget aufbauen möchte (Hildebrandt GesundheitsConsult GmbH 2002).

Aus der Perspektive der Versorgung älterer Menschen mit komplexen Unterstützungs- und Hilfebedarfen ist es ohnehin zweifelhaft, dass allein mit dem § 140 a - h angemessen und effizient auf die Versorgungsproblematik reagiert werden kann: Das grundlegende Manko

des § 140 a - h besteht darin, dass er die Komplexität dieser Zielgruppe nicht ausreichend berücksichtigt, z.B. die Pflege bzw. ein erforderliches Pflegegeschehen nicht integriert (Schaeffer & Ewers 2002). Von sozialer Unterstützung im Sinne der Daseinsvorsorge ist nirgendwo auch nur ansatzweise die Rede. Das Ziel der Überwindung einer Dominanz der Anbieterorientierung hin zu verstärkter Kunden- und Patientenorientierung wird nur sehr allmählich vollzogen (Schaeffer & Ewers 2002). Auf dieses Defizit verweist auch das neueste Gutachten des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2003), in dem kritisiert wird, dass die Normen des SGB V – Forderung nach Objektivität in der Versorgung – mit den Normen des SGB IX – verstärkte Berücksichtigung der Subjektivität des Patienten – noch „rechtlich und inhaltlich weitgehend unvermittelt nebeneinander“ (S. 40) stehen.

Die medizinische Versorgung ist in dieser Komplexität nur ein Teilbereich, während die pflegerische sowie die soziale Versorgung weitere, bedeutsame und die Gesundheit beeinflussende Teile der Versorgung darstellen. Damit ergeben sich neue zu überwindende Schnittstellen, die im § 140 a - h SGB V nicht berücksichtigt sind und die dann als gesetzliche Grundlage sowohl das Bundessozialhilfegesetz (BSHG) als auch das Pflegeversicherungsgesetz (PfVG) mit einbeziehen. Die Integration unterschiedlicher Sozialversicherungszweige wird zunehmend diskutiert, steht jedoch noch vor immensen Problemen, die es zu überwinden gilt, wenn das Ziel einer wirklich umfassenden, ganzheitlichen Versorgung ohne Fehlplatzierungen, Drehtür-Effekte, Versorgungsbrüche, Über- oder Unterversorgung erreicht werden soll (BMFSFJ 2001; Schmidt 2002b). In der Ergebnisdarstellung der Synopse wird beschrieben, inwieweit sich die Vorhaben die genannten gesetzlichen Grundlagen zu Nutze machen.

Mit der Reform, Novellierung und Neuschaffung von Gesetzen – nach dem SGB XI nun jüngst auch das SGB IX – sind im Sozial- und Gesundheitswesen rechtliche Voraussetzungen geschaffen worden, die zwar zum einen das Leistungsangebot in seiner Vielfalt ausweiten, es aber gleichzeitig in seiner Inanspruchnahme einschränken und begrenzen. Wie einleitend beschrieben, besteht bereits seit vielen Jahren das Hauptproblem einer gerechten Verteilung von Leistungen darin, dass die (sinkenden) Einnahmen der GKV sowie des Staates und noch stärker der Länder und Kommunen auf die Akteure und Institutionen des Sozial- und Gesundheitswesens verteilt werden wollen. Eine Versorgung aus einer Hand ist dadurch im Prinzip unmöglich geworden. Um nur ein Beispiel zu geben: die umfassende, gern als „ganzheitlich“ bezeichnete Pflege, die neben den rein pflegerischen Leistungen auch soziale und bisweilen gar kulturelle Zuwendungen in die pflegerische Arbeit integrierte, ist unter den wirtschaftlichen Rahmenbedingungen eines Pflegeanbieters durch die Reduktion auf pflegerische Einzelleistungen und -komplexe nicht mehr leistbar. Die gesetzliche Grundlage gestattet den ausführenden Pflegekräften im Prinzip nicht, soziale Leistungen abrechnungsfähig in ihre Arbeit zu integrieren. Dies macht die Pflegeberufe in den Augen vieler Menschen noch unattraktiver als sie es ohnehin schon sind. Durch ein personenbezogenes Budget könnte die leistungsrechtliche Verschränkung zwischen SGB V und XI stattfinden. Die Finanzierung eines Case Managements wäre dann bei komplexen Problemlagen, insbesondere auch bei eingeschränkter kognitiver Leistungsfähigkeit der Betrof-

fenen (z.B. bei Demenz) notwendig und ebenfalls partnerschaftlich zu leisten, wobei hier auch Leistungen nach dem Bundessozialhilfegesetz integriert werden müssten (Schmidt 2002b).

Trotz vieler Barrieren für eine bessere Vernetzung gibt es jedoch eine Reihe sehr unterschiedlich akzentuierter Ansätze zur Realisierung, wie die folgende Darstellung zeigen wird (siehe auch Projektdatenbank im Anhang). Allerdings wird sich auch hier bestätigen, was immer wieder beklagt wird: Es handelt sich vorwiegend um Modelle, die vorübergehend finanziert werden und meistens nicht in die Regelversorgung übertragen werden können. Allerdings verstärken die Ergebnisse die Diskussion zur Notwendigkeit eines Transfers und der Schaffung der erforderlichen Rahmenbedingungen.

## Material und Methoden

In diesem Abschnitt werden das Erhebungs- und Auswahlverfahren für die Vernetzungsprojekte und -ansätze beschrieben. Außerdem wird das Vorgehen für eine systematische Aufbereitung der Projekte als Grundlage für die Kurzdarstellungen in der Datenbank sowie die projektübergreifende Analyse dargestellt.

### Das Auswahlverfahren der Projekte

Die für die Synopse herangezogenen Vernetzungsvorhaben entspringen verschiedenen Quellen und wurden einem gestuften Auswahlverfahren unterzogen. Diese Auswahl kann zwar nicht als zufällig und bundesweit repräsentativ betrachtet werden, stellt aber aus unserer Sicht in ihrem Umfang und in ihrer Verteilung dennoch einen soliden Querschnitt der Vernetzungsaktivitäten in ganz Deutschland dar. Für die Auswahl der Projekte wurden die im Folgenden dargestellten Quellen herangezogen: Berliner Gesundheitspreis 2000, Programm des BMFSFJ zu Altenhilfestrukturen der Zukunft, Ausschreibung des BMBF und der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Versorgungsforschung.

### Berliner Gesundheitspreis (AOK-Projekte)

Für die Einbeziehung der Projekte, die sich für den Berliner Gesundheitspreis der AOK und der Ärztekammer Berlin beworben haben, wurde zwischen dem IMS und dem AOK-Bundesverband ein Auswahlverfahren gemeinschaftlich abgestimmt. Eine wesentliche Vorauswahl wurde dabei bereits mit der Nominierung von 15 Projekten und der Preisvergabe für acht Projekte durch die Jury getroffen. Die Abbildung 1 und 2 zeigen jeweils die Preisträger des Wettbewerbs sowie die nominierten Projekte.

Abbildung 1: Träger des Berliner Gesundheitspreises

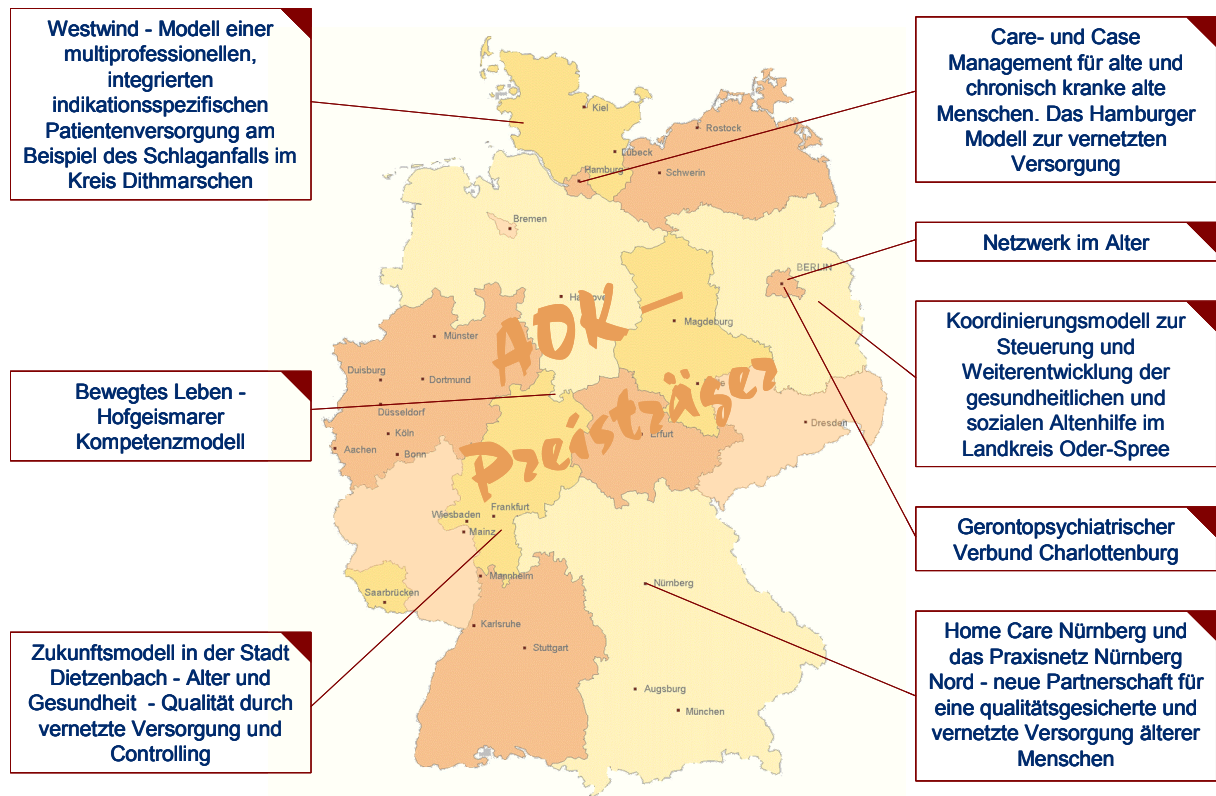
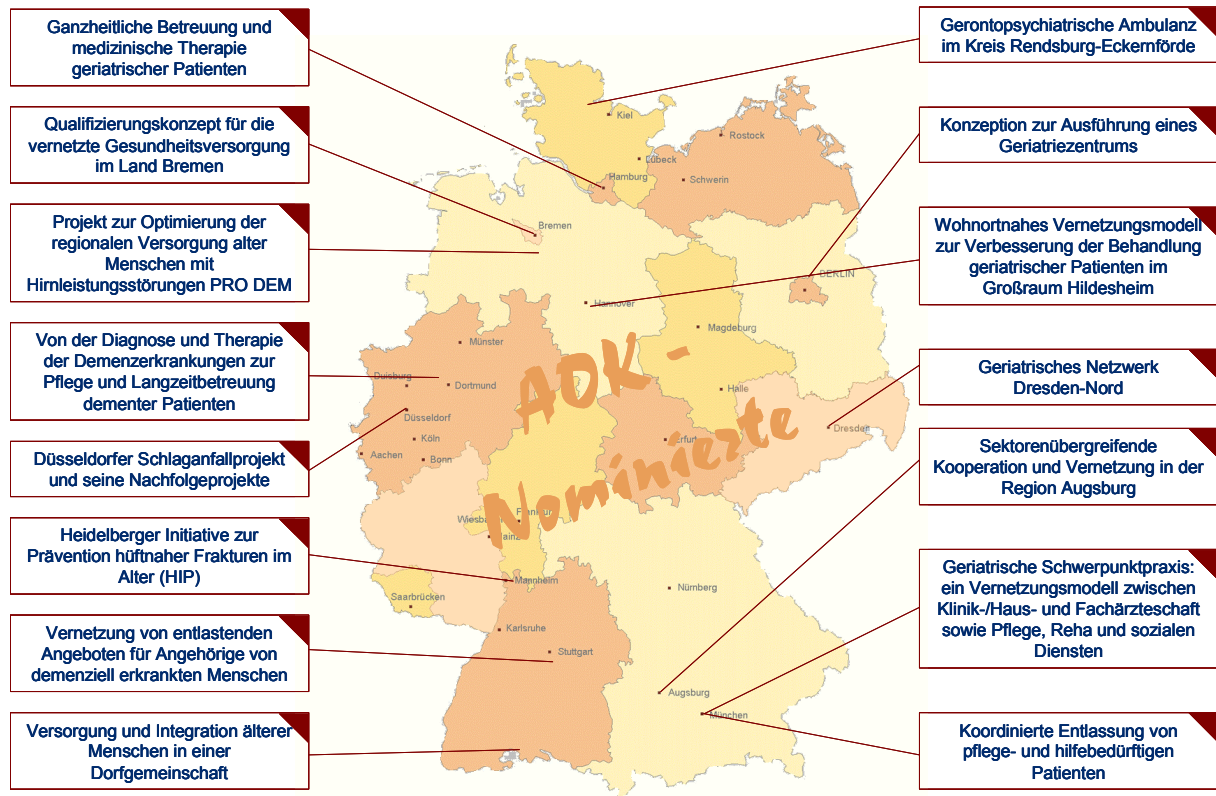


Abbildung 2: Für den Berliner Gesundheitspreis nominierte Projekte



Die Preisträger und nominierten Projekte (AOK 2001) wurden von den Mitarbeiterinnen des IMS als öffentlich bekannte Gesundheitspreis-Bewerber direkt angeschrieben und um ihre Unterstützung sowie weitere Information gebeten.

Alle weiteren Bewerber wurden an Hand der durch AOK und IMS gemeinsam definierten Ein- und Ausschlusskriterien aus Gründen des Datenschutzes von AOK-Mitarbeiterinnen hausintern einem zweiten Auswahlverfahren unterzogen. Dieses konnte nach der bereits zur Vorbereitung der Preisvergabe erfolgten Sichtung aller eingereichten Bewerbungen zügig durchgeführt werden. Die Ansprechpersonen der ausgewählten Projekte wurden daraufhin vom AOK-Bundesverband angeschrieben und um das Einverständnis gebeten, dass ihre zur Bewerbung eingereichten Unterlagen von der AOK an das IMS weitergeleitet werden dürfen. Darüber hinaus erging an die Bewerber die Bitte, aktuellere Informationen beizusteuern – falls vorhanden.

Die Auswahlkriterien sollten zur Vermeidung ungerechtfertigter Ausschlüsse von relevanten und innovativen Projekten einfach sein und eher großzügig als restriktiv einschließen. Die dazu angelegten Kriterien lauteten wie folgt:

- ◇ Die gesundheitlichen und sozialen Belange älterer Menschen / Senioren bilden das thematische Zentrum des Projektes.
- ◇ Es sind verschiedene Einrichtungen in das Projekt involviert.
- ◇ Es sind verschiedene Berufsgruppen in das Projekt involviert.

Mittels dieser Kriterien konnten bei der Sichtung des Materials Projekte einbezogen werden, die sich durch ausgeprägte Vernetzungsanteile und Multidisziplinarität auszeichnen, ohne weitere Eigenschaften zu berücksichtigen. Ob einzelne Projekte beispielsweise stärker auf geriatrische Therapie- und Versorgungsansätze aufsetzen oder Modelle der bereichsübergreifenden Pflege ins Zentrum rücken, ob Projekte allmählich historisch gewachsen sind oder sich in einer schnellen Entwicklung befinden, sollten die Vorauswahl nicht beeinflussen. Eine differenziertere Unterscheidung zwischen den einzelnen Projekten war dann Aufgabe der wissenschaftlichen Mitarbeiter des IMS, auch auf der Grundlage weiterer zu beschaffender Informationen.

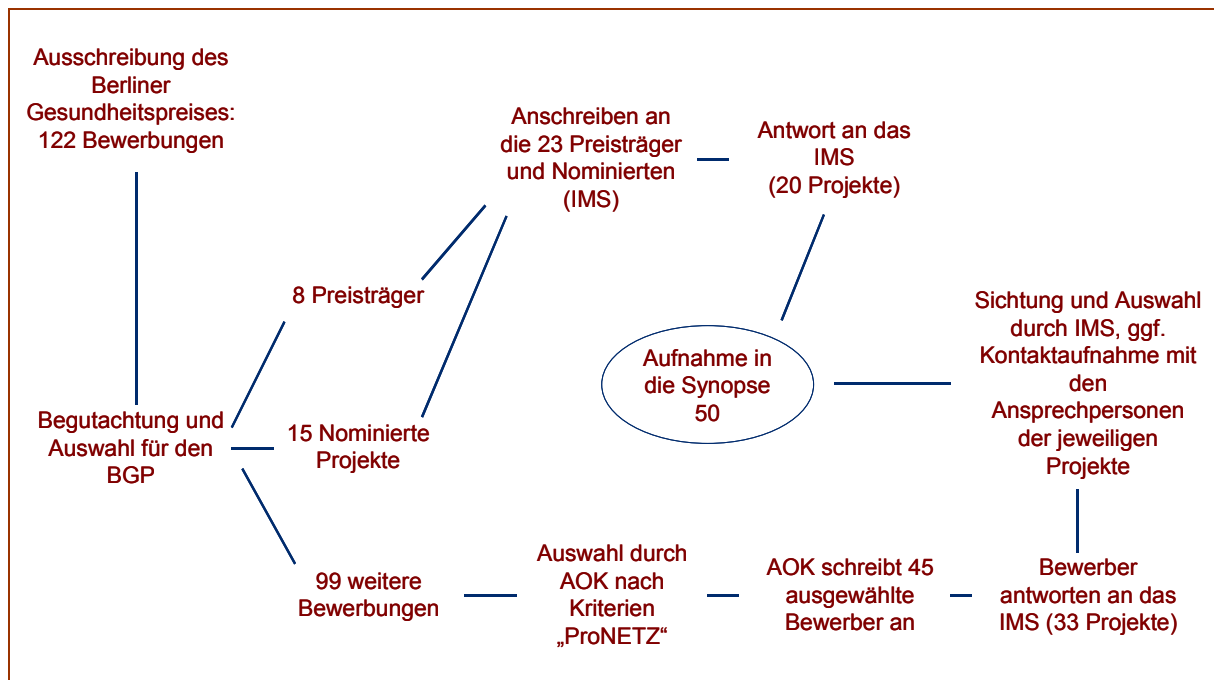
Die Verknüpfung der *gesundheitlichen und sozialen* Versorgung wurde besonders betont. Nur wenn beide Versorgungsbereiche Bestandteile der Projekte sind, wurden sie ausgewählt. Daher sind viele der ausschließlich geriatrischen Behandlungs- und Versorgungsansätze nicht berücksichtigt worden. Dies hat nichts damit zu tun, dass es sich bei diesen Konzepten und Ansätzen nicht um Vernetzungen handeln würde. Insbesondere die Geriatrie ist im Bereich der Medizin wohl unbestritten eine der vorreitenden Disziplinen in punkto Multidisziplinarität und vernetzter Versorgung, aber ihr Focus ist relativ deutlich begrenzt auf eine bestimmte Zielgruppe sowie beteiligte Institutionen oder Personen.

Bereits im Auswahlverfahren für den Berliner Gesundheitspreis (BGP) stellte sich den AOK-Gutachtern das Problem, dass hinter einigen Bewerbungen hochinteressante Vernetzungsaktivitäten stehen mochten, jedoch die zur Bewertung übermittelten Informationen nicht

ausreichen, um ein inhaltlich gestütztes Votum für eine Nominierung oder einen Preis abzugeben. Diese Projekte sind zum Teil durch die zweite Sichtung wieder in die engere Wahl gekommen und wurden von der AOK angeschrieben.

Zusammengefasst gliedern sich demnach die für ProNETZ berücksichtigten BGP-Bewerbungen in die folgenden Kategorien: Preisträger, nominierte Projekte und weitere Bewerbungen. Die folgende Abbildung 3 gibt einen Überblick über das Auswahlverfahren der Bewerber um den Berliner Gesundheitspreis für die Synopse.

**Abbildung 3: Vorgehen bei der Auswahl der Projekte (AOK)**



Letzten Endes sind im Rahmen dieser Auswahlmethodik 41 % der sich um den BGP bewerbenden Projekte in die Synopse gelangt. Nach der zweiten Vorauswahl durch die AOK-Mitarbeiter haben von den 68 (23 + 45) angeschriebenen Projekten 53 (20 + 33) dem IMS geantwortet. Die Sichtung der von den Projekten überstellten Materialien durch die IMS-Mitarbeiterinnen bestätigte insgesamt die Vorauswahl der AOK. Es wurden schließlich 50 (20 + 30) dieser Projekte in die Synopse einbezogen.

### Altenhilfestrukturen der Zukunft (BMFSFJ-Projekte)

Ein ähnliches Vorgehen wie bei den Bewerbern um den BGP wurde auch für die Projekte gewählt, die im Rahmen des Modellprogramms „Altenhilfestrukturen der Zukunft“ vom BMFSFJ gefördert werden und Gegenstand der wissenschaftlichen Begleitung durch WIAD (Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands gem. e.V.), I + G Gesundheitsforschung und Infratest Sozialforschung sind. „Durch das Modellprogramm sollen Möglichkeiten aufgezeigt werden, strukturelle Mängel zu beseitigen und das System der Altenhilfe weiterzuentwickeln. Wir wollen dazu beitragen, die Altenhilfe fit für die Zukunft zu machen. Information und Beratung der Menschen, die in einer bestimmten Lebenssituation Unterstützung brauchen, sollen verbessert werden. Der individuelle Hilfebedarf soll auf diese konkre-

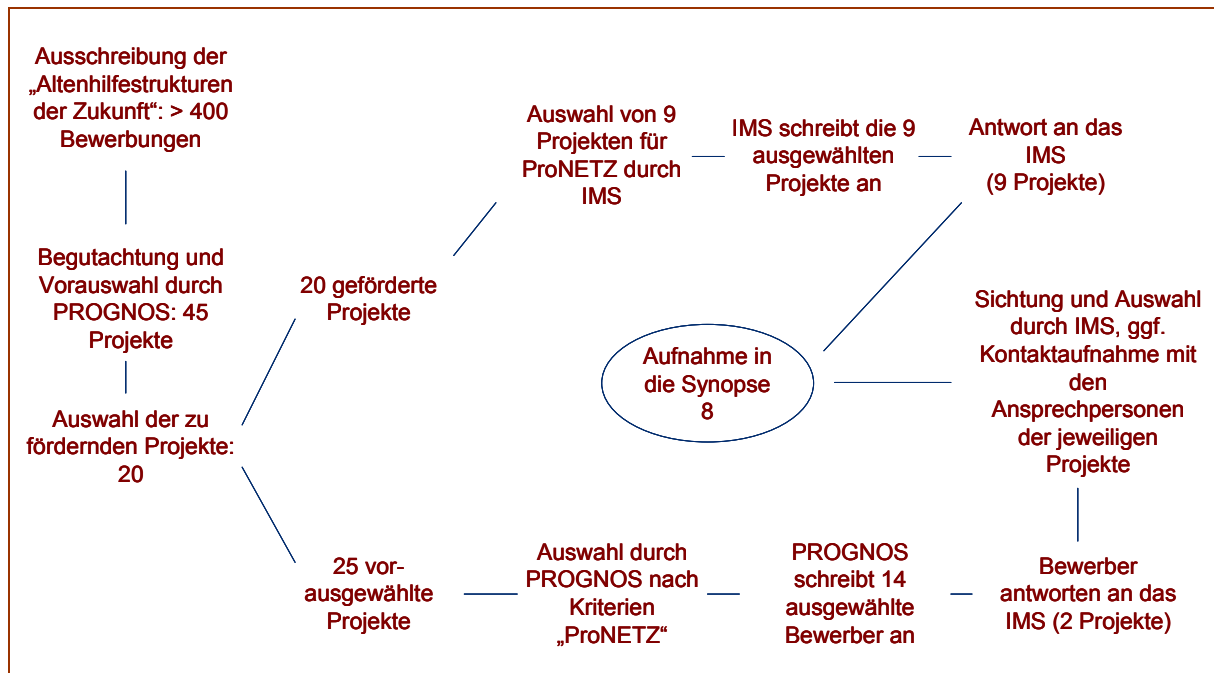
te Situation hin ausgerichtet werden, z.B. durch die Erstellung eines Hilfeplans in besonderen Fällen und die Begleitung im Hilfeprozess. Die bereits vorhandenen Angebote sollen im Interesse einer effizienten Hilfe besser aufeinander abgestimmt werden und enger zusammenarbeiten, vor allem auch über Systemgrenzen wie denen zwischen Altenhilfe und Gesundheitswesen hinweg.“ (Bergmann 2000, 3)

Eine eigene vertiefende Aufbereitung der über diese Projekte verfügbaren Information war im Rahmen von ProNETZ nicht vorgesehen, da dieses in wesentlich tieferer Form bereits im Rahmen des übergeordneten Forschungsprogramms geschieht (BMFSFJ 2000). Ziel ist die Beschreibung dieser Projekte an Hand der im Rahmen von ProNETZ entwickelten Kriterien sowie die Verknüpfung zu weiteren Informationen bei WIAD, infratest und I+G. Da es sich hierbei nicht unbedingt um Vernetzungsprojekte handelte, erfüllen letztlich neun der 20 geförderten Projekte die ProNETZ-Auswahlkriterien.

Ähnlich wie bei dem Auswahlprocedere für den BGP gab es auch bei der BMFSFJ-Ausschreibung weitere Bewerbungen, die für die Fragestellung einer vernetzten Versorgung bedeutsam sind (Riedel 2000). Wie bei der internen Begutachtung der AOK hat auch hier eine interne Auswahl der Projekte stattgefunden, die bereits zuvor auf der Basis von Projektskizzen in die engere Wahl gekommen sind und die daraufhin zum Einreichen von Projektanträgen aufgefordert wurden.

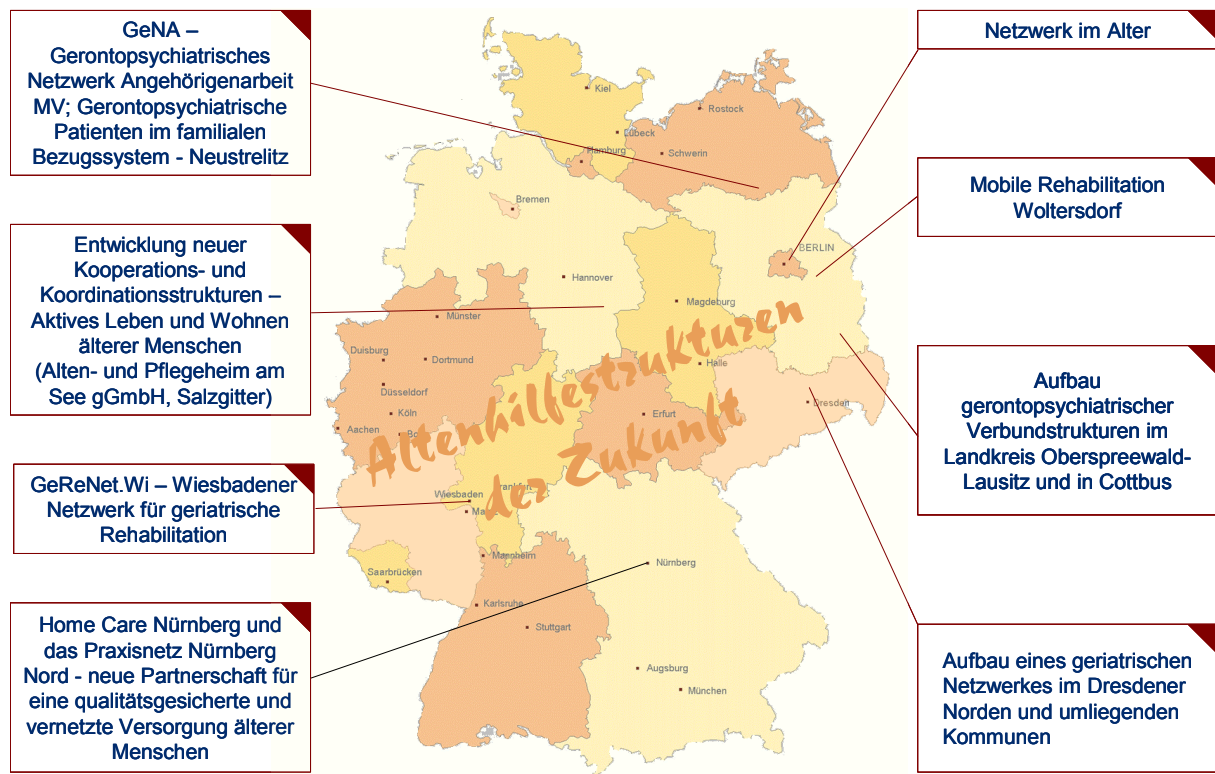
Die Prognos AG, verantwortlich für die Steuerung des Programms „Altenhilfestrukturen der Zukunft“ und seiner wissenschaftlichen Begleitung hat ProNETZ (über Herrn Jakob Maetzel) sehr unterstützt, indem sie aus den weiteren 25 Projektanträgen 14 für ProNETZ relevant erscheinende auswählte und anschrieb. Elf hatten daraufhin dem IMS geantwortet und ihrer Teilnahme zugestimmt. Etwas später hatten zwar einige Projekte ihre Zusage vorbehaltlich der Freigabe durch ihre jeweiligen Förderer wieder zurückgezogen, später dann jedoch wieder freigegeben, da die für die Synopse erforderlichen Unterlagen bereits öffentlich zugänglich waren. Die Abbildung 4 gibt das Auswahlverfahren wieder.

Abbildung 4: Auswahlverfahren der Bewerber um die BMFSFJ-Förderung „Altenhilfestrukturen der Zukunft“



Bei diesem Auswahlverfahren sind am Ende acht Projekte aus den 45 Projekten, die für die „Altenhilfestrukturen der Zukunft“ ausgewählt wurden bzw. zuvor in die engere Wahl kamen, in die Synopse gelangt. Die Heterogenität der Projekte ist hier natürlich deutlich höher – der größte Teil der Antragsteller repräsentierte keine expliziten Vernetzungsansätze. Allerdings war hier aber auch der Rücklauf an das IMS relativ gering. Schließlich noch sollte man bereits an dieser Stelle sagen, dass sechs dieser acht Projekte auch schon über das Auswahlverfahren bei den BGP-Antragstellern erhoben wurden, zwei von ihnen sind Preisträger und eines wurde nominiert. Das bedeutet, dass letztlich über diesen Weg nur zwei zusätzliche Projekte in die Synopse integriert wurden.

Abbildung 5: Projekte aus dem Programm „Altenhilfestrukturen der Zukunft“



### Bewerbung „Versorgungsforschung“

Als eine dritte Quelle wurde die gemeinsame Projektausschreibung zur „Versorgungsforschung“ des BMBF und der Spitzenverbände der Krankenkassen ins Auge gefasst. Hier war aber über den Projektträger DLR zu erfahren, dass zum einen nur sehr wenige der eingereichten Anträge Vernetzungskonzepte zur Versorgung älterer Menschen in einem indikations- oder diagnoseübergreifenden Sinn darstellten, und zum anderen es sich bei den Anträgen in den meisten Fällen um Forschungsvorhaben handelt, deren Gegenstände noch nicht in die Praxis umgesetzt worden sind. Über diese Quelle wurden deshalb keine neuen Projekte identifiziert.

### Weitere Projekte

Weitere Vernetzungsansätze wurden auf der Basis eigener Kenntnisse und Recherche zusammengetragen. Darüber hinaus wurden auch die kontaktierten Ansprechpersonen der verschiedenen Projekte gebeten, auf weitere vergleichbare Aktivitäten hinzuweisen, sofern ihnen welche bekannt seien. Im Ergebnis brachten diese Anfragen jedoch keine zusätzliche Information zu weiteren Vernetzungsprojekten, so dass wir davon ausgehen, einen relativ hohen Sättigungsgrad in der Recherche erreicht zu haben. Insgesamt sind auf diesem Wege noch weitere 20 Projekte in die Vorauswahl gekommen, von denen schließlich aber nur sechs in die Synopse aufgenommen wurden.

## Auswahl der Projekte

Am Ende dieser Vorauswahl stand eine Liste von 74 Projekten. Diese wurden auf der Basis der verfügbaren Information hinsichtlich ihrer Relevanz für die Fragestellung erneut von den IMS-MitarbeiterInnen untersucht (Tabellen 1 und 2).

**Tabelle 1: Relevanz der Projekte nach Einschätzung der IMS-MitarbeiterInnen**

	Rater 1	Rater 2	Rater 3
nicht relevant	3	0	6
fraglich relevant	14	13	15
sehr relevant	57	61	53

43 Projekte (58 %) wurden von allen drei Ratern als sehr relevant eingeschätzt. Bei den übrigen war augenscheinlich keine Relevanz gegeben, bzw. war sie fraglich. Letzteres zog eine weitere Recherche von Information nach sich.

**Tabelle 2: Übereinstimmung in der Relevanz-Einschätzung der IMS-MitarbeiterInnen**

Unterschiede zwischen den Ratern	Häufigkeit	Prozent
übereinstimmende Beurteilung aller Rater	45	60,8
übereinstimmende Beurteilung von zwei Ratern	24	32,4
keine Übereinstimmung zwischen den Ratern	5	6,8
Gesamt	74	100

Der Übereinstimmungsgrad zwischen den drei Ratern ist mit 61 % völliger Übereinstimmung und 32 % Übereinstimmung bei zwei Ratern als hoch zu bewerten.

## Erstellen eines Kriterienrasters

Mit Hilfe eines Brainstorming-Verfahrens wurde zum Thema „Vernetzungsprojekte“ eine Reihe von Stichworten und Schlüsselbegriffen gesammelt. Diese wurden thematisch gruppiert und in eine Tabelle überführt, die die erste Grundlage der zu erstellenden Eingabemaske für die Datenbank war (Tabelle 3).

Nach einer zweiten überprüfenden Diskussion wurde die modifizierte Rohfassung acht Expertinnen und Experten für Fragen der gesundheitlichen und sozialen Versorgung älterer Menschen vorgestellt. Die Rückmeldungen brachten einige Ergänzungen, ein Bedarf nach grundlegenden Änderungen wurde aber nicht angezeigt.

Aus diesem mehrstufigen Vorgehen ergab sich die folgende Struktur von Kategorien und Kriterien:

**Tabelle 3: Kriterienraster**

<b>Projekt-Kennung</b>	Laufende Nummer	<b>Zielgruppe: Betroffene</b>	
	Akronym		
	Vermittelt durch		
	Name des Projektes		
Projektregion	- Diagnosen		
<b>Kontaktadresse</b>	Anrede		- Alter
	Titel		- Wohnort
	Vorname		- Geschlecht
	Nachname		- Einkommen / ökonomischer Status
	Institution (Haupt-)		- Zugehörigkeit (Kirche, Verein, ethnisch)
	Institution (Unter-)		- andere Kriterien
	Institution (Abteilung)		Zugang zu den Betroffenen
	Straße und Nr.	Zugang der Betroffenen zu Angeboten	
	PLZ	<b>Zielgruppe: Informelles System</b>	
	Ort	Zugang zum informellen System	
	Telefon 1	Zugang des informellen Systems zu Angeboten	
	Telefon 2	<b>Zielgruppe: Versorger</b>	
	Telefax	Zugang zu weiteren Institutionen	
	e-mail	Zugang weiterer Institutionen zu Projekt-Angeboten	
website	Institutionen außerhalb des Projektes		
Sonstige Kontaktpersonen			
<b>Allgemeine Projektinformationen</b>	Projekt-Art	<b>Care Management</b>	
	Wissenschaftlich begleitet durch	Care Management Elemente und Projektmanagement	
	Projektbeginn	<b>Case Management Elemente</b>	
	Projekt-Ende		
	Projektdauer		
Stand			
<b>Ziele und Vernetzungselemente</b>	Programmatisches Hauptziel	<b>Strukturelle Innovationen</b>	
	Wichtigste Nebenziele		
	Primärer Versorgungsbereich		
	Beteiligte Einrichtungen	<b>Qualitätssicherung</b>	
	Beteiligte Berufsgruppen		
	Räumliche Ausdehnung		
	Projektträger		
	Kostenträger		
	Geschäftsführung	<b>Ergebnisse / Erfahrungen</b>	
	Geschäftsordnung		
	Verträge, Vereinbarungen, Abkommen		
	Leitbild		
	Gesetzliche Grundlagen/Rahmenwerk		
	Initiator	Wodurch wird das Projekt aufrecht erhalten?	
	Vorhandene Ansätze/Strukturen/Projekte	Schwierigkeiten beim Aufbau	
Bottom-up / Top-down	Schwierigkeiten der Aufrechterhaltung		
	Schwierigkeiten der Übertragbarkeit		
	Kommentare, Ergänzungen, Interpretationen		

## Erstellen einer Datenbank

Die Kriterien wurden in ein Access-Datenblatt überführt, aus dem daraufhin ein Eingabeformular erstellt wurde. In dieses wurden systematisch die verfügbaren Informationen über die einzelnen Projekte eingegeben. Bereits hier zeigte sich, dass in nur sehr wenigen Fällen die Informationen ausreichend waren, um alle Kriterien vollständig berücksichtigen zu können. Das Fehlen von Information zu bestimmten Kriterien ist dabei natürlich nicht damit gleichzusetzen, dass das Kriterium in dem jeweiligen Vernetzungsmodell keine Rolle spielen würde. Es wurde nur nicht darüber berichtet.

## Erstellen eines Rasters „Vernetzungsbausteine“

Um zu einer Einschätzung zu gelangen, welche Vernetzungsbausteine häufiger und seltener Elemente der verschiedenen Vernetzungsvorhaben sind, wurden diese in einer Tabelle aufgelistet (Tabelle 4). Bei dieser Liste handelt es sich um eine reine Positiv-Liste, da nur Elemente aus der jeweils verfügbaren Information aufgenommen wurden. Leere Felder sind demnach nicht automatisch mit „nicht vorhanden“ gleichzusetzen, sondern nur mit „keine Angaben“. Erst bei den Projekten, die zu diesen Listen eine Rückmeldung gegeben haben, kann davon ausgegangen werden, dass leere Felder auch tatsächlich „nicht vorhanden“ bedeuten.

Neben der einfachen Auflistung von Vernetzungsbausteinen wurde auch eine Einschätzung vorgenommen, um welche Art von Vernetzung es sich bei dem jeweiligen Vorhaben handelt. Es wurde angestrebt, die Projekte nach einer Einteilung von Typen zusammenfassen zu können. Ausgehend von den beteiligten Personen und Institutionen, der Zielgruppendefinition und den Initiatoren wurde eine Typisierung vorgenommen anhand der Kriterien

- ◇ „Gemeindeorientierung“,
- ◇ „Institutionenzentrierung“ und
- ◇ „Zielgruppenorientierung“.

Eine ähnliche Typologisierung hat an der Alice Solomon Fachhochschule in Berlin eine Projektgruppe (Leitung Jutta Rübiger und Marius Greußel) auf ihrer Studentischen Pflegefachtagung am 16.11.2001 in Münster für geriatrische Verbundsysteme aufgestellt: Dort wird unterschieden zwischen „Auftraggeberorientierung“, „Gemeindezentrierung“ und „Unternehmenszentrierung“. Diese Typologie entspricht teilweise unserem Vorgehen, wobei wir den Aspekt der Auftraggeberorientierung ausgeklammert haben, da es in den meisten Vernetzungsansätzen keine expliziten Auftraggeber gibt. Darüber hinaus erweisen sich in unserer Übersicht die Zielgruppen als so heterogen, dass sie gesondert berücksichtigt werden sollten.

Es liegt auf der Hand, dass sich die drei Kriterien häufig überschneiden. Es ist aber davon auszugehen, dass bei den meisten Projekten eine Schwerpunktsetzung in Richtung eines der Kriterien zu erkennen ist, die eine – wenn auch grobe – analytische Unterscheidung ermöglicht.

Eine *gemeindeorientierte* Vernetzung bezeichnet hier ein Vorhaben, das sich weniger an spezifischen Zielgruppen oder Einrichtungen orientiert, sondern ein umfassendes aufeinander abgestimmtes Angebot verschiedener Unterstützungs- und Dienstleistungen für alle möglichen individuellen Problemlagen (alltagsweltliche Orientierung) vorhalten möchte. Meistens steht hier Care Management im Vordergrund. Oft handelt es sich dabei um kommunale Ansätze mit einer Fokussierung auf eine soziale Versorgung, die die gesundheitliche Versorgung beraterisch und koordinierend berücksichtigt.

Eine *institutionenzentrierte* Vernetzung ist in der Regel dadurch gekennzeichnet, dass die Initiative aus einer Einrichtung heraus erfolgt. Häufig finden sich die wesentlichen Vernet-

zungsknoten noch innerhalb einer gemeinsamen Trägerschaft oder zumindest in einem gemeinsamen Problemgebiet, das zwar institutionenübergreifend ist, zum größten Teil aber von einer Institution moderiert und gesteuert wird. Hier finden sich häufig Krankenhausvernetzungsaktivitäten, wie beispielsweise die Entwicklung von gemeinsamen (Pflege-)Überleitungsstandards und / oder -instrumenten.

Unter einer *zielgruppenorientierten* Vernetzung sind hier Aktivitäten zu verstehen, die die Versorgung einer definierten, von anderen abgrenzbaren Zielgruppe zum Ziel haben. Hierunter fallen z.B. Projekte, die sich an spezifischen Diagnosen wie Schlaganfall oder Demenz orientieren, die auch einen Schwerpunkt bei der Ausschreibung zum BGP darstellten.

In den „Projektverdichtungen“ (Anhang) haben wir diese Schwerpunktsetzung mit Kreuzen erkennbar gemacht. Die Tabelle 4 zeigt anhand eines fiktiven Beispiels diese Schwerpunktsetzung: Drei Kreuze bei Gemeindeorientierung dienen der Kennzeichnung des gemeindenahen Versorgungsansatzes als Schwerpunkt. Zwei Kreuze bei der Zielgruppenorientierung sollen deutlich machen, dass überwiegend eine bestimmte Personengruppe im Fokus der Vernetzungsbemühungen steht. Kein Kreuz bei der Institutionenzentrierung drückt aus, dass die Vernetzungsaktivitäten über verschiedene Einrichtungen hinweg und weitgehend trägerunabhängig geschehen. Die Tabelle gibt außerdem einen Überblick über die Elemente und Bausteine, mit denen wir die einzelnen Projekte mit Hilfe der in ihnen enthaltenen Bestandteile stilisiert haben.

Tabelle 4: Beispiel: Schwerpunktsetzung und Vernetzungsbausteine

Projekt-Nr.	Projekt-Titel	Projekt ABC
	Gemeindeorientierte Vernetzung	XXX
	Institutionenzentrierte Vernetzung	
	Zielgruppenorientierte Vernetzung	XX
1	Netzwerk Manager (Care Manager)	X
	hauptamtlich bei einer Person	X
	hauptamtlich bei mehreren Personen	
	nebenamtlich bei einer Person	
	nebenamtlich bei mehreren Personen	
	professionell, unbezahlt	
2	Öffentlichkeits- und Aufklärungsarbeit	X
	Post	
	Presse	X
	Broschüren, Flyer	X
	Internet	X
	öffentliche Informationsveranstaltungen und Fachgremien	X
3	Interdisziplinäre Arbeitskreise/-gruppen	X
	Netzwerkkonferenzen	
	Themen- und fachspezifische Arbeitskreise	X
4	Interdisziplinäre Fort-/Weiterbildung	X
	Qualitätszirkel	
	Hospitationen	
	Seminare/Schulungen	X
5	Informations- und Beratungsstellen	X
	persönliche Beratung für Betroffene	
	telefonische Beratung für Betroffene	X
	persönliche und telefonische Beratung für Betroffene	
6	Koordinations- und Leitstellen (für professionelle Versorger)	
	angesiedelt bei Beratungsstelle für Betroffene	
	unabhängig von Beratungsstelle für Betroffene	
7	Wegweiser	
	Druck-Medien	
	Digitale Medien	
	Internet	
8	Case Manager	X
	eine hauptamtliche Person	
	mehrere hauptamtliche Personen	
	eine nebenamtliche Person	
	mehrere nebenamtliche Personen	X
9	Krankheitsspezifisches Management	
10	Screening/Assessment	X
	Häuslichkeit	
	ambulante Einrichtungen	
	Klinik	X
11	Personenzentrierte Fallbesprechungen	X
	einrichtungintern	
	einrichtungübergreifend	X
12	Personenzentrierte Informations- und Dokumentationssysteme	X
	Pflege-Überleitungsbogen	X
	multidisziplinärer Überleitungsbogen	
	Patientenpass/-begleitbuch	
	Pflege-/Therapie-/Hilfeplan	X
	elektronische Patientenakte	
13	Begleitdienste	
	bürgerlich engagiert	
	professionell	
14	Angehörigenunterstützung	X
	Information und Beratung	X
	Schulung	X
	andere entlastende Maßnahmen	
15	Integriertes bürgerschaftliches Engagement	X
	geschult	
	supervidiert	
	selbstständig	X
16	Wissenschaftliche Begleitung	
	abgeschlossen	
	laufend	

Die einzelnen Vernetzungsbausteine und deren inhaltliche Gestaltung werden im Ergebnisteil dargestellt.

## Verdichtungen

In einem nächsten Schritt wurden die Informationen aus der Datenbank umgruppiert und zu strukturierten Inhaltsangaben verdichtet. Ziel dieses Vorgehens war eine möglichst aktuelle Kurzdarstellung der verschiedenen in die Synopse eingegangenen Projekte. Dabei sollten sich die einzelnen Darstellungen der Projekte in Gliederung und Umfang möglichst wenig unterscheiden.

Dazu wurde für die Informationen aus der Datenbank folgende Struktur zu Grunde gelegt (Tabelle 5). Jeder Projektverdichtung wurde eine kleine Übersichtstabelle vorangestellt, in der die jeweilig vorhandenen Vernetzungsbausteine angekreuzt sind. Die gelben Felder kennzeichnen den jeweiligen Vernetzungstypus, hellblau steht für Care Management-Bausteine, orange für Case Management-Elemente, lila für integriertes bürgerschaftliches Engagement und grün zeigt, ob eine wissenschaftliche Begleitung existiert(e).

**Tabelle 5: Projektverdichtungen**

Projekt																		
Region, Bundesland																		
gemeindeorientiert	institutionenzentriert	zielgruppenorientiert	Netzwerk Manager	Öffentlichkeitsarbeit	Interdisziplinäre Arbeitskreise	Interdisziplinäre Fort-/Weiterbildung	Informations- und Beratungsstellen	Koordinations- und Leitstellen für Profis	Wegweiser	Case Manager	Krankheitsspezifisches Management	Screening/Assessment	Personenzentrierte Fallbesprechungen	Personenzentrierte Info- / Dokusysteme	Begleitdienste	Angehörigenunterstützung	bürgerschaftliches Engagement	Wissenschaftliche Begleitung
<b>Kontakt</b>																		
<b>Projekt-Art</b>																		
<b>Laufzeit und Stand</b>																		
<b>Projektträger</b>																		
Name																		
Adresse																		
Telefon / Fax																		
<a href="#">e-mail</a> / <a href="#">Internet</a>																		
<b>Kostenträger</b>																		
<b>Zielgruppe(n)</b>																		
<b>Beteiligte</b>																		
<b>Zielsetzung</b>																		
<b>Inhalt</b>																		
<b>Besonderheiten</b>																		
<b>Preise</b>																		
<b>Literatur</b>																		
Care Management Elemente:																		
Case Management Elemente:																		
Planung/ Perspektive:																		
<b>Quellen</b>																		

Den Ansprechpersonen von insgesamt 60 zusammengefassten Projekten wurde ein Ausdruck „ihrer“ Projektverdichtung sowie eine Liste der in dem Vorhaben vorhandenen Vernetzungsbausteine mit der Bitte um Korrektur- und / oder Ergänzungsvorschlägen zugestellt. 46 Projekte gaben per Fax oder Post Rückmeldung. Bei etwa der Hälfte wurde die vorgeschlagene Verdichtung mit einem einfachen „OK“ bestätigt, bei der anderen Hälfte wurden kleinere Korrekturen wie Adressänderungen oder Ergänzungen um zwischenzeitlich hinzugekommenen Aktivitäten hinzugefügt. Zwei Projekte baten darum, aus der Darstellung wieder herausgenommen zu werden, da sie sich grundsätzlich neu orientieren und positionieren wollen bzw. müssen, so dass letztlich 58 Vernetzungsansätze in der Synopse verblieben.

### Bezug zwischen ProNETZ und den Altenhilfestrukturen der Zukunft

Hinsichtlich der angelegten Kriterien gibt es Überschneidungen mit den Evaluationskriterien, die WIAD, infratest und I+G im Rahmen der Programmevaluation der „Altenhilfestrukturen der Zukunft“ verwenden (BMFSFJ 2000). Aus diesem Programm sind von den 20 geförderten acht Projekte ausgewählt worden, die gleichzeitig den ProNETZ-Auswahlkriterien entsprechen. Jedoch ist eine Analyse, die in Tiefe und Genauigkeit der BMFSFJ-Programm-Evaluation entspricht, im Rahmen von ProNETZ weder zu leisten noch ist dieses beabsichtigt. Demzufolge bietet es sich bei den genannten acht Projekten an, eine zusammenfassende Projektbeschreibung in die Synopse zu integrieren und den Zugang zu weiterführenden und vertiefenden Informationen über Verknüpfungen zu den Projekten selbst und ihren Evaluatoren zu ermöglichen. Die Kooperation mit den Forschungseinrichtungen bringt den Vorteil mit sich, dass dadurch zum einen Mehrarbeit vermieden wird und zum anderen sich die jeweiligen Programme um weitere Ergebnisse und Erkenntnisse ergänzen.

ProNETZ hat auf einer breiter gefassten Ebene versucht, auch diejenigen Projekte zu integrieren, die nicht in anderen Evaluationsprogrammen laufen. Damit kann das Projekt unter Umständen die Evaluation der „Altenhilfestrukturen der Zukunft“ um eine Synopse von gerontologisch relevanten Vernetzungsaktivitäten in Deutschland ergänzen. Diese kann einen Überblick über die Vielzahl der Aktivitäten liefern und mag damit Interessierten eine Hilfestellung sein, sich zu orientieren und zur Vertiefung die jeweiligen Projekte selbst zu kontaktieren.

Das Zusammentragen der Information zur Erstellung eines solchen Überblicks erwies sich allerdings als nicht unproblematisch. Wir hatten es im Wesentlichen mit folgenden Schwierigkeiten zu tun:

- ◆ Die Projekte zeichnen sich in ihren Beschreibungen sowohl quantitativ als auch qualitativ durch eine hohe Varianz aus:
  - ◆ Quantitativ durch den Umfang und die „inhaltliche Geschlossenheit“ des Materials

- ◇ Qualitativ durch die mangelnde Unterscheidung zwischen Konzept und Umsetzung / Theorie und Praxis sowie einem grundsätzlichen Mangel an empirischen Prüfungen.
- ◇ Das zur Verfügung gestellte Material besteht zum größten Teil aus Selbstdarstellungen im Sinne von Öffentlichkeitsarbeit. Die Selbstbewertung fällt damit in der Regel ausgesprochen positiv aus. Ein Abgleich mit „objektiven Kriterien“ ist nicht möglich (und im Sinne einer Darstellung von Modellen guter Praxis im Rahmen eines kooperativen Miteinanders auch nicht angemessen).
- ◇ Hinter gleichen Begrifflichkeiten verbergen sich unterschiedliche Vorstellungen und Operationalisierungen.
- ◇ Verschiedene Begriffe werden verwendet, die evtl. Gleiches / Ähnliches meinen
- ◇ Veraltete Sachstände liegen vor und führen zu Unsicherheit in der Einschätzung der Gültigkeit.
- ◇ Eine Barrierenanalyse erweist sich als schwierig, da nur sehr selten über hinderliche Faktoren und negative Erfahrungen berichtet wird.

## Ergebnisse

Im Rahmen dieser Untersuchung haben wir von insgesamt 74 Projekten Materialien in sehr unterschiedlicher Fülle gesichtet, von denen schließlich 58 weiter untersucht und für die Darstellung in der Synopse zusammengefasst worden sind. Für die Kurzdarstellungen haben wir die für Vernetzung wesentlichen Kategorien gewählt (vgl. S. 26 „Erstellen eines Kriterienrasters“). In den meisten Projektdarstellungen fanden sich dazu entsprechende Informationen.

Darüber hinaus enthalten die vorliegenden Unterlagen jedoch eine Fülle weiterer Informationen, die entweder in der zusammenfassenden Darstellung in der jeweiligen Kategorie nicht ausführlich dargestellt werden konnte oder sich den Gliederungspunkten nicht richtig zuordnen ließen: Wir haben versucht, diese unter dem Punkt „Besonderheiten“ zu berücksichtigen.

Hinsichtlich der angelegten Kriterien existieren zwischen den Projekten große Unterschiede. Wir werden ihre Inhalte und Besonderheiten im Folgenden zusammenfassend darstellen. Eine objektive „Beurteilung“ im Sinne einer wissenschaftlichen Analyse der Projekte erachten wir jedoch auf der Grundlage der uns zur Verfügung stehenden Unterlagen als nicht möglich. Demzufolge möchten wir die Ergebnisse als den Versuch verstanden wissen, typische Gemeinsamkeiten, Unterschiede und Erfahrungen aufzuzeigen, letztere wenn möglich auch in Abhängigkeit ihrer Rahmenbedingungen. Häufigkeiten und Verhältnisse beziehen sich angesichts des Auswahlverfahrens nur auf die ausgewählten Vernetzungsansätze selbst, nicht auf eine „Grundgesamtheit“ der Vernetzungsprojekte in Deutschland. Ein anderes Auswahlverfahren hätte sicherlich in verschiedenen Bereichen andere Aussagen erzeugt, wie auch die Art der Selbstdarstellung der einzelnen Projekte den jeweiligen Vernetzungselementen und -erfahrungen unterschiedliche Gewichtungen verleiht.

### Typen von Vernetzungsaktivitäten

Viele der in der Literatur beschriebenen Einteilungen von Vernetzungsansätzen / „Netzen“ eignen sich nur eingeschränkt für eine mögliche Typisierung der für diese Untersuchung ausgewählten Ansätze. Sie beziehen sich häufig auf Ärztenetze, oder es stehen medizinische bzw. ärztliche Vernetzungsaktivitäten im Zentrum (vgl. zu informellen Netzen von Leistungsanbietern: Mühlbacher 2000, zu Vernetzung als Steuerungsinstrument: Dietz 1999, zur Typologisierung von Ärztenetzen: Westebbe 1999, zur Darstellung von Ärztenetzen / medizinischer Vernetzung: Kassenärztliche Bundesvereinigung 1998 und Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Qualitätssicherung in der Medizin AQS 2002). So notwendig und sinnvoll die meisten dieser Maßnahmen zweifelsohne sind, für diese Untersuchung greifen sie zu kurz, weil sie in der Regel Pflege und Soziales zu wenig integrieren und darüber hinaus eher anbieterorientiert und weniger patienten- / klientenorientiert sind.

Nicht klar von der geriatrischen Versorgung zu trennen sind die sich um (geriatrische) Rehabilitation drehenden Vernetzungsansätze (Hartmannbund & Arbeiterwohlfahrt 1995; Klie 1998). Ausgangspunkt der sich in diesen Bereichen ansiedelnden Vernetzungsaktivitä-

ten sind jedoch fast immer die primär gesundheitlich eingeschränkten und aus diesen Einschränkungen heraus resultierenden Hilfebedarfe alter Menschen. Auch hier sind soziale und psychosoziale Belange unumstritten wichtige, aber eben nur begleitende Aspekte der Versorgung.

Im 4. Altenbericht wird eine Einteilung von Vernetzungsmodellen mit pflegerischen Inhalten vorgestellt, die sich an dem Ort der Kontinuitätssicherung orientiert, d.h. dass die Einteilung sich nach der Zugehörigkeit der für die Überleitung zuständigen Stelle richtet (BMFSFJ 2002). Auch in dieser Einteilung ließen sich nicht alle von uns gesichteten Projekte unterbringen, da nicht immer eine Überleitung als Kontinuitätssicherung vorhanden sein muss.

Entsprechend unserem Ansatz sind in den von uns untersuchten Vernetzungsansätzen pflegerische oder ärztliche Netze allenfalls als „Teilnetze“ im Rahmen einer gesundheitlichen *und* sozialen Vernetzung vertreten. Der Schwerpunkt liegt in dieser Darstellung auf berufs-, sektoren- und institutionenübergreifenden Netzen, – häufig mit Anteilen der kommunalen Daseinsvorsorge / Daseinsfürsorge (die Begrifflichkeit geht in der Literatur auseinander). Als grundlegende Einteilung haben wir deshalb für die Vergleich- und Unterscheidbarkeit von Projekten zur vernetzten Versorgung für ältere Menschen eine Kategorisierung gewählt, die wir mit „Orientierung“ auf eine bestimmte Verortung umschreiben: So können Vernetzungsansätze sich in dieser Darstellung eher an einer gemeindenahen Versorgung orientieren oder eher an einer institutionennahen Versorgung, wobei eventuell eine weitere Spezifizierung durch eine Zielgruppenorientierung existiert.

Grundlage für die Einteilung in die drei Bereiche war die Frage nach dem Zentrum der Planung, also welches Ziel primär angestrebt wird und welche Beteiligten bei der Vernetzung integriert sind: Ist das Ziel die Vernetzung aller vor Ort ansässigen Anbieter und Beteiligten sowie die Möglichkeit, jeder Person niedrigschwellig und problemunspezifisch den Zugang zur Hilfe zu ermöglichen (Gemeindeorientierung), oder eher die Einbettung der eigenen Institution in die Versorgungslandschaft mit dem Ziel, die Patientinnen und Patienten der eigenen Einrichtung vorher und nachher optimal und effizient zu versorgen (Institutionenzentrierung)? Sofern die Vernetzung für eine eingeschränkte Zielgruppe vorgesehen ist, wie z.B. eine bestimmte Altersgruppe oder Personen mit einer bestimmten Diagnose, wurde zusätzlich die Kategorie Zielgruppenorientierung gewählt.

Zumeist existiert keine eindimensionale Orientierung, sondern eher eine Kombination von mindestens zwei Aspekten. In der Kurzdarstellung haben wir die drei Dimensionen der Orientierung bei jedem Projekt einzeln gewichtet: „sehr stark ausgeprägt“ (in der jeweiligen Übersichtstabelle, die den einzelnen Projektverdichtungen vorangestellt ist gekennzeichnet durch: „xxx“), „stark ausgeprägt“ („xx“), „vorhanden“ („x“), oder „nicht vorhanden“.

In der Synopse weisen sich knapp die Hälfte aller untersuchten Projekte durch eine starke Gemeindeorientierung aus – letztlich natürlich auch Ergebnis des besonderen Auswahlverfahrens. Bei den anderen Projekten dominieren zu etwa gleichen Anteilen jeweils die bei-

den anderen Kategorien. So sind die herangezogenen Projekte zu einem Viertel eher jeweils zielgruppenorientiert bzw. eher institutionenzentriert.

### Vernetzungsansätze mit einem Schwerpunkt auf Gemeindeorientierung

Bei den Projekten, die sich durch eine starke Gewichtung in der Gemeindeorientierung auszeichnen, ist ein wesentliches Ziel die möglichst vollständige Einbeziehung und Verknüpfung aller in der Region wichtigen Akteure. Die meisten Projekte (etwa 80 %) streben dieses Ziel an, jedoch mit unterschiedlicher Priorität. Dabei ist die Einschätzung, ob dieses Ziel erreicht wird oder wurde, schwierig: Eine Beurteilung, wie hoch der Vernetzungsgrad einer Region tatsächlich ist, setzt das Wissen um die Versorgungsstruktur voraus. Eine Beurteilung der Art und Beschaffenheit der jeweiligen Versorgungslandschaft ist ohne eine systematische Bestands- und Bedarfsanalyse jedoch kaum möglich. Nur in relativ kleinen und überschaubaren Gebieten wird das Wissen um die Versorgungsangebote und -defizite so umfassend und vollständig sein, dass auf eine Bestandsaufnahme verzichtet werden kann.

Dementsprechend wichtig wird von einigen Vernetzungsakteuren die Bestands- und häufig auch Bedarfsanalyse als erster Schritt einer systematischen Vernetzungsstrategie erachtet (z.B. „Gesundheit im Alter: Diabetes, Schlaganfall, Gerontopsychiatrie - Das Modell der Herner Gesundheitskonferenz (25)\*“ – Stadt Herne; „Gerontopsychiatrisches Forum Mannheim (23)“). Allerdings beinhalten nur wenige Projekte eine solche Analyse. In etwa einem Fünftel der Projektbeschreibungen werden Aussagen zu Bestands- oder Bedarfsanalysen auf der Ebene der Versorgungsstruktur gemacht. Noch seltener sind aber die Projekte, bei denen eine Bestands- und Bedarfsanalyse konzeptionell verankert ist und systematisch durchgeführt wurde (z.B. Projekte „GeReNetWi (16)“ – Wiesbaden, „Qualitätsverbesserung auf der Ebene des Care Managements (48)“ – Oldenburg, Niedersachsen, „Sektorenübergreifende Kooperation und Vernetzung in der Region Augsburg (51)“ – Augsburg und Umland, „Aufbau gerontopsychiatrischer Verbundstrukturen im Landkreis Oberspreewald-Lausitz und in Cottbus (7)“, „Koordinierungsmodell zur Steuerung und Weiterentwicklung der gesundheitlichen und sozialen Altenhilfe im Landkreis Oder-Spree (35)“, „Projekt Ambulantes Gerontologisches Team (44)“ – Hamburg). Selbst wenn aufgrund einer systematischen Bestandsanalyse bekannt ist, welche Versorgungsstrukturen vorhanden sind, geht aus den Unterlagen nicht eindeutig hervor, ob auch alle ausreichend in das „Netz“ integriert werden konnten oder können.

Für die gemeindeorientierten Ansätze typisch ist die starke Präsenz bis hin zur Federführung kommunaler Einrichtungen. Personen und Räume werden häufig von den Gemeinden, Kreisen, Bezirken finanziert. Kommunale Vernetzungsaktivitäten bieten sowohl auf der Ebene der personellen als auch der materiellen Infrastruktur erhebliche Vorteile.

---

\* die hinter dem jeweiligen Projekt stehende Nummer entspricht der Projekt-Nummer der im Anhang aufgelisteten Projektverdichtungen

Personelle Vorteile sind:

- ◇ pauschalfinanzierte Arbeitszeit,
- ◇ Qualifikation (z.B. Sozial- oder Netzwerk Management),
- ◇ explizite Aufgaben im Tätigkeitsprofil (anders als die Nebentätigkeiten vieler Ärzte oder Pflegekräfte),
- ◇ externe Wahrnehmung eines möglicherweise neutraleren Status der Mitarbeiter als in anderen Trägerschaften,
- ◇ Serviceleistung in Kundenorientierung für Betroffene wie Professionelle

Materielle Vorteile können darin zu sehen sein, dass behördliche Einrichtungen in der Regel über eine umfassendere und zeitlich unbefristete Infrastruktur und Logistik verfügen (Räume, Büros, PCs, Drucker, Fotokopierer etc.).

Weiterhin ist für die gemeindeorientierten Projekte ein relativ weiter Zielgruppenansatz typisch, das heißt, eine definitorische Einschränkung der Zielgruppe „ältere Bürgerinnen und Bürger“ erfolgt – wenn überhaupt – nur relativ moderat. Projekte, deren Zielgruppe so weit gefasst ist, dass potenziell alle älteren Bürgerinnen und Bürger sowie nahezu alle Anbieter im Vernetzungsprozess berücksichtigt werden, sind z.B. das Projekt „**Alten- und Pflegeheim am See (4)**“ – Salzgitter und das Projekt „**Qualitätsverbesserung auf der Ebene des Care Managements (48)**“ – Oldenburg, beide in Niedersachsen sowie das Projekt „**KAA – Projekt- und Sozialmanagement, Pflege- und Wohnberatung (30)**“ – Ahlen, Nordrhein-Westfalen. Wie das Ahleener Projekt fußt auch das Projekt „**Koordinierungsmodell zur Steuerung und Weiterentwicklung der gesundheitlichen und sozialen Altenhilfe im Landkreis Oder-Spree (35)**“ – Brandenburg auf einem Altenhilfeplan. Die aktive Beteiligung der jeweiligen Kommune ist typisch für die gemeindeorientierten Ansätze, auch wenn diese nicht kommunal initiiert sind, und zeigt damit den nachhaltigen Einfluss der kommunalen Verantwortung für die Umsetzung von Versorgungsaufgaben wie beispielsweise in einem Altenhilfeplan angedacht.

### **Vernetzungsansätze mit einem Schwerpunkt auf Institutionenzentrierung**

Bei einem anderen Typus von Vernetzungsansätzen steht eine Institution im Zentrum der Vernetzungsaktivitäten, zumeist geht von ihr auch die Initiative zur Vernetzung aus. Primäre Zielsetzung der meisten dieser institutionenzentrierten Vernetzungen ist das Herstellen einer sektorenübergreifenden Versorgungskontinuität für die von der jeweiligen Einrichtung versorgten Menschen. Zu diesem Zweck wird eine Koordination der Versorgungsverläufe mit den anderen an der Versorgung teilnehmenden Einrichtungen angestrebt, indem Instrumente zur Verbesserung der Kommunikation und des Informationsflusses eingesetzt werden.

Die stärksten Aktivitäten finden zwischen dem stationären und dem ambulanten Versorgungssektor statt, da sich die Verzahnung hier am aufwendigsten und anspruchvollsten darstellt. Zentraler Vernetzungsbaustein ist in der Regel die interdisziplinäre Überleitungs-

methodik – reine Pflegeüberleitungsprojekte, die inzwischen in unüberschaubarer Anzahl vorhanden sind und einer eigenständigen Synopse bedürften, fielen aufgrund der Aufnahmekriterien aus unserer Untersuchung heraus (vgl. Abschnitt: Material und Methoden). Die Krankenhäuser haben ein zunehmendes Interesse, ihre Patienten möglichst frühzeitig, aber ohne Einschränkung der Versorgungsqualität zu entlassen. Mit der Einführung der Diagnosis Related Groups (DRGs) wird die Verzahnung noch dringlicher werden, da die daraus folgende Verweildauerreduktion eine noch frühere Verlagerung der Versorgung in den ambulanten Sektor nach sich ziehen wird. Auf die daraus resultierenden Folgen insbesondere für Patienten mit komplexe Problemlagen verweist der SVR im Gutachten 2003 und sieht die Notwendigkeit spezieller Vergütungsregelungen für diese Zielgruppe.

Gerade auf Grund dieser neuen Entwicklungen muss die Entlassungsplanung bereits bei Beginn der stationären Versorgung erfolgen und konsequent durchgeführt werden. Als Beispiel hierfür sei das Berliner Projekt „**Gemeinsame, verbesserte Entlassung von Patienten in die häusliche Pflege (14)**“ genannt, in dem Krankenhaus und Sozialstationen in gemeinsamer Trägerschaft durch eine „Service-Schwester“ personell und fachlich verzahnt werden. Dieses Modell benutzt eine Case Management-Methodik, die das Case Management an eine Person bindet. Eine ausgefeilte Überleitungsmethodik, die von einem Krankenhaus als Initiator und Koordinator ausgeht, findet sich auch in dem Projekt „**Koordinierte Entlassung von pflege- und hilfebedürftigen Patienten (34)**“, München, sowie dem Projekt „**Westwind (57)**“ in Heide, Schleswig-Holstein, in dem die Patienten auf der Grundlage eines Ablaufschemas mit einer „Gesundheitsmappe“ nach dem Vorbild des Hamburger Bethanien-Krankenhauses entlassen werden (vgl. Döhner & Kofahl 2000). Welcher zuweilen gewaltigen Anstrengungen ein erfolgreiches Management allein dieser Schnittstelle bedarf, belegen in eindrucksvoller Weise Höhmann, Müller-Mundt und Schulz (1998) in ihrer Untersuchung zur „Einführung kooperativer Qualitätssicherungskonzepte im Krankenhaus“.

### **Vernetzungsansätze mit einem Schwerpunkt auf Zielgruppenorientierung**

Alle Projekte sind in gewissem Sinne zielgruppenspezifisch, da sie als Zielgruppe ältere hilfsbedürftige Menschen haben. Wenn wir hier von Zielgruppenorientierung sprechen, dann um zu verdeutlichen, dass die Breite der Ein- und Ausschlusskriterien sehr unterschiedlich ist. Die Gründe dafür sind durchaus vielfältig, liegen im Wesentlichen aber an Verantwortungs- und Zuständigkeitsbereichen und in der Motivation, der Fachlichkeit und den gesetzlichen wie institutionellen Rahmenbedingungen der jeweiligen im Vernetzungsgeschehen aktiven Anbieter. Die Mitarbeiterinnen einer Krankenhaus-Fachabteilung haben – entsprechend ihrer Zielsetzung und Aufgabenstellung – eine andere Zielgruppe vor Augen als die Mitarbeiterinnen eines Altencafés.

Eine ausgeprägte Zielgruppenorientierung liegt nach unserer Definition dann vor, wenn sehr spezifische Kriterien die Vernetzungsaktivitäten begründen. Dies kann in Ein- und Ausschlusskriterien münden, anhand derer entschieden wird, welche Personen in ein bestimmtes Versorgungssystem gelangen und welche nicht. Die klassischen Einschlusskriterien sind Diagnosen, Diagnosenkomplexe, Syndrome. Schlaganfall und Demenz ragen dabei heraus,

da sie einerseits in der Ausschreibung zum Berliner Gesundheitspreis bereits besondere Betonung fanden und andererseits in besonderer Weise eine Zusammenarbeit zwischen Gesundheits- und Sozialwesen sowie dem informellen Unterstützungssystem fordern. Aus diesen Gründen dominieren in den hier dargestellten Projekten auch diese beiden Diagnosen gegenüber anderen Erkrankungen wie beispielsweise Diabetes und Osteoporose. Soziale Implikationen treten bei den beiden Letztgenannten in der Regel nicht so stark auf wie bei Schlaganfall und Demenz, Vernetzungen finden hier überwiegend im medizinischen und pflegerischen Kontext statt.

Projekte mit einer spezifischen Zielgruppenorientierung sind unter anderem „Westwind (57)“ – Heide, Schleswig-Holstein, und das „Düsseldorfer Schlaganfallprojekt und seine Nachfolgeprojekte (11)“, – beide orientiert auf Schlaganfallbehandlung und -versorgung. Aber auch die „Mobile Rehabilitation Woltersdorf (38)“ – Brandenburg, ist ein Projekt, das sich rehabilitativ (kognitiv leistungsfähiger) geriatrischer Patienten annimmt. Die „Heidelberger Initiative zur Prävention hüftnaher Frakturen im Alter (HIP) (27)“ kümmert sich um sturzgefährdete ältere Menschen (Präventions-Orientierung). Die gerontopsychiatrisch erkrankten Menschen finden sich als explizite Zielgruppe in der „Gerontopsychiatrischen Übergangspflege Tempelhof (21)“ – Berlin, in dem „Gerontopsychiatrischen Verbund Schwaben (22)“, in „HALMA e.V. (26)“ in Würzburg und in dem Projekt „Aufbau gerontopsychiatrischer Verbundstrukturen im Landkreis Oberspreewald-Lausitz und in Cottbus (7)“.

Es existieren – über die Orientierung auf eine jeweils bestimmte Gruppe älterer hilfebedürftiger Menschen hinaus – auch Projekte, die die Angehörigen solcher Betroffenen als Zielgruppe haben. Ein gutes Beispiel für ein solches Projekt ist „GeNA - Gerontopsychiatrisches Netzwerk Angehörigenarbeit (15)“ – Neustrelitz, Mecklenburg-Vorpommern, in dem die Angehörigen von Demenzerkrankten die eigentliche Zielgruppe darstellen (Angehörigen-Fokussierung).

## Regionale Verteilung

Aufgrund der mangelnden Repräsentativität der in die Synopse einbezogenen Projekte sind Aussagen über die regionale Verteilung der Projekte in Deutschland nur mit Vorsicht zu machen. Eine gewisse Häufung von Vernetzungsprojekten zeigt sich in den größeren Städten. Vermutlich drückt sich hier die tendenziell höhere Komplexität der urbanen Versorgungsstrukturen aus, in denen sich die Angebote vielfältiger und verdichteter entwickeln als in den ländlichen Regionen. Obgleich in diesen größeren Städten zumeist auch Universitäten – und damit potenziell Kooperationspartner für Innovationen – existieren, sind die Verknüpfungen zwischen den wissenschaftlichen Einrichtungen vor Ort und den jeweiligen Vernetzungsansätzen nicht so häufig, wie man vermuten könnte. Beispiele für eine solche Verknüpfung finden sich in Düsseldorf, Hamburg, Heidelberg, Magdeburg und Hannover. Bei den meisten hier dargestellten wissenschaftlich begleiteten Projekten sind die evaluierenden Institute jedoch an anderen Orten ansässig, zum Teil dadurch begründet, dass es sich um eine projektübergreifende Evaluation handelt, wie bei dem Programm zu Altenhilfestrukturen der Zukunft.

Im Prinzip sind die ausgewählten Projekte relativ gleichmäßig über Deutschland verteilt. Einige Bundesländer (Bayern, Baden-Württemberg, Berlin und Nordrhein-Westfalen) weisen allerdings eine größere Dichte von Projekten auf als andere (Niedersachsen, Schleswig-Holstein, Hessen), was sich zum Teil durch die Größe und Zusammensetzung der Bevölkerung erklären lässt. Ein Zusammenhang zwischen den Geriatriekonzepten sowie den Landesverfassungen und der dortigen Verankerung der spezifischen Rechte für Ältere und der Anzahl der Projekte im jeweiligen Bundesland lässt sich zwar vermuten, aber im Rahmen unserer Untersuchung nicht direkt herstellen. Dennoch fällt auf, dass viele Projekte bereits eine kommunal- und landespolitisch bedeutsame Vorgeschichte haben. Dies mag insbesondere für Berlin und Baden-Württemberg gelten, die bereits zu Beginn der 90er Jahre systematische Ansätze zur koordinierten Unterstützung älterer Menschen aufgebaut haben. Das Geriatriekonzept (Ministerium für Arbeit, Gesundheit, Familie und Frauen, Baden-Württemberg 1991; Schweizer & Brandt 1997) und die IAV (Informations-, Anlauf- und Vermittlungs) -Stellen in Baden-Württemberg (Göpfert-Divivier 1996) und die Berliner Koordinationsstellen für geriatrische Rehabilitation (Wissmann 1995; Wissert 1998) sind sicherlich eine wichtige Grundlage, auf der die heutigen Projekte direkt oder konzeptionell aufbauen können (z.B. „Qualitätssicherung in der Langzeitbetreuung geriatrischer Patienten – Der Patientenpass – ein Instrument der Vernetzung der Dienste und Einrichtungen (47)“ in Baden-Württemberg oder „Netzwerk im Alter (40)“ in Berlin).

## Gesetzliche Grundlagen

Die rechtlichen Grundlagen einzelner Maßnahmen innerhalb der Vernetzung oder der gesamten Netzstruktur entsprechen dem typischen Regelwerk der sozialen und gesundheitlichen Versorgung: Aus dem BSHG (Bundessozialhilfegesetz) die Paragraphen 75 (Altenhilfe) und 95 (Arbeitsgemeinschaften), aus dem SGB XI (Sozialgesetzbuch Elftes Buch – Soziale Pflegeversicherung) die Paragraphen 9 (Aufgaben der Länder), 45 (Pflegekurse für Angehörige) und 80 (Qualitätssicherung), dem Krankenhausfinanzierungsgesetz und in besondere Weise aus dem SGB V (Sozialgesetzbuch Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung) die Paragraphen 63-65 (Modellvorhaben), die im 2. Neuordnungsgesetz (2. NOG) 1997 im SGB V eingeführt wurden und die Erprobung neuer Steuerungsinstrumente für eine optimierte Versorgung ermöglichen (Einzelleistungen und Organisationsstrukturen, inklusive Erprobung neuer Kooperations- und Honorierungsverfahren).

Auf der Grundlage der §§ 63ff basieren die folgenden Projekte: „Ambulanter geriatrischer Rehakomplex (5)“ – Schönebeck, Sachsen-Anhalt, „Wir in Baden-Württemberg: Modellprojekt ‚Ambulante geriatrische Rehabilitation‘ (58)“, „IKARUS – Initiativkreis ambulante geriatrische Rehabilitation und soziale Dienste (28)“ – München, „Sektorenübergreifende Versorgung am Beispiel Home Care Nürnberg und Praxisnetz Nürnberg Nord (52)“.

Der § 73a SGB V fördert bei positiv evaluierten Modellvorhaben Strukturverträge. Doch nur wenige Projekte werden auf dieser Basis durchgeführt. Der § 73 ist z.B. relevant für die „Koordinierte Entlassung von pflege- und hilfebedürftigen Patienten (34)“ – München und die „Sektorenübergreifende Versorgung am Beispiel Home Care Nürnberg und Praxisnetz Nürnberg Nord (52)“. „IKARUS (28)“ strebt eine Förderung nach § 73 zur Zeit noch an.

Der 2000 eingeführte § 140 a - h SGB V (integrierte Versorgung) geht einen Schritt weiter und erlaubt Verträge zur integrierten Versorgung zwischen Leistungsanbietern und Krankenkassen, womit die sektorale Budgetierung überwunden werden soll. Allerdings ist der § 140 a - h sehr medizinorientiert und schließt den für die umfassende Versorgung relevanten Bereich der Pflege nicht mit ein (Schmidt 2002a; SVR 2003, S. 40, 74 und 81). Von einer Integration des sozialen Sektors ist dort gar nicht die Rede. Eine Verknüpfung von SGB V, XI und IX fehlt.

Der § 140 a - h wird nur in zwei Projekten explizit als mögliche zukünftige Grundlage genannt („Sektorenübergreifende Versorgung am Beispiel Home Care Nürnberg und Praxisnetz Nürnberg Nord (52)“; „Care und Case Management für chronisch kranke alte Menschen (9)“ – Hamburg (Konzept)), spielt praktisch bisher also keine Rolle. Die mit der Schaffung dieses Gesetzes gegebenen Möglichkeiten werden noch nicht angenommen (s. S. 16 „Gesetzliche Grundlagen von Vernetzung“).

Da die vorliegende Synopse nur den Entwicklungsstand bis Herbst 2002 berücksichtigen konnte, kann hier auf die aktuellen Diskussionen zur Forderung nach: „Integrierter Versorgung als Regelversorgung“, wie sie insbesondere vom BMG und dem AOK-Bundesverband neuerdings thematisiert wird (Blöß 2003; Schröder 2003), nicht weiter eingegangen werden. Für die Weiterentwicklung einiger Projekte könnte das jedoch einen neuen Impuls setzen.

## Projektträger

Vernetzungsaktivitäten vollziehen sich zwischen verschiedenen Personen und Institutionen. Deshalb gibt es Projektträger auch nur dort, wo entweder ein Vernetzungsprozess innerhalb einer relativ geschlossenen Trägerschaft stattfindet, oder wo eine Einrichtung sich als starker Initiator von Vernetzungsaktivitäten herausstellt, ggf. sogar explizit mit finanzieller Unterstützung dazu beauftragt wird. Ein Träger eines Projektes ist im Prinzip auch nur dort zu verorten, wo ein Vernetzungsansatz institutionalisiert und finanziert wird. Dies ist aber nur eine mögliche Form, die meisten Vernetzungsansätze sind keine durchorganisierten Verbände unter einem gemeinsamen Dach. Dadurch ist sicherlich auch eine Verzerrung bei der Auswahl der einbezogenen Projekte begründet: Die unspektakulären, im normalen Alltag funktionierenden und keine besondere Öffentlichkeitsarbeit leistenden Ansätze werden für Externe nicht sichtbar, sie beteiligen sich nicht an Ausschreibungen, sind weitgehend nur den Beteiligten selbst bekannt.

Wenn Projektträger genannt werden, handelt es sich meistens um die Hauptinitiatoren und Akteure, die den Vernetzungsprozess vorantreiben und moderieren. Bei den hier herangezogenen Projekten liegt die „Hauptträgerschaft“ in zehn Fällen bei Krankenhäusern und in acht Fällen bei den Kommunen / Gemeinden. Darüber hinaus gibt es auch „Mehrträgerschaften“. Dabei handelt es sich zum einen um die von der Beteiligtenzahl her großen Vernetzungsansätze (z.B. „Vernetzung der Anbieter und Qualifizierung der Arbeit zur Optimierung der Versorgung im Gesundheits- und Altenhilfebereich (54)“ (Gerontopsychiatrischer Verbund Berlin-Charlottenburg), „Bewegtes Leben – Hofgeismarer Kompetenzmodell

(8)“ – Hessen, „KAA – Projekt- und Sozialmanagement, Pflege- und Wohnberatung (30)“ – Ahlen, Nordrhein-Westfalen) und zum anderen um gemeinsame Maßnahmen von Krankenhäusern und einer jeweils anderen Institution: z.B. Krankenhaus und Sozialstation („Gerontopsychiatrische Übergangspflege Tempelhof (21)“, „Gemeinsame, verbesserte Entlassung von Patienten in die häusliche Pflege (14)“ – beide in Berlin), Krankenhaus und Gesundheitsamt wie in „Patienten nach einem Schlaganfall (42)“ – Berlin, oder Krankenhaus(-verbund) mit einer Koordinationsstelle wie in der „Mobilen Rehabilitation in der Region Ahlen-Hamm-Telgte (37)“.

Ein häufige Träger-Form ist der eingetragene Verein. Die meisten Vereine haben sich im Rahmen der Kooperationsbemühungen der Mitglieder zu diesem Anlass gegründet, einige bestanden schon vorher. Gemeinnützige GmbHs finden sich häufig, die meisten allerdings als Körperschaften der jeweils beteiligten Institution, z.B. bei Kliniken oder Seniorenheimen. Zuweilen gründen sich gGmbHs als „Verbund-Körperschaften“ wie im Falle der „Gerontopsychiatrischen Ambulanz im Kreis Rendsburg-Eckernförde (19)“, Schleswig-Holstein.

## Kostenträger

Die Bundesländer sind bei einem Drittel aller Projekte an den Kosten beteiligt, was eine Voraussetzung für die finanzielle Beteiligung des Bundes ist, der fast genauso häufig Kostenträger ist: Hier vor allem durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Das Bundesministerium für Gesundheit war bei drei Projekten finanziell beteiligt. Durch Krankenkassen erhalten ca. ein Viertel der Projekte finanzielle Unterstützung, die Kommunen fördern etwa ein Fünftel. Weitere Finanzierungs-Quellen sind Krankenhäuser (7-mal), Sponsoren (4-mal), die EU (3-mal), Stiftungen (2-mal), Vereine (2-mal).

Unterscheidet man bei der Finanzierung zwischen den Zuwendungen für eine wissenschaftliche Begleitung und den Zuwendungen für die Praxisteile des Projektes, so zeigt sich, dass die wissenschaftliche Begleitung meistens über Bundesmittel finanziert wurde und die Praxis von den lokalen Trägern. Nun ist aber bei der Frage der Kosten und Finanzierungsmodelle zu berücksichtigen, dass in den meisten Fällen die Hauptfinanzierungsanteile für projektspezifische Maßnahmen benötigt werden, also für personen- oder patientenorientierte Interventionen wie Assessment, Überleitungsmethodik, Case Management etc.. Strukturelle Vernetzungsaspekte stellen in der Regel nur einen Nebenbestandteil der Projektförderung dar. Je nach Vernetzungsbaustein liegen die Kosten für Vernetzung höher oder niedriger: Liegt der Schwerpunkt einer Vernetzungsförderung auf der Bereitstellung von Logistik, die es den beteiligten Akteuren einer Region erleichtern sollen, zueinander zu finden und kooperative Beziehungen einzugehen, liegen hier die Kosten deutlich niedriger als bei personalintensiven Projekten. Vernetzungsansätze, die beispielsweise auf der Ebene eines systematischen und professionell moderierten Care Managements ansetzen, erfordern die Finanzierung eines Netzwerk-Managements. Besonders kostenintensiv werden Vernetzungsansätze, wenn Vernetzung über ein hauptamtliches Case Management durch persönliche Betreuung oder Begleitung erzielt wird, wenn also zusätzlich zur bestehenden Versorgung Case Manager eingestellt werden. Daher ist es für die Projekte

von besonderer Bedeutung, die Kosten-Nutzen-Effekte zu untersuchen, um die Chance für den Transfer in die Regelversorgung zu erhöhen.

## Initiatoren

Die Initiative oder der Ausgangspunkt der Projekte wird nur selten klar benannt. Die Basis, auf der die Projekte entstanden sind, war in der Regel bereits ein Baustein der Vernetzung, z.B. ein interdisziplinärer Arbeitskreis wie im Projekt „**Gerontopsychiatrische Fachberatung – Kooperatives Serviceangebot (20)**“ – Kreis Coesfeld, Nordrhein-Westfalen, eine Gesundheitskonferenz wie im „**Düsseldorfer Schlaganfallprojekt (11)**“ oder in Herne, wo aus der dortigen Gesundheitskonferenz eine Vielzahl von Projekten hervorgeht. Auch für das „**Projekt Ambulantes Gerontologisches Team (44)**“ in Hamburg war ein multiprofessionell und bürgerschaftlich engagierter Arbeitskreis (AK „Selbstbestimmtes Altern“ im Rahmen der Aktivitäten des Projektes „Gesunde Städte“) der Ideengeber für den dortigen Vernetzungsansatz.

Mehrfach war eine Veranstaltung, die sich thematisch mit der Situation Älterer befasste und bei der Defizite in der Versorgung diskutiert wurden, unmittelbarer Ausgangspunkt für das Entstehen eines Projektes. So zum Beispiel beim „**Initiativkreis ambulante geriatrische Rehabilitation und soziale Dienste – IKARUS (28)**“ in München, den Hausärzte seit 1998 nach einem Workshop zur ambulanten geriatrischen Rehabilitation entwickeln. Bei den eher gemeindeorientierten Projekten lässt die Teilnehmerzusammensetzung vermuten, dass Kooperationsbeziehungen bereits seit langer Zeit bestehen.

Relativ eindeutig lassen sich die Initiatoren identifizieren, wenn es sich um institutionenzentrierte Projekte oder Konzepte handelt. Sie haben ihre Wurzeln meist im medizinischen (geriatrisch / gerontopsychiatrischen) Bereich („**Gerontopsychiatrische Ambulanz im Kreis Rendsburg-Eckernförde (19)**“ – Schleswig-Holstein, „**Konzept für eine geriatrische Schwerpunktpraxis (GSP) (31)**“ – München, „**Geriatrischer Schwerpunkt des Landkreises Breisgau-Hochschwarzwald (18)**“ – Baden-Württemberg, „**Ganzheitliche Betreuung und medizinische Therapie geriatrischer Patienten (13)**“ – Hamburg, „**Westwind (57)**“ – Heide, Schleswig-Holstein).

Aber auch die Initiative von Wissenschaftlern (häufig Geriater / Gerontologen) wie in der „**Heidelberger Initiative zur Prävention hüftnaher Frakturen im Alter (HIP) (27)**“ kann zur Entstehung von Vernetzungsansätzen führen.

In den Fällen, in denen einzelne Personen oder kleinere Gruppen die Initiative ergriffen haben, sind diese über lange Zeit sehr aktiv beteiligt und tragen das Projekt entscheidend mit, z.B. die im Konzept „**Regionales geriatrisches Konzept der Freien und Hansestadt Hamburg (3)**“ eingebundenen geriatrischen Kliniken, die niedergelassenen Ärzte bei „**IKARUS (28)**“ oder die Mitarbeiterinnen des „**Haus am See (4)**“ in Salzgitter und der Koordinierungsstelle ambulanter Angebote (KAA) in Ahlen („**Mobile Rehabilitation in der Region Ahlen-Hamm-Telgte (37)**“ und „**KAA – Projekt- und Sozialmanagement, Pflege- und Wohnberatung (30)**“).

Fast alle Vernetzungsansätze verfolgen (zumindest tendenziell) eine „Bottom-up-Strategie“, sofern sich die Begrifflichkeiten „Bottom-up“ und „Top-down“ überhaupt eignen. Gemeint ist hier, dass die Initiatoren von Vernetzungsmaßnahmen in der Regel auch die Akteure im weiteren Geschehen sind, sich also „um sich herum vernetzen“. Sollten Top-down-Ansätze überhaupt existieren, lassen sie sich am ehesten vermuten bei den institutionenzentrierten Modellen, z.B. wenn es sich um die Umsetzung konzeptioneller Vorschläge des höheren Managements, von Führungskräften oder von Unternehmensberatungen handelt. Es sieht bei näherer Betrachtung aber eher so aus, dass eine Steuerung von oben nur soweit möglich ist, wie es den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Einrichtungen sinnvoll und richtig erscheint und sie die Bereitschaft haben, die angestrebten Prozesse aktiv umzusetzen und zu gestalten. Das Management von Betrieben kann allerdings sehr entscheidend an den Rahmenbedingungen ansetzen, und damit Vernetzungsansätze fördern: zum Beispiel durch einrichtungsübergreifende Mitarbeiter-Schulung, Hospitationen, Gewährung von Aktivitäten, die über die Kernaufgaben hinaus gehen, Übertragen von Verantwortlichkeiten und Entscheidungsbefugnissen, trägerübergreifende strategische Planung auf den Leitungsebenen etc..

## Die Rolle der Berufsgruppen im Vernetzungsgeschehen

Die soziale und gesundheitliche Versorgung älterer Menschen mit Unterstützungs- / Versorgungsbedarf ruft eine Vielzahl von Berufsgruppen auf den Plan (Schick und Döhner 1996). Neben den spezifischen Altenfachkräften wie Altenpflegerinnen, Mitarbeiterinnen der kommunalen Altenhilfe und klinisch-geriatrisch tätigen Medizinerinnen betreiben die meisten Sozial- und Gesundheitsberufe nicht ausschließlich alte Menschen. Die Versorgungsbedarfe kommen aber bei der Betreuung und Versorgung der alten Menschen mit häufig komplexen Problemkonstellationen besonders zum Vorschein. Es ist daher zu vermuten, dass sich die Mitarbeiterinnen, die sich an Vernetzungsaktivitäten beteiligen, der Problematik einer koordinierten Versorgung älterer Menschen besonders bewusst sind und sich auch mit besonderem Engagement dieser Herausforderung stellen.

Im Folgenden werden wir exemplarisch einige Formen der Beteiligung einzelner Akteure vorstellen:

Die stationäre Versorgung ist ein zentrales Element im Gesundheitswesen. Die **Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Krankenhäusern** – insbesondere der geriatrischen Kliniken – spielen eine wesentliche Rolle im Versorgungsgeschehen vor allem chronisch kranker älterer Menschen (Meier-Baumgartner 1995; Nerenheim-Duscha, Kruse und Meier-Baumgartner 1995; Renteln-Kruse et al. 1998). Dies gilt gleichermaßen für die dort tätigen Pflegekräfte, Therapeuten und Ärzte, ja sogar für die Verwaltung. In fast allen Vernetzungsansätzen sind Krankenhäuser aktiv beteiligt, insbesondere bei den institutionenzentrierten Ansätzen oftmals als Initiator und Projektträger. Krankenhäuser sind zentrale Punkte in der gesundheitlichen Versorgung, da die meisten älteren Menschen im Laufe ihrer Krankheitskarriere dort behandelt werden müssen und häufig weit reichende Entscheidungen für die weitere Lebenssituation getroffen werden. Oft sind dies die Wendepunkte in der Selbstständigkeit und Selbstversorgungsmöglichkeit: Nach Krankenhausaufenthalten

aufgrund von Ereignissen wie Schenkelhalsbruch, Schlaganfall, Herzinfarkt oder -insuffizienz erfolgt bei vielen Älteren eine Heimeinweisung, die bei einer vernetzten Versorgung mit dem Ziel der patientenorientierten Versorgungskontinuität u.U. vermieden werden könnte.

In München-Neuperlach ging vor acht Jahren von dem Krankenhaus die Initiative für ein Projekt zur „**koordinierten Entlassung von pflege- und hilfebedürftigen Menschen (34)**“ aus, bei dem zunächst eine Defizitanalyse gemacht wurde: Workshops und eine Befragung von Krankenhaus- und Hausärzten ergab eine Fülle von Informationsdefiziten, die größtenteils auf Kommunikationsproblemen beruhten. Inzwischen ist nicht nur der Informationsfluss von ambulant nach stationär und umgekehrt standardisiert (gemeinsam erarbeitetes Verlegungsprotokoll): Bei den Patienten wird ein (soziales, pflegerisches und geriatrisches) Assessment mit dem Ziel des Case-finding und der individuellen Situationseinschätzung durchgeführt. Therapie, Pflege und Weiterbehandlung werden interdisziplinär abgestimmt und die Informationen per Fax oder Telefon an die Hausärzte weitergeleitet. Ziel ist sowohl die Sicherung des Heilungserfolges als auch die Verringerung der Rehospitalisierung. Die Hausärzte waren bei einer zweiten Befragung mit der Kommunikation zufriedener als vor dem Projekt.

**Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte** werden in den meisten Darstellungen der Vernetzungsaktivitäten als wichtige Partner angegeben und sind demnach in weit mehr als der Hälfte der Projekte aktiv integriert. Diese Angaben sind jedoch zu relativieren, weil diese Darstellungen sich zum Teil auf Planungen und Konzepte beziehen bzw. die aktiv an Vernetzungen beteiligten Ärzte oftmals zahlenmäßig nur einen kleinen Ausschnitt der zum Versorgungsbereich der Kassenärztlichen Vereinigungen gehörenden Ärzte darstellen. Die Annahme, dass niedergelassene Ärzte nur sehr schwer zur Mitarbeit in einem interdisziplinären Netzwerk zu motivieren sind, führte bei mindestens einem Projekt zu der Entscheidung, dies zunächst nicht zu versuchen: Die Ausweitung der Vernetzung auf die niedergelassenen Kollegen wird hier bewusst aufgeschoben („**Optimierung der Schlaganfallbehandlung: Von der Kooperation zwischen einem Haus der Regelversorgung und einem Kompetenzzentrum zur umfassenden integrativen Versorgung (41)**“ – Hessen). Es gibt jedoch auch vier Vernetzungsansätze, die von Vertragsärztinnen und -ärzten initiiert wurden: Das „**Praxisnetz Nürnberg Nord PNN (52)**“, „**IKARUS (28)**“, das „**Konzept für eine geriatrische Schwerpunktpraxis (GSP) als Kristallisationspunkt einer qualitätsgesicherten Geriatrie (31)**“ – beide in München, und das „**Projekt zur Optimierung der regionalen Versorgung alter Menschen mit Hirnleistungsstörungen PRO DEM (45)**“ – Stuhr / Weyhe in Niedersachsen.

Besonders erwähnenswert ist hier „**IKARUS – Initiativkreis ambulante geriatrische Rehabilitation und soziale Dienste (28)**“, ein spezifisches Beispiel für ein Projekt, das maßgeblich von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten initiiert wurde und zur Zeit noch ohne finanzielle Unterstützung weiterentwickelt wird. Nach einem von der Stadt organisierten Workshop zum Thema „Ambulante geriatrische Rehabilitation“ gründete ein Kreis von Hausärzten einen Verein, welcher die Situation der älteren Patientinnen und Patienten im Fokus hat, wobei auch Belange, die über das hausärztliche Handeln hinausgehen, erfasst werden.

Durch eine an die individuellen Bedarfe der Patienten angepasste Behandlung und Umfeldgestaltung sowie durch möglichst reibungslose Übergänge zwischen den Versorgungssektoren sollen stationäre Einweisungen und Pflegebedürftigkeit auf ein Minimum reduziert werden. Dadurch handelt es sich bei „**IKARUS (28)**“ trotz der starken ärztlichen Initiative um kein reines Ärztenetz. Die Konzeption ist wesentlich umfassender und die Problemlagen werden breiter angegangen. Inzwischen sind 23 niedergelassene Therapeuten (medizinische und nicht-medizinische) und Pflegenden Mitglieder. Sobald Patienten mit erhöhtem Versorgungsbedarf in die Praxis kommen, informiert der betreuende Hausarzt (evtl. auch die Therapeutin) die anderen beteiligten Behandler über die Notwendigkeit eines gemeinsamen Fallgesprächs. Dieses wird in aller Regel in der Häuslichkeit des Patienten und unter Beteiligung der Angehörigen durchgeführt. Das Fallgespräch dient der Zusammenstellung des geriatrischen Fachteams und der Absprache von Maßnahmen und Zielen, die in einem „Gesundheitspass“ festgeschrieben werden. Das weitere Case-Management erfolgt meist durch den Hausarzt oder ggf. durch ein anderes Mitglied des Fachteams. Bei Bedarf wird ein solches Fallgespräch wiederholt. Bemerkenswert ist weiterhin, dass bei Bedarf eine Dolmetscherin organisiert wird. Damit die Ärzte ihre Rolle in der Vernetzung professionell ausführen können, hat das Projekt eine Initiative zur geriatrischen Qualifikation von Hausärzten gestartet. Die gemeinsam entwickelte Vereinssatzung enthält außerdem die Verpflichtung zur Teilnahme an berufsübergreifenden Qualitätszirkeln und den Fallgesprächen.

Bei etwa der Hälfte der dargestellten Vernetzungsansätze sind die Kommunen beteiligt. Meistens nehmen **kommunale Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter** z.B. von Sozial- und Gesundheitsämtern – insbesondere aus dem Bereich der kommunalen Altenhilfe – an Arbeitskreisen teil. Häufig ist die Koordinationsstelle kommunal geführt, teilweise ging die Initiative von städtischen Einrichtungen aus. Ein Beispiel für eine außergewöhnliche und gelungene Aktivität der Kommune ist das „**Zukunftsmodell in der Stadt Dietzenbach – Alter und Gesundheit – Qualität durch vernetzte Versorgung und Controlling (12)**“ in Hessen. Der Magistrat der Stadt hat eine Fachstelle für städtische Seniorenarbeit eingerichtet, welche die bestehenden Strukturen vernetzt und eventuelle Lücken zu schließen versucht (Care Management). Berücksichtigt werden dabei sowohl die stationären und ambulanten professionellen Leistungserbringer als auch Freiwillige, die sich in der Altenarbeit engagieren, sowie die Senioren selbst. Weiterhin wurde eine Expertenstelle für Case Management eingerichtet, welche die persönliche Beratung und Betreuung von Senioren mit Hilfebedarf übernimmt, Kontakte knüpft und Hilfen vermittelt. Ein Schwerpunkt der weiteren Planung ist der Ausbau der Aktivitäten für ausländische Senioren, z.B. ein ehrenamtlicher Dolmetscherdienst und die Entwicklung von interkultureller Pflegekompetenz. In diesem Projekt wird die Notwendigkeit der Verknüpfung von Care und Case Management Elementen für eine gelungene Vernetzung besonders deutlich.

Eine sehr dominante Berufsgruppe unter den kommunalen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sind die **Sozialpädagogen / Sozialarbeiter**. Es existieren so gut wie keine Vernetzungsansätze ohne sie. In vielen Projekten haben Sozialpädagogen explizite Vernetzungsaufgaben. Insbesondere in den gemeindeorientierten Projekten werden viele Prozesse durch sie

gesteuert, Gesundheitskonferenzen organisiert, Arbeitskreise moderiert, Dienste und Leistungen vermittelt. Sie sind teilweise sowohl Care als auch Case Manager (z.B. bei „MoCCA (39)“ in Hamburg). Zu ihren Kernaufgaben zählen Bedarfsermittlung, Beratung und das Knüpfen von Kontakten – inwieweit dies in einer Person zu vereinen ist, wird kritisch diskutiert (Freie und Hansestadt Hamburg 2001). Sozialpädagogen und -arbeiter verbinden in ihrer Arbeit wie kaum eine andere Berufsgruppe soziale und gesundheitlich Belange und vermitteln zwischen den Mitarbeitern aus Sozial- und Gesundheitsdiensten.

**Pflegefachkräfte** sind zwar in fast allen Projekten aktiv integriert, aber ganz selten wurde ein Projekt auf Initiative der ambulanten Pflege initiiert. Es mag vielleicht etwas reduziert sein zu sagen, dass Vernetzung insbesondere ein Thema der Pflege und der sozialen Arbeit sei und in diesen Bereichen dementsprechend mehr Aktivitäten und Bemühungen festzustellen sind. Doch wer einmal erfahren hat, mit welchen Unvorhersehbarkeiten, Wechselwirkungen und Abhängigkeiten Pflegekräfte und Sozialarbeiter in ihrem beruflichen Alltag konfrontiert werden, wird verstehen, warum die Mitarbeiterinnen dieser Berufsgruppen sich gebahnte Kommunikationswege so besonders wünschen.

Wie vielseitig die Arbeit der Pflege sein kann, zeigt das Modellprojekt „Haus am See (4)“ aus Salzgitter: Zusammen mit einer kommunalen Wohnbau-Gesellschaft, Architekten, dem Sozialverband Deutschland e.V. und einer „Seniorenmieter“-Interessenvertretung werden altengerechte Wohnstrukturen entwickelt, die das individuelle Wohnen in der eigenen Wohnung mit ambulantem Versorgungs- und Unterstützungskonzept ermöglichen. Eine Umfrage unter der entsprechenden Bevölkerungsgruppe zeigte, dass das Interesse an einem solchen „Servicehaus“ groß ist. Gleichzeitig wurde durch ein Koordinationsteam, in welchem alle Altenhilfeeinrichtungen der freien Wohlfahrtspflege und einige private Anbieter vertreten waren, eine Beratungsstelle für ältere Menschen eingerichtet, die vor allem aufsuchende Einzelfall-Arbeit (Case Management) zur Aufgabe hat. Der dritte Schwerpunkt ist der Aufbau mobiler / ambulanter geriatrischer Rehabilitation zusammen mit dem Klinikum Salzgitter und den Sozialstationen. Gemeinsam mit der Diakonie-Sozialstation wurde außerdem ein Betreuungs- und Unterstützungsangebot für Familien von demenziell Erkrankten aufgebaut, bei dem unter anderem geschulte Helferinnen pflegende Angehörige entlasten und beraten. Das Angebot wird schließlich noch durch die Einrichtung eines Internet-Cafés für Senioren ergänzt, das vor allem auch wegen seiner Kurse über den Umgang mit Computer und Internet geschätzt wird. Das Projekt zeichnet sich also besonders durch die Verknüpfung von Prävention und Rehabilitation im Gesundheits- und Sozialwesen aus.

**Therapeutinnen und Therapeuten** aus den Bereichen Krankengymnastik, Physio-, Ergo- und Logopädie sind in den geriatrischen Vernetzungsansätzen nicht wegzudenken. In der geriatrischen Klinik sind sie selbstverständliche Mitglieder des Teams. Die Motivation der Therapeuten sich zu vernetzen ist schon rein fachlich begründet. Eine geriatrische Behandlung / Versorgung / Therapie erfordert aus der komplexen Sachlage heraus professionenübergreifendes abgestimmtes Vorgehen im Behandlungsprozess. Vernetzungsnotwendigkeiten für die Therapeuten bestehen zum einen an den Sektorenschnittstellen, z.B. bei der Fortführung einer im Krankenhaus begonnenen rehabilitativen Therapie in der Häus-

lichkeit, und zum anderen zwischen den beteiligten Berufsgruppen, z.B. hinsichtlich der Abstimmung zwischen Pflege und krankengymnastischer Behandlung oder der Abstimmung zwischen verordnendem Hausarzt und Therapeut. In einem Drittel der Projekte sind die Therapeuten fachlich involviert, an den Vernetzungsprozessen beteiligt und – dort wo ein Vertrag vorhanden ist – auch Vertragspartner (z.B. im Projekt „**Ambulanter geriatrischer Rehakomplex (5)**“ – Schönebeck, Sachsen-Anhalt). Ein Beispiel gelungener fachlicher Verzahnung zwischen stationärem und ambulantem Sektor unter Einbeziehung der Therapeuten findet sich in dem Interdisziplinären Gesprächskreis Geriatrie (IGG) in Hamburg, sowohl Teil des „**Regionalen geriatrischen Konzepts der Freien und Hansestadt Hamburg (3)**“ als auch im „**Hamburger Modell zur vernetzten Versorgung (9)**“. Hier wurde als Verzahnungsinstrument die Gesundheitsmappe entwickelt, die in modifizierter Form inzwischen auch Bestandteil des Projekts „**Westwind (57)**“ in Heide, Schleswig-Holstein, ist.

Alle Berufsgruppen bedienen sich zur Koordination ihrer Arbeit und zur Kooperation mit anderen Berufsgruppen bestimmter Instrumente und Methoden – im Folgenden „Bausteine“ genannt, die zum Teil eigenständig entwickelt oder meist modifiziert aus anderen Projekten übernommen wurden. Der Transfer einzelner Elemente ist ein Hinweis auf die positiven Erfahrungen und damit ein Qualitätsmerkmal.

## **Bausteine des Care und Case Managements**

Wie in der Einleitung ausgeführt, findet Vernetzung auf zwei Ebenen statt, die hier – wie inzwischen weit verbreitet – als Care und Case Management bezeichnet werden.

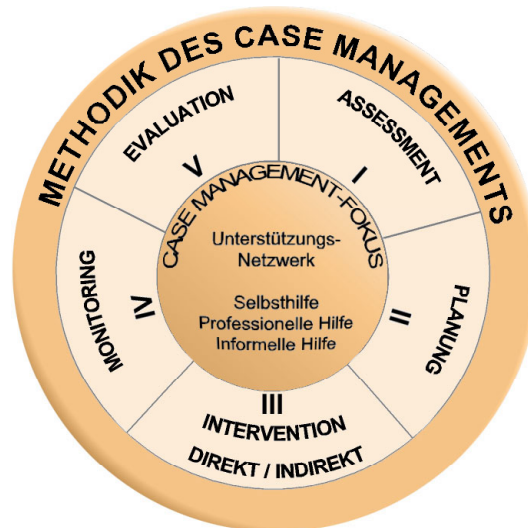
Care Management bedeutet nach Wißmann und Langehennig (1998) „die Kooperation zwischen den Akteuren der kommunalen Sozial- und Gesundheitsversorgung verbindlich und dauerhaft zu strukturieren und hierbei vor allem auch soziale und bürgerschaftliche Initiativen einzubeziehen“. „Kommunikation, Kooperation, Koordination und Vernetzung lassen sich als Voraussetzungen sowohl für Case Management (personenzentriert) als auch für Care Management (systemzentriert) beschreiben. Die Zuständigkeiten werden in vielen Projekten bei verschiedenen Personen gesehen“ (Wendt 1997).

Wissert definiert Case Management als „die zeitlich begrenzte, unterstützende Hilfeplanung für Einzelne oder Familien vor allem bei Krisen im Alter und bei Pflegebedürftigkeit. Dabei wird gemeinsam mit dem Hilfebedürftigen und seinem sozialen Umfeld ein individuelles Hilfearrangement im Sinne eines Leistungsbündels entworfen und konkretisiert. Case Management befasst sich demnach mit der Anbahnung, Organisation und Durchführung aller pflegerischen, versorgenden, unterstützenden und rehabilitativen Dienstleistungen formeller und informeller Art einschließlich der Ausstattung mit Hilfsmitteln und der Wohnraumanpassung. Dabei bleibt ungewichtet, ob diese Maßnahmen momentan leistungrechtlich finanzierbar sind, aus Eigenmitteln bezahlt werden müssen oder eher informellen Charakter besitzen“ (Wissert 1998).

Der in Abb. 6 dargestellte Case Management Zyklus macht deutlich, dass es sich um ein systematisches Vorgehen handelt, dass eine hohe Professionalität erfordert. Wieweit dieser Anspruch in den einzelnen Projekten, die angeben, einen Case Manager zu haben, wirklich

realisiert ist, kann auf Grund der verfügbaren Unterlagen nicht hinreichend beurteilt werden.

Abbildung 6: Case Management Zyklus



Quelle: Wendt 1997, Grafik: Kofahl

Care Management und Case Management sind „in einer Wechselbeziehung und in einer organisatorischen Verbindung zu sehen“ (Wendt 1997). Dies ist auch unser Verständnis von Care und Case Management, wie es bereits in unserem für den Berliner Gesundheitspreis eingereichten Konzept zum „Hamburger Modell zur vernetzten Versorgung (9)“ eingeführt wurde, in dem die dort aufgeführten Bausteine entsprechend dieser Unterteilung gegliedert waren. Diese Vorgehensweise bildet auch die Grundlage für die im Ergebnisteil dargestellten Einteilungen und Darstellungen der Projekte und wurde für die Kurzdarstellungen der Vorhaben in der erarbeiteten Datenbank übernommen und entsprechend den Erkenntnissen aus den untersuchten Projekten erweitert.

Für die in den Vernetzungsansätzen verwendeten Bausteine des Care und des Case Managements haben wir dementsprechend die folgende Einteilung der Elemente vorgenommen:

<b>Care Management</b>	<b>Case Management</b>
Netzwerk Manager	Case Manager
Öffentlichkeitsarbeit	Krankheitsspezifisches Management
Interdisziplinäre Arbeitskreise	Screening / Assessment
Interdisziplinäre Fort- / Weiterbildung	Personenzentrierte Fallbesprechungen
Informations- und Beratungsstellen	Personenzentrierte Info- / Dokusysteme
Koordinations- und Leitstellen für Profis	Begleitdienste
Wegweiser	Angehörigenunterstützung

In den verdichteten Darstellungen der Projekte sind die Care und Case Management Elemente jeweils vorangestellt. Dabei ist die Kennzeichnung der entsprechenden Elemente relativ grob. Die für die Sichtung der Projekte herangezogenen Kriterien sind zwar differenzierter, aber deshalb für die Überblicksdarstellung zu ausführlich. Eine genauere Darstellung der einzelnen projektspezifischen Bausteine befindet sich in der Tabelle im Anhang.

### Care Management Elemente

Zwar beinhalten alle einbezogenen Projekte mindestens Element aus dem Bereich des Care Managements, aber nur selten gibt es auch eine Person, die hauptamtlich die Rolle eines Care Managers oder Netz Managers einnimmt.

### Netzwerk Manager

Aufgrund der immer größeren Menge und Vielfalt von beteiligten Diensten, Prozessen und Informationen bei der Versorgung älterer Menschen wird es schwieriger, diese zu überschauen und das Wissen im rechten Augenblick zur Verfügung zu haben. Deshalb ist eine zentrale Stelle, die alle Informationen bündelt und bereit stellt, von zentraler Bedeutung für die Transparenz. Bruder beschreibt, dass gerade bei modellhaft geförderten Netzen ein starkes Bedürfnis nach einer leitenden Persönlichkeit mit Vermittlungs- und Stimulationspotential – einem Netzwerk Management – vorhanden ist, obwohl dieser Gedanke konträr zu dem paritätischen und solidarischen Netzbestreben zu stehen scheint (Bruder 1992).

Von den hier untersuchten Vernetzungsansätzen beanspruchen nach eigener Aussage mehr als zwei Drittel ein Netzwerk Management für sich. Jedoch fällt dies sehr unterschiedlich aus in Bezug auf Aufgaben und Professionalität / Organisation, was nicht zuletzt an der Art der Vernetzung und auch an der Art der Finanzierung liegt. Von der Finanzierung wird zentral die Frage berührt, welche personellen Ressourcen für ein Netzwerk Management zur Verfügung stehen. Ein hauptamtlicher Netzwerk Manager – je nach Projekt

als Koordinator, Care Manager, Projekt Manager, Verbundmanager oder ähnlichem betitelt – kann anders vorgehen, handeln und letztlich wirken, als die Freiwilligen, die ihre Netzwerk-Arbeit – lobenswerterweise – an Abenden und Wochenenden ehrenamtlich leisten müssen.

Für diese Untersuchung wurden deshalb Netzwerk Manager unterschieden in:

- ◇ Care Management hauptamtlich bei einer Person
- ◇ Care Management hauptamtlich bei mehreren Personen
- ◇ Care Management nebenamtlich bei einer Person
- ◇ Care Management nebenamtlich bei mehreren Personen
- ◇ Care Management professionell, unbezahlt.

Welche Personen noch als Netzwerk Manager bezeichnet werden können und bei welchen eine solche Beschreibung als nicht zutreffend erachtet werden sollte, ist sehr schwer zu beurteilen. Am Leichtesten ist die Beschreibung bei den „hauptamtlichen Netzwerk Managern“, zumal sie sich in den Projektdarstellungen explizit in dieser Rolle verorten. Bei einem Drittel aller Projekte wird das Netzwerk Management hauptamtlich von einer (8-mal) oder mehreren Personen (10-mal) geleistet. Bei einem anderen Drittel nebenamtlich, hier jedoch selten von einer sondern meist von mehreren Personen. Nebenamtliches Care Management meint hier die Ausübung im Rahmen der beruflichen Tätigkeit, wobei das Care Management aber nicht den Schwerpunkt bildet (z.B. bei einer Sozialarbeiterin einer Beratungsstelle, deren Schwerpunkt die Beratung Betroffener ist). Beispiel für ein professionelles, aber unbezahltes Care Management ist die Arbeit von engagierten Ärzten. Diese Kategorie ist zwar nicht häufig angekreuzt, kommt aber vor („**IMTAGT – Informationsoptimierte, mobile, teamorientierte, ambulante, geriatrische Therapie (29)**“ - Rems-Murr-Kreis und Welzheim, Baden-Württemberg, „**IKARUS (28)**“ – München).

Bei einigen Projekten ist das zentrale Management nicht zuletzt durch Veröffentlichungen sehr präsent. Bei dem „**Netzwerk im Alter (40)**“ in Berlin übernimmt ein zentrales Netzwerk Management die Organisation, Moderation und Dokumentation eines außergewöhnlich umfassenden Vernetzungsprozesses. Es gewährleistet die Einbindung der Kostenträger in das Netzwerk und übernimmt das Informations- und Kontaktmanagement sowie die Öffentlichkeitsarbeit. Die einzelnen Arbeitsfelder sind: Strategieentwicklung, inhaltliche Arbeit in den Zielbereichen, wissenschaftliche Arbeit, Öffentlichkeitsarbeit, interne Netzwerkkommunikation, Netzwerkorganisation, externe Netzwerkkommunikation und Motivationserhaltung. Die Netzwerkpartner stufen das zentrale Netzwerk Management als wichtig ein. Der wesentliche Vorteil eines so verankerten Managements ist die Möglichkeit der Netzwerkpartner, sich losgelöst von praktischen Versorgungsaufgaben als Arzt, Pflegekraft, Therapeut, Sozialarbeiter etc. auf die Vernetzungsaspekte konzentrieren zu können, sich als professioneller Dienstleistender für andere Berufsgruppen zu verstehen. Darüber hinaus wird hier auch eine weitaus höhere Fachlichkeit erreicht, als bei den Netzwerk Managern, die sich solcher Aufgaben als Nebentätigkeit annehmen.

## Öffentlichkeitsarbeit

Brandt hält Öffentlichkeitsarbeit für eine „Verpflichtung von Sozialarbeit“ zur Information der Bürgerinnen und Bürger über Angebote. Weiterhin sieht er eine gemeinsame Öffentlichkeitsarbeit in einem Verbund als Chance, sich gegenseitig kennen zu lernen und sich auf einheitliche Sprachregelungen zu verständigen. Außerdem weist er auf die Bedeutung der Sichtbarkeit in Hinblick auf politische Durchsetzbarkeit hin (Brandt 1993). Nur drei Projekte geben nicht an, dass Öffentlichkeitsarbeit zur Projektarbeit gehört, zwei dieser drei befinden sich in der Konzeptphase. Vorbildlich in Bezug auf die Öffentlichkeitsarbeit ist das Projekt aus Herne in Nordrhein-Westfalen („**Gesundheit im Alter: Diabetes, Schlaganfall, Gerontopsychiatrie – Das Modell der Herner Gesundheitskonferenz (25)**“): Einerseits liegen laienverständliche Informationsbroschüren zu Schlaganfall und Diabetes Typ II vor, andererseits gibt es ausführliche Dokumentationen der Gesundheitskonferenz „Gesundheit im Alter“ sowie Empfehlungen zur Umsetzung, zur Evaluation und Qualitätssicherung. Außerdem wurden Gesundheitsberichte zur Situation der Versorgungs- und Hilfsangebote in den Bereichen „Gerontopsychiatrie“, „Schlaganfall“ und „Diabetes“ und im Internet eine Fülle von Informationen zu verschiedenen Gesundheitsthemen veröffentlicht. In Herne ist die Information und Mitarbeit der Öffentlichkeit das zentrale Ziel des Projektes.

Neben den großstädtischen, häufig wissenschaftlich begleiteten Projekten existiert eine Vielzahl von Vernetzungsansätzen insbesondere in kleineren und / oder ländlichen Regionen, die keiner überregionalen Öffentlichkeit bekannt gemacht worden sind. Tatsächlich macht es ja auch meist nur wenig Sinn, im Rahmen von praktischer, kleinräumiger Vernetzung die Arbeitszeit in eine überregionale Öffentlichkeitsarbeit zu investieren. Abgesehen von einem möglichen und wichtigen Erfahrungsaustausch zu grundsätzlichen Fragen der Vernetzung dürften die regions-, personen- und anbieterspezifischen Informationen über Vernetzungsaktivitäten in einem Teil Deutschlands für die Menschen in einem anderen Teil irrelevant sein. Da die Probleme des deutschen Sozial- und Gesundheitswesens aber überall in Deutschland weitgehend die gleichen sind, ähneln sich die Vernetzungsansätze in positiven wie negativen Erfahrungen sehr. In dem später folgenden Abschnitt zur wissenschaftlichen Begleitforschung wird auf den Zusammenhang zwischen Begleitforschung und Öffentlichkeitsarbeit näher eingegangen.

Deutlich wird die wachsende Rolle, die das Internet für Informationsaustausch und Öffentlichkeitsarbeit spielt. Das Internet ist auch für die kleinräumige Informations- und Öffentlichkeitsarbeit ein wertvolles und dabei höchst ökonomisches Medium, das zugleich der ganzen Welt den Blick auf das Geschehen erlaubt, wobei das Interesse aber wohl eher national begrenzt sein wird. Noch tun sich die meisten etwas schwer im Umgang mit diesem Medium, noch ist die Akzeptanz mit einer gewissen Alterskorrelation eher niedrig, noch fehlen vielerorts die technischen Voraussetzungen. Es ist jedoch sicherlich nur noch ein Frage von wenigen Jahren, bis das Internet in den meisten Bevölkerungskreisen – auch bei den Älteren – so zum Alltag gehört wie heute Bankautomaten und Versichertenchipkarten.

## Interdisziplinäre Arbeitskreise

Lokale interdisziplinäre Arbeitskreise sind ein häufiger Bestandteil der Vernetzungsansätze. Sie sind auch immer wieder ein Herzstück. In 42 Projekten sind sie vorhanden, und bei fast allen (38) problem- und fachspezifisch. Die Themen und Aufgaben der Arbeitskreise sind z.B. ...

...die Weiterentwicklung von Versorgungsstrukturen bei „**Alt und Jung e.V.: Fördernde Hilfe nach Wunsch und Bedarf (2)**“ – Ostwestfalen, Nordrhein-Westfalen,

...die Entwicklung von Leitlinien in der „**Gerontopsychiatrischen Ambulanz im Kreis Rendsburg-Eckernförde (19)**“ – Schleswig-Holstein,

...die Strukturierung der Altenarbeit unter Beteiligung von Akteuren des Gesundheitswesens im „**GeReNet.Wi – Wiesbadener Netzwerk für geriatrische Rehabilitation (16)**“,

...die Optimierung der Schlaganfall-Akutbehandlung und Schlaganfall-Rehabilitation im „**Düsseldorfer Schlaganfallprojekt und seinen Nachfolgeprojekten (11)**“.

...die Optimierung der Demenz-Betreuung beim „**Projekt zur Optimierung der regionalen Versorgung alter Menschen mit Hirnleistungsstörungen PRO DEM (45)**“.

In den Arbeitskreisen sind in unterschiedlicher Zusammensetzung Vertreterinnen und Vertreter von Krankenhaus, Rehabilitation, ambulanter und stationärer Pflege, Kranken- und Pflegekasse, Wohlfahrtsverbänden, Landkreis, Stadt, Gesundheitsamt, Fachhochschule, Universität und Hospizverein aktiv. Manche Arbeitskreise laufen unter dem Dach einer Gesundheitskonferenz, manche auf Initiative eines Krankenhauses. Treffen finden in der Regel in ein- bis dreimonatigen Abständen statt und erfüllen nach Aussagen von mehreren Projektmitarbeitern sowohl einen formal-fachlichen Zweck, nämlich das Erarbeiten von speziellen Themen, Problemfeldern, Standards oder Verfahren wie z.B. Leitlinien, als auch den eher informellen Zweck der persönlichen Begegnung. Dabei sind im Sinne einer Vernetzung das gegenseitige kennen lernen und sich verständigen sowie der Aufbau von Vertrauen die wohl fast noch wichtigeren Funktionen dieser regelmäßigen Treffen. Auch im 4. Altenbericht wird die Wichtigkeit der interdisziplinären Verständigung über Krankheitsverlauf und Versorgungskonzepte betont (BMFSFJ 2002) – eine Aufgabe, die in derartigen Gremien gelöst werden kann. Teilnehmen sollte mindestens je eine Vertreterin von jeder beteiligten Einrichtung.

Eine besondere Form von interdisziplinären Arbeitskreisen sind die sogenannten Netzwerkkonferenzen. Als „große Arbeitskreise“ machen sie sich quasi selbst zum Thema, – hier geht es auf der Meta-Ebene maßgeblich um Vernetzung. In jedem zweiten Projekt finden solche Netzwerk- oder Verbundkonferenzen statt. Sie sind ein Steuerungsinstrument der Vernetzung und dienen der gegenseitigen Information, Diskussion und Entscheidung. Hier zählt die „**Herner Gesundheitskonferenz (25)**“ zu den Konferenzen mit Arbeitskreisen, die in Systematik, Steuerung, Moderation und Dokumentation eine extrem hohe Professionalität erreicht haben, was Herne letztlich zum Kompetenzzentrum für Gesundheitskonferenzen im Gesunde-Städte-Netzwerk der Weltgesundheitsorganisation machte. Ebenfalls ge-

nannt sei hier das Beispiel des Berliner Projekts „**Vernetzung der Anbieter und Qualifizierung der Arbeit zur Optimierung der Versorgung im Gesundheits- und Altenhilfebereich (54)**“. In der Verbundkonferenz aller dortigen Netzwerkteilnehmer wurden insgesamt sieben Themen- und Arbeitsbereiche beschlossen, die von Arbeitskreisen behandelt werden sollten. Alle Arbeitskreise waren zielorientiert und zeitlich befristet. Ein solches Vorgehen stieß auf Seiten der Teilnehmer und deren Arbeitgeber auf große Resonanz, da ihrer Meinung nach keine Ressourcen nutzlos verbraucht wurden, sondern Resultate systematisch und sichtbar erarbeitet wurden. Die Zusammensetzung der multiprofessionellen und trägerübergreifenden Arbeitskreise wurde von der Verbundkooperation dorthin gehend beeinflusst, dass für das jeweilige Thema wichtige Verbundpartner vertreten waren und die Zusammensetzung ausgewogen war. Die Ergebnisse wurden jeweils den anderen Verbundpartnern schriftlich vorgelegt, danach im Plenum vorgestellt, diskutiert und schließlich in einem Projektbericht veröffentlicht.

Das Berliner „**Netzwerk im Alter (40)**“ ist in punkto Arbeitsgruppen-Aktivität in Kombination mit Netzwerkkonferenzen herausragend – dies ist zentrales Anliegen des Projektes und Hauptaufgabe seiner beiden Netzwerk Managerinnen. Eine lebendige Arbeitskreis-Kultur findet sich auch im Projekt „**Bewegtes Leben – Hofgeismarer Kompetenzmodell (8)**“, dort sind die Arbeitskreis-Aktivitäten eng mit dem AltenBeratungsCentrum ABC verknüpft. Dadurch wird eine große Nähe und hohe Aktualität zu den Problemen der älteren Bürgerinnen und Bürger hergestellt. Eine ähnliche Verknüpfung von individueller Beratung und hoher Vernetzungsaktivität über Arbeitskreise und Konferenzen leistet die „**Koordination und Vernetzung beraterischer, betreuerischer, vermittelnder und sozialhelferischer Angebote für Ältere, Alte und chronisch kranke Alte durch die Beratungsstelle ‚Dialog-Lebenshilfe‘ (33)**“ des Vereins „Lebensmut“ in Berlin, ein Verein, der bereits auf eine lange Tradition zurückblicken kann.

### Interdisziplinäre Fort- / Weiterbildung

In der Kategorie „Interdisziplinäre Fort- / Weiterbildung“ sind Qualitätszirkel, Hospitationen und Seminare / Schulungen zusammengefasst. Da Qualitätszirkel unterschiedlich definiert werden, ist hier eine eher „großzügige“ Auslegung des Begriffs zu Grunde gelegt. So ist nicht jeder als Qualitätszirkel bezeichnete Arbeitskreis auf Dauer angelegt, auf eine bestimmte Anzahl von Personen begrenzt, von einem geschulten Moderator angeleitet, als Arbeitsleistung finanziell honoriert und immer gleichbleibend zusammengesetzt (vgl. dazu die von Deppe und Ropella (1992) aufgestellten Kriterien und Bahrs et al. (1994)). Wenn die jeweiligen Projekt-Ansprechpersonen bekundeten, Qualitätszirkel seien Bestandteil ihrer Vernetzungsaktivitäten, dann haben wir das auch so in die Datenbank aufgenommen.

Die meisten Vernetzungsansätze beinhalten interdisziplinäre Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen (insgesamt 38 Projekte: 16-mal Qualitätszirkel, 14-mal Hospitationen, 34-mal Seminare / Schulungen). Die Interdisziplinarität verfolgt vor allem das gleiche Ziel wie die vorher beschriebenen Punkte auch: Wissen über und Verständnis für andere am Geschehen beteiligte Akteure und deren Arbeitssituation zu wecken. Weiterqualifizierungen sind insgesamt notwendig, da Gerontologie und Geriatrie bei vielen Ausbildungen noch nicht

ausreichend berücksichtigt werden. Im Projekt „**Geriatrischer Schwerpunkt des Landkreises Breisgau-Hochschwarzwald an der HELIOS Klinik Müllheim (18)**“ in Baden-Württemberg wurden auf der Schlaganfallstation innerbetriebliche Fortbildungen zu Themen wie „Schluckstörung“ und „Lagerung und Mobilisation“ durchgeführt. Die verschiedenen Therapeutinnen demonstrierten anschaulich die jeweiligen Probleme und praktischen Lösungsansätze bei Schlaganfallpatienten aus ihrer Sicht, Teilnehmende waren Ärzte und Pflegepersonal. In ähnlicher Weise nimmt sich auch der „Interdisziplinäre Arbeitskreis Geriatrie“ im Konzept des „**Care und Case Management für chronisch kranke alte Menschen. Das Hamburger Modell zur vernetzten Versorgung (9)**“ geriatrischen Problemstellungen an. Dieser problembezogen arbeitende Gesprächskreis ist nach zunächst erheblichem Widerstand – wegen seines hohen Anteils nicht-ärztlicher Berufsgruppen, also seiner Interdisziplinarität – inzwischen von der Ärztekammer Hamburg gemäß Fortbildungsordnung akkreditiert worden und wird für die teilnehmenden Vertragsärzte mit je 2 Punkten pro Sitzung bewertet. Auch für die Pflegedienste wird die Teilnahme an solchen Arbeitskreisen, die der Qualitätssicherung dienen, honoriert, indem sie ihren Preis (Punktwert) im SGB XI-Vergütungssystem erhöhen können.

### **Beratungsstellen für Betroffene**

Beratungs-, Informations- und Anlaufstellen für Betroffene sind in 41 Vernetzungsansätzen vorhanden. Die meisten von ihnen bieten sowohl persönliche als auch telefonische Beratung an. Fünf Beratungsstellen müssen persönlich aufgesucht werden, in zwei Einrichtungen ist ausschließlich eine telefonische Beratung vorgesehen. Beratungsstellen sollten einen möglichst neutralen Status haben und unabhängig von Sektoren, Kostenträgern und Versorgungsbereichen informieren (Döhner 2001). Sie sollten außerdem ein niederschwelliges und für alle zugängliches Angebot haben: Sicherlich ist hier – vor allem außerhalb von Ballungsräumen – abzuwägen zwischen einer örtlichen und einer zeitlichen Präsenz, denn ein wohnortnahes und zeitlich umfangreiches Angebot ist nicht in jeder kleinen Gemeinde zu leisten. Im Kreis Coesfeld in Nordrhein-Westfalen gibt es im Projekt „**Gerontopsychiatrische Fachberatung – Kooperatives Serviceangebot (20)**“ eine mobile Beratungsstelle, die zwar feste Telefonnummern und Beratungspersonen hat, diese sind aber jeweils einmal pro Woche – zu festen Zeiten und in immer gleichen Räumlichkeiten – an einem der fünf verschiedenen Standorte präsent. Die besonderen Bedingungen haben ein solches Vorgehen erforderlich gemacht: Fünf Versorger im Kreis haben sich zusammen getan, um eine gemeinsame Beratungsstelle zu organisieren. Da die Akteure selbst in verschiedenen Orten liegen und kein Ort benachteiligt werden sollte, wurde die mobile Beratung ins Leben gerufen. Diese wird sowohl von Älteren als auch von Angehörigen und Professionellen genutzt.

Im 4. Altenbericht wird die flächendeckende Versorgung mit „Integrierten Beratungsstellen unter kommunaler Trägerschaft“ dringend empfohlen und in gleichem Atemzuge von differenzierten Beratungsstellen für jeweils einzelne Probleme oder Hilfen abgeraten, da dies den Zugang erschwert. Bestimmte Problemlagen erfordern jedoch spezifische Beratungskonzepte und Fachwissen (BMFSFJ 2002). Die Mitarbeiterinnen von Beratungsstellen können selbstverständlich nicht die gesamte Palette sozialer und gesundheitlicher Probleme in

gleicher Weise kompetent bearbeiten. Sie können aber die Wege zu den jeweils spezifischen Angeboten bahnen (SVR 2003, S. 45). Das Projekt „**Koordination und Vernetzung beraterischer, betreuerischer, vermittelnder und sozialhelferischer Angebote für Ältere, Alte und chronisch kranke Alte durch die Beratungsstelle ‚Dialog-Lebenshilfe‘ (33)**“ in Berlin und Brandenburg kann auf die mehrjährige Erfahrung eines Beratungskonzeptes zurückblicken, das auf die Lotsenfunktion der psychosozialen Beratung setzt. Die Erstgespräche sind in diesem Ansatz insofern zentral, weil sie bei Problemlagen, die eine spezifische Fachkompetenz erforderlich erscheinen lassen, häufig auch das einzige Gespräch darstellen. Wenn als notwendig und sinnvoll erachtet, wird bereits mit den Erstberatungsgesprächen ein Versorgungspfad auf der Grundlage eines **Entscheidungsbaumes aufgezeigt**.

#### **Koordinations- und Leitstellen für professionelle Versorger**

Von den vorhandenen Beratungsstellen für Betroffene stellen 18 ihr Wissen explizit auch den Mitarbeitern von anderen Sozial- und Gesundheitsdiensten zur Verfügung. Fünf weitere Einrichtungen bieten diesen Dienst nur (bzw. überwiegend) professionellen Versorgern an. („**Vernetzung von entlastenden Angeboten für Angehörige von demenziell erkrankten Menschen – pronetz (55)**“ – Ostalbkreis, Baden-Württemberg, „**PRO DEM (45)**“ – Stuhr und Weyhe, Niedersachsen). Hier sind die Angaben aber vermutlich von unterschiedlichem Verständnis geprägt, denn Koordinations- und Leitstellen für professionelle Versorger, die den expliziten Auftrag haben, professionelle Dienste untereinander zu steuern, sind aus unserer Sicht sehr selten. Mit Sicherheit beinhaltet die „**Sektorenübergreifende Versorgung am Beispiel HomeCare Nürnberg und Praxisnetz Nürnberg Nord (52)**“ ein herausragendes Beispiel für eine leistungsanbieterorientierte Koordinationsstelle. Es gibt in diesem Modell gleich zwei davon, die zur Zeit zu einer gemeinsamen Leitstelle zusammengeführt werden sollen: die PNN-Netzleitstelle (PNN = Praxisnetz Nürnberg Nord) und HomeCare Nürnberg (HCN). Gleichzeitig werden hier Wege in Richtung telekommunikativer technologischer Vernetzung gebahnt. Betroffene und professionelle Versorger sollen in der Lage sein, über gesundheitsrelevante Daten jederzeit und allorts verfügen zu können (elektronische Patientenakte) und gleichzeitig schnell und adäquat bedarfsgerechte Versorgungsangebote finden zu können (Internet-Wegweiser).

#### **Wegweiser**

In einem Drittel der Vernetzungsansätze wurden Wegweiser erstellt, die Betroffenen und Versorgern Informationen über regionale Versorgungsstruktur liefern. Keine Angaben liegen darüber vor, ob dies in einzelnen Projekten vielleicht deshalb nicht thematisiert wurde, weil bereits Veröffentlichungen dazu vorlagen. Zum größten Teil liegen die Wegweiser in gedruckter Form als Broschüren vor. In fünf Projekten sind sie aber auch digital vorhanden (CD-ROM). Die Erstellung von Wegweisern ist arbeitsintensiv und eine echte Herausforderung an die Kooperation von Gesundheits- und Sozialdiensten, müssen sie sich doch die Frage stellen, wessen und welche Information in welcher Art und Weise (Quantität und Qualität) in einer Broschüre oder Datenbank erscheinen soll. Darüber hinaus ist eine solche Produktion mit Kosten verbunden. Sollen diese nun nur von denen getragen werden, die im Wegweiser erscheinen, – und dürfen nur die im Wegweiser erscheinen, die sich an den Kosten beteiligen? Wer übernimmt die weiteren Kosten für die Pflege des Wegweisers?

Wer soll überprüfen, ob die dortigen Angaben überhaupt stimmen? Außerdem muss ein Wegweiser regelmäßig aktualisiert werden, was wiederum zeitaufwendig ist. Es ist für uns auch nicht festzustellen, ob in den jeweiligen Städten bereits schon vor Projektbeginn Wegweiser vorlagen (Z.B. durch Kommunen erstellt), die ein erneutes Zusammenstellen der Angebote im Rahmen der Projekte dann überflüssig macht.

Die digitale Form des Wegweisers ist ideal für die Informationsverbreitung über das Internet. Das Internet ist mittlerweile unstrittig ein wichtiges Medium, das zunehmend mehr genutzt wird. Wegweiser, die ihrem Namen gerecht werden, sind bislang aber doch noch selten. Viele Projekte arbeiten noch intensiv an dieser Aufgabe (z.B. „[Netzwerk im Alter \(40\)](#)“ oder „[HomeCare Nürnberg und Praxisnetz Nord \(52\)](#)“). Einige Beispiele, die dem Anspruch eines lokalen Wegweisers für ältere Menschen mit Unterstützungsbedarfen weitgehend entsprechen, finden sich auf den folgenden Websites.

<http://www.herne.de/senioren/index.html> (vorbildlich in Gliederung und Klarheit, Gestaltung und Geschwindigkeit!)

<http://www.seniorenwegweiser-eimsbuettel.de/> (klar strukturierter und übersichtlicher Wegweiser als durchgängig verknüpfte PDF-Datei zum Download oder zum Öffnen im Browser)

<http://www.gesundbrunnen.org> (sehr informative und umfassende Website, ansprechend gestaltet, stellt in seiner Wegweiser-Funktion jedoch nicht die Gesamtheit der regionalen Angebote dar)

<http://www.kaa-ahlen.de/> (umfassender, schlicht und klar gegliederter Wegweiser „who is who der Altenhilfe“)

Das Internet ist (noch) nicht das Medium der älteren Bürgerinnen und Bürger, deshalb kann zur Zeit noch nicht auf Druckversionen verzichtet werden. Der größte Teil der Älteren kann im Prinzip nur dann einen Nutzen aus Internetdarstellungen ziehen, wenn Familienmitglieder oder andere Hilfspersonen ihnen das dort verfügbare Wissen vermitteln.

### **Case Management Elemente**

Alle einbezogenen Projekte haben einzelne Case Management Elemente, aber nicht unbedingt auch eine oder mehrere explizit dafür verantwortliche Personen, die als Case Manager bezeichnet werden.

#### **Case Manager**

Nach den Angaben der Projekte arbeiten Case Manager in 34 Projekten. Für die Untersuchung haben wir ähnlich wie beim Netzwerk Manager folgende Situationen unterschieden:

- ◇ Case Manager ist eine hauptamtliche Person
- ◇ Case Manager sind mehrere hauptamtliche Personen
- ◇ Case Manager ist eine nebenamtliche Person
- ◇ Case Manager sind mehrere nebenamtliche Personen

Zum Teil wurden speziell für das Case Management Personen eingestellt, zum Teil wurde die Aufgabe aber auch bereits involvierten Personen übertragen, was sich meist auch in der haupt- oder nebenamtlichen Tätigkeit widerspiegelt. Insgesamt geben 25 Projekte an, einen (8-mal) oder mehrere (17-mal) hauptamtliche Case Manager zu haben, 13 Projekte besetzen diese Aufgabe nebenamtlich (davon 12 mit mehreren Personen). Die Aufgabengebiete und vorhandenen Qualifikationen unterscheiden sich von Projekt zu Projekt. Ebenso ist die Anbindung an Einrichtungen unterschiedlich, eine Tatsache, die unter Umständen Auswirkungen auf Unabhängigkeit der Beratung und Unterstützung haben kann.

**Einrichtungsunabhängige Case Managerinnen** wurden im Rahmen des Projektes „**Gesundes und Aktives Altern Radevormwald (24)**“ eingestellt. Sie haben ihr Büro zwar in den Räumlichkeiten der Johanniter Einrichtungen, sind ansonsten aber unabhängig und weisen Erfahrungen in Beratung und Gemeindefarbeit vor. Ihnen fällt die Aufgabe des „supporters“ nach Moxley zu: Sie sollen die „Klienten“ im Sinne des Empowerment bei einer aufsuchenden Beratung dazu anhalten, motivieren und anleiten, sich selbst mehr um ihre eigenen gesundheitlichen Belange zu kümmern und mit ihnen zusammen ein „individuelles Leistungspaket“ zu schnüren (Wendt 1997). Auch nach dem „**Konzept des Case-Management-Centers in Steinfurt (6)**“ sollen Case Manager eingestellt werden, allerdings ist nicht beschrieben, welche Qualifikationen bzw. Qualifizierung sie haben sollen. Geplant ist, dass sie während fester Bürozeiten die Durchführung von Assessments, Erstellung von Versorgungsplänen mit kontinuierlicher Überprüfung von Zielvereinbarungen, Qualität und Effizienz anbieten, nach Absprache sollen auch außerhalb der Bürozeiten Beratungen durchgeführt bzw. bei Bedarf auch Hausbesuche gemacht werden.

**Sozialstationen** als Ort des Case Managements („**Mobile Geriatrische Rehabilitation – Das Augsburger Modellprojekt (36)**“): In den Stationen wurden zwei zusätzliche Therapeutinnen eingestellt, die einerseits die Aufgabe der Case Managerinnen, aber andererseits auch die Koordinationstätigkeit im Projekt übernehmen. Ursprünglich war geplant, dass Hausärzte für diese Aufgabe in dem Projekt zuständig sein sollten. Diese hätten die Koordinationstätigkeit jedoch zusätzlich zu ihrer ärztlichen Tätigkeit und unbezahlt durchführen sollen und waren deshalb nicht zur Mitarbeit zu gewinnen.

Beim „**Initiativkreis ambulante geriatrische Rehabilitation und soziale Dienste – IKARUS (28)**“ in München übernehmen zumeist **Hausärzte** das Case Management, allerdings kann auch ein anderes Teammitglied diese Rolle übernehmen, falls das im Einzelfall sinnvoller ist. Die Aufgabe bezieht sich hier auf die Versorgungsplanung mit regelmäßiger Zielüberprüfung.

Bei dem „**Projekt Ambulantes Geriatrisches Team (44)**“ in Hamburg waren die Patientebegleiterinnen für das Case Management hauptverantwortlich zuständig: Sie waren in die Hausarztpraxis eingebunden, ohne aber dort angestellt zu sein und arbeiteten mit dem Hausarzt und der Koordinatorin – der Care Managerin – im Team zusammen. Wesentlich bei diesem Ansatz ist der Anspruch der gleichberechtigten interprofessionellen Zusammenarbeit, der im Laufe des Projektes zunehmend besser realisiert werden konnte. Ewers und Schaeffer (2003) weisen auf internationale Erfahrungen hin, die zeigen, dass „eine gleichberechtigte Zusammenarbeit der unterschiedlichen Gesundheits- und

berechtigte Zusammenarbeit der unterschiedlichen Gesundheits- und Sozialdisziplinen und der Aufbau multidisziplinär zusammengesetzter Teams ... notwendige Voraussetzung für eine gelungene Koordination und Abstimmung des Leistungsgeschehens und die Gewährleistung einer ergebnisorientierten Versorgung“ sind (S. 204).

In Berlin hat das Vivantes-Klinikum Prenzlauer Berg begonnen, zusammen mit dem Gesundheitsamt Schlaganfallpatienten noch während ihres stationären Aufenthaltes zu beraten. Die **Mitarbeiterin des Gesundheitsamtes** übernimmt das weitere Case Management nach der Krankenhausentlassung, erkundigt sich ihrerseits in regelmäßigen Abständen bei den Patienten nach dem Genesungsverlauf und plant mit ihnen zusammen weitere Interventionen. Gegebenenfalls führt sie Hausbesuche durch („**Patienten nach einem Schlaganfall (42)**“ – Berlin).

### Krankheitsspezifisches Management

Ansätze des krankheitsspezifischen Managements waren nicht primär im Blickfeld unserer Analyse, da bei der Zielgruppe der Synopse die Multimorbidität im Vordergrund steht. Vor dem Hintergrund der derzeitigen Entwicklungen im Gesundheitswesen mit Einführung von Diagnosis Related Groups (DRGs) als Abrechnungsmodus und DMPs als ein von den Krankenkassen bevorzugtes Verfahren des Patienten-Managements kann man sie jedoch nicht außer Acht lassen. So haben wir die Projekte auch darauf hin untersucht, ob ein krankheitsspezifisches Management vorgesehen ist, wobei dieses nicht den Kriterien von DMPs entsprechen musste.

Vor allem bei den Projekten mit Zielgruppenorientierung findet man vereinbarte Leitlinien oder Behandlungskorridore: Im Rahmen des „**Düsseldorfer Schlaganfallprojektes und seiner Nachfolgeprojekte (11)**“ wurde zum Beispiel von allen Chefarzten der Düsseldorfer Kliniken gemeinsam eine Diagnostik- und Therapierichtlinie verabschiedet, welche als Grundlage der Behandlung aller Schlaganfallpatienten dient. In dieser Richtlinie sind die Akutdiagnostik, die Pharmakotherapie, die Akutrehabilitation und die Kriterien für die Zuweisung von Schlaganfallpatienten in Spezialabteilungen festgelegt.

In dem Projekt „**Westwind – Modell einer multiprofessionellen, integrierten, indikations-spezifischen Patientenversorgung am Beispiel des Schlaganfalls im Kreis Dithmarschen (57)**“ wird die Aufnahme in ein Disease Management Programm direkt angestrebt, um die Schlaganfallpatienten besser versorgen zu können.

### Screening und Assessment-Instrumente

Im Case Management-Zyklus (siehe Abb. 6) sind Screening und Assessment die Ausgangspunkte für das weitere Vorgehen in der Betreuung / Begleitung / Beratung / Behandlung. Da das Assessment in der geriatrischen Klinik eine Selbstverständlichkeit geworden ist, sollen hier Beispiele aus dem ambulanten Versorgungsbereich hervorgehoben werden. Der regelmäßige Einsatz eines systematischen Auswahl- und Bedarfseinschätzungsverfahrens wurde bei insgesamt 41 Projekten angegeben, dabei 24-mal auch in der Häuslichkeit und 18-mal in ambulanten Einrichtungen, 21-mal in der Klinik. Unter anderem wurde ein Screening systematisch bei älteren PatientInnen (70+) in Hausarztpraxen in dem Projekt „**Ganz-**

heitliche Betreuung und medizinische Therapie geriatrischer Patienten (13)“ in Hamburg eingesetzt. Je nach Ergebnis des Screenings entschied der Hausarzt, ob ein weiterführendes geriatrisches Assessment in der Klinik durchgeführt werden sollte. Für Screening und Assessment wurden validierte Instrumente benutzt. Hausarztpraxen bieten sich insofern für ein Screening an, als 90 % aller über 65-jährigen ihren Hausarzt regelmäßig konsultieren (BMFSFJ 2002). Ein Assessment in der Arztpraxis oder der Klinik kann jedoch die Lebenswelt der Senioren nicht ausreichend integrieren, hierfür ist das Assessment in der Häuslichkeit wünschenswert. Bei dem beschriebenen Projekt wurde dieser Forderung dadurch Rechnung getragen, dass die Sozialpädagogin der klinikinternen Beratungsstelle bei jeder/m Studienteilnehmer/in einen Hausbesuch durchführte, um die soziale Situation und die Sicherheit bei der Durchführung von alltäglichen Aktivitäten beurteilen zu können.

Weitere Projekt-Beispiele, die Screening- und Assessment-Verfahren anwenden sind das „Alten- und Pflegeheim am See gGmbH (4)“ in Salzgitter (eines der Projekte, die im Rahmen der Altenhilfestrukturen der Zukunft gefördert werden), das „Projekt Ambulantes Gerontologisches Team (44)“ in Hamburg und der „Ambulante geriatrische Rehakomplex (5)“ in Schönebeck, Sachsen-Anhalt. Hier führen Hausärzte ein Screening durch, das dazu dient, geriatrische Patienten zu identifizieren und einer ambulanten geriatrischen Weiterbehandlung durch ein multiprofessionelles Team zuzuführen. Screening- und Assessment-Verfahren sind Bestandteil aller geriatrischen Reha-Projekte wie in der „Mobilen Geriatrischen Rehabilitation“ in Augsburg (36), in Ahlen-Hamm-Telgte (37) oder in Woltersdorf (38).

### Personenzentrierte Fallbesprechungen

Bei 33 Projekten werden personenzentrierte Fallbesprechungen angegeben, die die Situation einer bestimmten Person und ihres Umfeldes beleuchten (17-mal einrichtungsintern, aber noch häufiger einrichtungsübergreifend! (23-mal). Mit der Vereinsatzung unterschreiben z.B. alle Mitglieder von „IKARUS (28)“ in München, dass sie sich zur Teilnahme an solchen Fallbesprechungen verpflichten. Bei jedem betreuten Patient findet in diesem Projekt mindestens ein Termin mit Entwicklung des Hilfeplans zu Beginn der Intervention statt. Zu dem Termin sind Hausarzt (= Case Manager) und alle Therapeuten anwesend, Zielabsprachen werden getroffen und überprüft. Falls die Behandlung nicht planmäßig und erfolgreich verläuft, werden weitere Sitzungen einberufen.

Eine „Gemeinsame, verbesserte Entlassung von Patienten in die häusliche Pflege (14)“ wird in Berlin ebenfalls durch Fallbesprechungen erreicht. Hier werden die Fallbesprechungen durch eine Service-Schwester initiiert, die damit die stationäre mit der ambulanten Versorgung verknüpft. Personenzentrierte Fallbesprechungen sind vor allem in denjenigen Projekten, die sich mit gerontopsychiatrisch erkrankten Menschen befassen ein Kernelement, z.B. in der „Gerontopsychiatrischen Fachberatung (20)“ des Kreises Coesfeld in Nordrhein-Westfalen sowie der „Gerontopsychiatrischen Übergangspflege Tempelhof (21)“, des „Gerontopsychiatrischen Verbunds Schwaben (22)“ und bei „HALMA e.V. (26)“ in Würzburg.

## Personenzentrierte Informations- und Dokumentationssysteme

Informations- und / oder Dokumentationssysteme, die spezifische personenbezogene Angaben enthalten, werden von 37 Projekten genutzt. Da sie inhaltlich und somit auch von ihrer Funktion her verschieden sind, haben wir sie unterteilt in

- ◇ Pflege-Überleitungsbogen
- ◇ multidisziplinärer Überleitungsbogen
- ◇ Patientenpass / -begleitbuch
- ◇ Pflege- / Therapie- / Hilfeplan
- ◇ elektronische Patientenakte

Ein Überleitungsbogen erfüllt seinen Zweck beim Wechsel des Versorgungssektors, während in einem Patientenpass / -begleitbuch die Versorgung des Patienten kontinuierlich dokumentiert werden soll. Der Hilfeplan – Teil eines gründlichen Assessments – unterscheidet sich wiederum dadurch, dass er Zielabsprachen enthält, die überprüft werden können / sollten. Die elektronische Patientenakte kann verschiedene Inhalte haben, ist aber in jedem Fall zukunftsweisend – sofern die datenschutzrechtlichen Probleme gelöst sind –, da sie ein einfaches und schnelles Zugreifen vieler Akteure auf aktuelle personenbezogene Informationen ermöglicht.

Der Patientenpass ist Kernstück des Projektes „**Qualitätssicherung in der Langzeitbetreuung geriatrischer Patienten – Der Patientenpass – ein Instrument der Vernetzung der Dienste und Einrichtungen (47)**“ in der Kommune Ostfildern. Es handelt sich um ein multidimensionales und multiprofessionelles Dokumentationssystem in Form eines DIN A 4 Ringordners, der als Eigentum der Patienten Angaben zu ihrer jeweiligen Patienten-, Behandlungs-, Wohn- und Pflegesituation enthält. Alle Dienste und Einrichtungen der Gesundheitsversorgung in Ostfildern haben für die Einführung und Nutzung des Patientenpasses votiert. Über 120 Fachkräfte wurden im Umgang mit dem Patientenpass geschult. Der Patientenpass wird den Betroffenen angeboten, wenn der / die jeweilige Arzt, Pflegekraft, Therapeut oder Sozialdienstmitarbeiter dies für geboten erachtet. Ein solcher Patientenpass ermöglicht die Einbeziehung der Betroffenen und ihrer Angehörigen in Entscheidungen durch bessere Informations- und Steuerungsmöglichkeiten im Sinne des Empowerment. Diese Erfahrung wurde auch durch die Evaluation der „Gesundheitsmappe“ des Hamburger Krankenhauses Bethanien bestätigt (Döhner & Kofahl 2000). Die Gesundheitsmappe ist ein Instrument der beiden Hamburger Konzepte „**Alte und chronisch kranke Menschen – Regionales geriatrisches Konzept der Freien und Hansestadt Hamburg – Zentrum für Ältere und Überleitungskonzept ‚Gesundheitsmappe‘ (3)**“ und „**Care und Case Management für chronisch kranke alte Menschen. Das Hamburger Modell zur vernetzten Versorgung (9)**“. In modifizierter Weise wurde es auch von „**Westwind (57)**“ in Heide übernommen.

## Begleit- und Besuchsdienste

Professionelle Begleitung z.B. bei Arztbesuchen haben die Patienten der „**Gerontopsychiatrischen Übergangspflege Tempelhof (21)**“ in Berlin. Ebenso werden auch speziell ältere

Migranten und ihre Angehörigen in Berlin durch Mitarbeiterinnen des „**Verbundprojektes AWO – Caritas für die Betreuung und Pflege älterer chronisch erkrankter Patienten (53)**“ z.B. bei Gesprächen mit Pflegediensten begleitet. Sehr viel häufiger sind Begleit- und Besuchsdienste durch ehrenamtlich Tätige: Zum Beispiel erhalten Hilfesuchende beim Verein „**Alt und Jung e.V.: Fördernde Hilfe nach Wunsch und Bedarf (2)**“ in Bielefeld stundenweise Unterstützung im Haushalt, beim Kochen, Einkaufen, handwerklichen Tätigkeiten und Botengängen. Freiwillige lesen ihnen vor, begleiten bei Spaziergängen und schreiben auf Wunsch Lebensgeschichten auf.

### Angehörigenunterstützung

Die systematische Unterstützung pflegender Angehöriger ist in fast allen Projekten gegeben: am häufigsten durch Information und Beratung, aber sehr oft auch durch Schulungen zu relevanten Themen für die häusliche Pflege und durch „andere entlastende Maßnahmen“ (Angebot von geleiteten Gesprächsgruppen für pflegende Angehörige mit gleichzeitiger Betreuung der Gepflegten oder Freizeitangebote für Gepflegte und / oder Pflegenden). „**HALMA e.V. – Hilfe für altersverwirrte Menschen im Alltag (26)**“ zum Beispiel bietet die Vermittlung von Helferinnen aus dem Helferkreis in Würzburg zur stundenweisen Entlastung für die pflegenden Angehörigen sowie Besichtigungen von Einrichtungen der Altenhilfe bzw. spezifischen Versorgungsangeboten an.

Ein expliziter Vernetzungsansatz in der Angehörigenarbeit ist „**GeNA – Gerontopsychiatrisches Netzwerk Angehörigenarbeit MV; Gerontopsychiatrische Patienten im familialen Bezugssystem (15)**“. Hier soll nach einer Bestandsaufnahme der bestehenden Angebote eine Vernetzung aller vorhandenen Strukturen zur Unterstützung der Angehörigen vorangetrieben und gefördert werden. Durch Vorbereitungs- und Gruppengespräche sollen hier insbesondere die speziellen Bedarfe der einzelnen Angehörigen, die häufig demenziell Erkrankte pflegen, herauskristallisiert werden. Gespräche, Beratung, Vermittlung von Informationen und weitere Hilfen werden zur Unterstützung der Angehörigen eingesetzt. Mit ähnlicher Zielsetzung integriert das Projekt „**Vernetzung von entlastenden Angeboten für Angehörige von demenziell erkrankten Menschen – pronetz (55)**“ sogar ein Alzheimer-Trainings-Zentrum für Angehörige und ehrenamtliche Betreuende. Die Erfahrungen zeigen jedoch, dass ein solches Angebot eher von professionell und semi-professionell Betreuenden genutzt wird, und der Zugang zu Angehörigen und Ehrenamtlichen noch niederschwelliger sein muss.

### Bürgerschaftliches Engagement

Bürgerschaftliches Engagement bzw. die Arbeit von Ehrenamtlichen / Freiwilligen gewinnt (nicht nur wegen der derzeitigen finanziellen Entwicklung im Gesundheitswesen) an Bedeutung in der Versorgung älterer Menschen. Dies spiegelt sich auch bei den ausgesuchten Projekten wider: Fast die Hälfte bezieht die Freiwilligenarbeit in unterschiedlichem Ausmaß in ihre Planung ein.

Bei „**GeReNet.Wi – Das Wiesbadener Netzwerk für geriatrische Rehabilitation (16)**“ führt die Akademie für Ältere der Volkshochschule zusammen mit der Abteilung Altenarbeit des

Wiesbadener Amtes für Soziale Arbeit Schulungen (nach dem Dülmener Modell) für „Freiwillige SeniorenbegleiterInnen“ durch und setzt diese unter anderem zur Entlastung von pflegenden Angehörigen ein. An zwei Samstagen und acht Abenden werden verschiedene relevante Themen durch eine Diplompsychologin und Referenten aus der klinischen Geriatrie vermittelt. Weiterhin finden kurze Praktika in der Geriatrie, den Beratungsstellen für selbständiges Altern und in Einrichtungen der offenen Altenarbeit statt. Ein Auswertungstag mit Vergabe der Zertifikate schließt den Kurs ab. Während ihrer anschließenden Tätigkeit werden die Ehrenamtlichen weiterhin durch Nachtreffen und fachliche Unterstützung begleitet.

## Wissenschaftliche Begleitforschung

Von den untersuchten Projekten wurden bzw. werden 36 wissenschaftlich begleitet. Die Wirkung von Gesundheits- und Sozialwissenschaftlern im Feld ist nicht zu unterschätzen, insbesondere dann, wenn im Rahmen des Praxis-Forschungs-Austauschs wissenschaftliche Einrichtungen Mittel für Modellprogramme / -projekte akquirieren, die dann in Praxisfeldern erprobt werden sollen. Die Projekte werden auf diese Weise fast immer direkt oder indirekt anschubfinanziert und darüber hinaus werden die Prozesse in manchen wissenschaftlich begleiteten Modellen von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Begleitforschung direkt und / oder indirekt moderiert.

Weiterhin lässt sich sagen, dass das Wissen um die jeweiligen Projekte umso verbreiteter ist, je mehr die Vernetzungsaktivitäten als Gegenstand wissenschaftlicher Reflexion in einen umfassenderen gesellschaftlichen Wahrnehmungshorizont rücken. Gesundheits- und Sozialwissenschaftler produzieren durch Publikationen, Vorträge, Workshops, Medienanfragen ein Maß an Öffentlichkeitsarbeit, das in dieser Größenordnung von den in der Praxis Tätigen in der Regel nicht geleistet werden kann.

Zuweilen werden den Praktikern zumindest vorübergehend durch das Forschungsteam Aufgaben abgenommen, die sie sonst aus ihren eigenen Kontingenten bestreiten müssten. So ist – um ein Beispiel zu geben – die Frage, wer in einem Arbeitskreis das Protokoll schreibt und den Versand übernimmt, keineswegs banal. Wenn dies – wie es häufig der Fall ist – von der Forschung übernommen wird, ist es wichtig, diese Aufgabe im weiteren Prozess an die Praktiker abzugeben, um einem Kontinuitätsbruch nach Ende der wissenschaftlichen Begleitung vorzubeugen.

Unter dem Gesichtspunkt der Verstetigung stellt sich die Frage, unter welchen Bedingungen solche Projekte auch ohne zusätzliche Finanzierung aufrecht erhalten werden können. Viele drittmittelfinanzierte Modellvorhaben müssen nach Abschluss der Modellphase die ernüchternde Erfahrung machen, dass insbesondere die zentralen Projekt-Elemente nicht in eine Regelversorgung Eingang finden. Meistens handelt es sich dabei um die Finanzierung der Personen, die in der für das Modell befristeten Zeit projektspezifische Aufgaben erfüllt haben, für die sich nach Ablauf der Modellphase dann aber niemand mehr zuständig fühlt. Da es sich vorwiegend um bereichsübergreifende Aufgaben handelt, bleibt die Finanzierung ungeklärt. Beispiele hierfür sind „**PRO DEM (45)**“ in der Region Stuhr und Weyhe in

Niedersachsen, „PAGT (44)“ in Hamburg und die „Koordinierte Entlassung von pflege- und hilfebedürftigen Patienten (34)“ in München. Die Aktivitäten, die an vorhandenen Strukturen und Personen andocken, haben weitaus größere Chancen sich zu verstetigen. Um diesem Transfer in die Regelversorgung bessere Chancen zu geben, ist es zwingend erforderlich, projektübergreifende Evaluationen vorzunehmen, die sowohl die Gemeinsamkeiten als auch die Unterschiede aufzeigen.

## Barrieren in der Vernetzung

Obwohl es erfreulich viele funktionierende vernetzte Ansätze zur Versorgung älterer Menschen gibt, sind die Barrieren nicht unerheblich. Im Folgenden werden wir die hinderlichen Faktoren, die uns bei der Untersuchung der Projekte besonders aufgefallen sind, darstellen. Im Diskussionsteil werden wir dann auf Lösungsansätze zur Überwindung der Probleme eingehen.

Hinderliche Faktoren sind aus mehreren Gründen in den Projektberichten zumeist nur marginal beschrieben:

- ◇ Die Barrieren sind bisher innerhalb des Projektes nicht klar erkannt, benannt und analysiert worden.
- ◇ Sie werden nicht öffentlich genannt, da sie mehr oder weniger als Vorwürfe an eine Berufsgruppe oder einzelne Akteure verstanden werden (können).
- ◇ Die Berichte dienen unter anderem der Rechtfertigung vor den Geldgebern, denen man projektinterne Probleme ungern so direkt mitteilt.
- ◇ Die Berichte dienen unter anderem der Selbstdarstellung bzw. „Werbung“ in der Öffentlichkeit, vor der man durch solche Themen nicht unnötig schlechtes Licht auf das Projekt werfen will, um eine Fortführung nicht zu gefährden.

Da es nicht sehr verbreitet ist, Störungen innerhalb des Projektes / der Vernetzung zu benennen und zu veröffentlichen, sind wir denjenigen Projekten umso dankbarer, die uns Hinweise auf Probleme und deren mögliche Ursachen gegeben haben, so dass wir dieses wichtige Thema hier auch anhand von Beispielen zumindest anschnitten, wenn auch nicht umfassend und erschöpfend behandeln können.

Im Folgenden werden wir die Schwierigkeiten darstellen, die bei den Projekten auftraten, aber auch Beispiele geben, wie ihnen in einzelnen Projekten begegnet wurde. Wir unterscheiden zwischen drei Ebenen:

- ◇ Barrieren auf der Interaktionsebene
- ◇ Barrieren auf der institutionellen Ebene
- ◇ Barrieren auf der Ebene der gesetzlichen Rahmenbedingungen

## Barrieren auf der Interaktionsebene

Zuständigkeitsbereiche sind häufig nicht klar abgesteckt und die Kompetenz und Arbeit anderer Berufsgruppen oder auch der gleichen Berufsgruppe aus anderen Versorgungssektoren wird nicht ausreichend respektiert. Beispielsweise beklagen sich die Pflegekräfte eines Krankenhauses, dass die ambulante Pflege qualitativ schlechter sei und dass Einweisungen aus Pflegeheimen häufig aufgrund von Dekubitalgeschwüren als Zeichen der mangelhaften pflegerischen Versorgung geschehen. Auch zwischen unterschiedlichen Berufsgruppen ist das Verhältnis belastet: Spannungsfelder zwischen Pflege und Sozialdienst entstehen aufgrund nicht eindeutig abgegrenzter Tätigkeitsfelder zum Beispiel im Rahmen einer koordinierten Entlassung. Außerdem treten hierarchisch motivierte Widerstände zwischen Krankenhausmitarbeitern und Projektteam auf, wenn das Projektteam versucht, Einfluss auf die Aufgabengebiete der anderen Berufsgruppen zu nehmen. Weiterhin ist die Akzeptanz eines interdisziplinären Anamnesebogens, der gemeinsam von Sozialdienst, Pflegekräften und Therapeuten genutzt wird, seitens des ärztlichen Dienstes gering. Weitere Beispiele aus den Projekten sind:

- ◇ Fehlendes Problembewusstsein bei Krankenhausärzten, Sozialdienst und Pflege für die Bedeutung einer „Koordinierten Entlassung von pflege- und hilfebedürftigen Patienten (43)“ – München
- ◇ Sinn und Nutzen der Vernetzung und der damit verbundene Aufwand ist für manchen Mitarbeiter nicht einsehbar und daher begrenzte Motivation zur Mitarbeit beim „Aufbau gerontopsychiatrischer Verbundstrukturen im Landkreis Oberspreewald-Lausitz und in Cottbus (7)“
- ◇ Probleme bei Einigung auf Prioritäten und fachliche Standards bei der „Qualitätssicherung in der Langzeitbetreuung geriatrischer Patienten – Der Patientenpass – ein Instrument der Vernetzung der Dienste und Einrichtungen (47)“ – Ostfildern, Baden-Württemberg)
- ◇ Netzpartner werden zu sehr als Konkurrenten angesehen („Sektorale Entwicklungspartnerschaft in der Altenhilfe (SEPIA) (50)“ in Norddeutschland).
- ◇ Furcht vor Transparenz aufgrund der sich damit eröffnenden Kontrollmöglichkeiten („Koordinierte Entlassung von pflege- und hilfebedürftigen Patienten (34)“ – München).
- ◇ Reibungsverluste in der praktischen Arbeit durch Abstimmungsprobleme bei „Bewegtes Leben – Hofgeismarer Kompetenzmodell (8)“ in Hessen

Die Beispiele ließen sich fortführen – es scheint, dass häufig eine Vertrauensbasis für die Kooperation mit anderen Berufsgruppen oder Versorgungssektoren fehlt. Die interprofessionelle Zusammenarbeit und das Wissen über die Arbeit der jeweils anderen müsste bereits in den Ausbildungsgängen integraler Bestandteil sein und nicht erst unter verschärften Praxisbedingungen erstmalig erfahren werden. Barrieren basieren zum Teil auf den institutionellen Rahmenbedingungen, die eine Kooperation häufig erschweren: Zum Bei-

spiel organisationsspezifische Leitbilder und Arbeitsweisen, die sich auch nicht ohne weiteres auf andere Organisationen ausweiten / übertragen lassen.

Aber auch mit bestimmten Erkrankungen verbundene gesellschaftliche Stigmatisierungen führen zu Barrieren in der Versorgung und der Kooperation. So mangelt es teilweise an der Bereitschaft der Betroffenen und Angehörigen, sich belastenden Diagnosen zu stellen: Diagnostik, Diagnose und Beratung werden abgelehnt. Selbst einige im Projekt teilnehmende Ärzte haben Schwierigkeiten, sich auf die besonderen Anforderungen von Diagnosen wie beispielsweise „Demenz“ einzulassen. In beiden Fällen sind diese Einstellungen mit Defiziten in der Versorgungsqualität verbunden.

### Barrieren auf der institutionellen Ebene

Auch diese Probleme sollen anhand von Beispielen verdeutlicht werden.

- ◇ Nutzung einer neu eingerichteten Beratung und Schulung zum Thema „Demenz“ zunächst fast ausschließlich von professionellen Mitarbeitern, obwohl auch Angehörige von Demenzkranken und Ehrenamtliche angesprochen werden sollten. Offensichtlich bestand doch noch eine Hürde für den Zugang zu dem niederschwellig gedachten Angebot („**Vernetzung von entlastenden Angeboten für Angehörige von demenziell erkrankten Menschen – pronetz (55)**“ – Ostalbkreis, Baden-Württemberg).
- ◇ Ein Projekt, in dessen Zentrum die Überleitung steht („**Qualitätssicherung in der Langzeitbetreuung geriatrischer Patienten – Der Patientenpass – ein Instrument der Vernetzung der Dienste und Einrichtungen (47)**“ – Ostfildern), gibt zu bedenken, dass die Aufrechterhaltung des Konzepts „Patientenpass“ voraussetzt, dass insbesondere neu hinzukommende Fachkräfte in die Methodik des geriatrischen Assessments sowie in die Konstruktion des Patientenpass eingeführt und alle Nutzer regelmäßig geschult werden müssen. Geschieht dies nicht, besteht die Gefahr, dass die Nutzung des Patientenpasses „versandet“. Das Konzept dieses Überleitungs- und Dokumentationsinstruments scheint gut übertragbar zu sein, nicht jedoch die Implementation und Umsetzung. Ein Dokumentationssystem, das regional spezifisch verschiedene Berufsgruppen und Sektoren umklammern soll, muss offensichtlich – um erfolgreich bestehen zu können – einem Bottom-up-Ansatz folgen, d.h. dass es idealerweise von den Benutzern selbst entwickelt wird, obgleich das aus ökonomischen Gründen natürlich nicht sinnvoll ist.
- ◇ Auch die „Reibungsverluste in der praktischen Arbeit durch Abstimmungsprobleme“ („**Bewegtes Leben – Hofgeismarer Kompetenzmodell (8)**“ – Hessen) haben ihre Ursache häufig auf der institutionellen Ebene, nämlich durch die starke Konkurrenz, die zwischen regionalen Anbietern herrscht, was sowohl auf individueller als auch auf institutioneller Ebene eine Rolle spielt („**Sektorale Entwicklungspartnerschaft in der Altenhilfe (SEPIA) (50)**“ – Norddeutschland).

- ◇ Bei einigen Institutionen und Kommunen wird eine „gewisse Reformresistenz“ als Barriere zur Weiterentwicklung des Vernetzungsprozesses gesehen („Sektorenübergreifende Versorgung am Beispiel HomeCare Nürnberg und Praxisnetz Nürnberg Nord (52)“).

### Barrieren auf der Ebene der gesetzlichen Rahmenbedingungen

Fehlendes Geld ist nach Aussagen verschiedener Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sozialer und gesundheitlicher Einrichtungen der häufigste Grund, von Kooperations- und Vernetzungsanstrengungen Abstand zu nehmen. Ein gebräuchlicher Terminus ist hier das Wort „Anreiz“. Das Fehlen eines Anreizsystems finanzieller Art für die anfallende Mehrarbeit, die eine Vernetzung mit sich bringt, wirft Probleme auf (Salzmann-Zöbeley & Vornefeld 2002): Ärzte können nur schwer zur Mitarbeit motiviert werden. Im Folgenden werden einige Beispiele aus den Projektbeschreibungen genannt:

- ◇ Mangelnde finanzielle Unterstützung von Landreis und Krankenkassen („Westwind – Modell einer multiprofessionellen, integrierten, indikationsspezifischen Patientenversorgung am Beispiel des Schlaganfalls im Kreis Dithmarschen (57)“ – Schleswig-Holstein, „Alten- und Pflegeheim am See gGmbH, Salzgitter (4)“ – Niedersachsen).
- ◇ Zeitmangel, Arbeitsüberlastung, geringes Interesse am Thema „Demenz“ sowie Frustration wegen erfolglosen Engagements in früheren Projekten als Begründung für die geringe Aktivität der ärztlichen Seite („Gerontopsychiatrische Fachberatung – Kooperatives Serviceangebot (20)“ – Kreis Coesfeld, Nordrhein-Westfalen, „Projekt zur Optimierung der regionalen Versorgung alter Menschen mit Hirnleistungsstörungen PRO DEM (45)“ – Stuhr und Weyhe, Niedersachsen).
- ◇ Vertragsärzte wurden bei einem Projekt von vornherein nicht kontaktiert, weil keine positive Rückmeldung erwartet wurde („Optimierung der Schlaganfallbehandlung: Von der Kooperation zwischen einem Haus der Regelversorgung und einem Kompetenzzentrum zur umfassenden integrativen Versorgung (41)“ in Nordhessen).
- ◇ Expliziter Hinweis in einem Abschlussbericht, dass ein dauerhafter Bestand der Kooperationsbemühungen nur durch entsprechende gesetzliche Regelungen und (finanzielle) Anreize zur Unterstützung und Honorierung gesichert werden kann („Qualitätssicherung in der Langzeitbetreuung geriatrischer Patienten – Der Patientenpass – ein Instrument der Vernetzung der Dienste und Einrichtungen (47)“).
- ◇ Krankenhausmitarbeiter kämpfen in erster Linie mit Finanzierungsmodalitäten („Bewegtes Leben – Hofgeismarer Kompetenzmodell (8)“), die finanzielle Weiterförderung von Koordinatorinnen ist bislang nicht möglich („Projekt zur Optimierung der regionalen Versorgung alter Menschen mit Hirnleistungsstörungen PRO DEM (45)“). Diese Ebene hat wiederum auch Auswirkungen auf die beiden

anderen Ebenen, da sie die institutionelle und individuelle Bereitschaft zur Mehrarbeit innerhalb einer Vernetzung beeinflusst.

## Diskussion

Vernetzungsansätze im Sozial- und Gesundheitswesen zur Versorgung älterer Menschen gibt es sehr viele. Die in die Synopse einbezogenen Projekte stellen nur eine Auswahl dar. Wir gehen jedoch davon aus, dass das Spektrum der Ansätze repräsentiert ist. Dass eine Vielzahl von seit langem „vernetzten Strukturen“ verborgen bleiben, wurde bereits erwähnt. Wahrscheinlich wird fast jede Leserin und jeder Leser in dieser Synopse mindestens ein Projekt vermissen, das ihr oder ihm einmal als besonders gutes Beispiel aufgefallen ist. Dennoch hoffen wir mit dem angewandten Auswahlverfahren diejenigen Vernetzungsansätze gezeigt zu haben, die in besonderer Art und Weise Soziales mit Gesundheitlichem verknüpfen, und sich u.a. durch eine umfassende Einbeziehung von Elementen sowohl des Care als auch des Case Managements auszeichnen. Die Liste der systematisch verdichteten Inhaltsbeschreibungen der verschiedenen Projekte (s. Anhang) bietet die Möglichkeit der Erweiterung in ebenfalls systematischer Weise.

## Initiierung

Der geschichtliche Hintergrund, die Entwicklung und der Planungsgrad der dargestellten Ansätze sind außerordentlich unterschiedlich. Vernetzungsansätze keimen oft aus relativ kleinen Gruppen von engagierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, denen – aus welchen Gründen auch immer – bei ihrer Arbeit der „Schuh drückt“. Das heißt, dass die ersten Ansatzpunkte sowohl im Bereich des Care als auch im Bereich des Case Managements liegen können und hier wiederum bei unterschiedlichen Elementen ihren Ausgangspunkt haben und so über eine bessere Versorgungsqualität das Ziel der verbesserten Lebensqualität für die älteren Menschen und ihre Angehörigen anstreben.

Aus solchen Keimen können durchaus solide Projekte entstehen, die immer neue Elemente einbeziehen und sich schließlich auch verstetigen. Das Thema „Überleitung“ ist z.B. eine Herausforderung, die häufig von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern an der Basis gesehen und angegangen wird. Verschärft wird das Schnittstellenproblem mit der Einführung der DRGs, durch die ein zusätzlicher Handlungsdruck entsteht und vermehrt Lösungsmodelle für ein gut funktionierendes Entlassungs-Management gesucht und erprobt werden (Schmidtke & Kosan 2002). Die Mitarbeiter erleben im konkreten Arbeitsalltag die Defizite im Informationsfluss zwischen den Sektoren und Berufsgruppen. In diesem Sinne entsteht der Vernetzungsprozess aus dem Anliegen, das Problem „Überleitung“ zu lösen. In diesem Sinne ist die Vernetzung selbst auch nicht das primäre Ziel, sondern eher ein „Nebenprodukt“. Die Überleitung ist ein gutes Beispiel für die Interdependenz von Case und Care Management: Ein im Rahmen von Care Management entwickeltes Instrument – ein Strukturelement – kommt dann im Case Management zur Unterstützung der Versorgungskontinuität im Einzelfall zum Einsatz.

Insgesamt jedoch werden Vernetzungsaktivitäten auch politisch zunehmend stärker als Lösungsansätze für die Schnittstellenprobleme gefordert und scheinen expliziter und gezielter angegangen zu werden. Vernetzungsbemühungen brauchen sich heute im Prinzip nicht mehr zu begründen. Vernetzung wird praktisch überall als Erfordernis gesehen und

ist als eigenständiger und forschungs- wie entwicklungswürdiger Gegenstand auch auf übergeordneter Ebene längst anerkannt worden. Die „**Sektorale Entwicklungspartnerschaft in der Altenhilfe (SEPIA) (50)**“ in den fünf nördlichen Bundesländern sowie das „**Qualifizierungskonzept für die vernetzte Gesundheitsversorgung im Land Bremen (46)**“ sind als zwei Beispiele in der Synopse enthalten, die aufzeigen, dass es bei genauerer Betrachtung der Materie mit einer schlichten hausgemachten Vernetzung häufig nicht getan ist. Die Anforderungen an Vernetzung sind sehr hoch, Konzeption und Umsetzung erfordern eine hohe Professionalität, spezifische Fortbildungsbedarfe werden deutlich. Case und Care Management sind zunehmend Lehrinhalte von Curricula im Bereich der Sozial- und Gesundheitsberufe. Eine mehr oder weniger gelungene Umsetzung liegt daher nicht nur in den Händen der einzelnen beteiligten Akteure, sondern vor allem auch in der Gestaltung der gesundheits- und sozialpolitischen sowie kulturellen Rahmenbedingungen.

Die zunächst zentralen Fragen bei einer analytischen Untersuchung des Themas „Vernetzung“, wie es in der Einleitung definiert wurde, sind: Wer macht was wann wie wo (Madauss 1994) mit wem wozu unter welchen Rahmenbedingungen? Sowohl auf der theoretischen wie auf der praktischen Ebene ist die Klärung dieser Fragen ein wichtiger Schritt zum Aufbau einer nachhaltigen Kooperation im Sozial- und Gesundheitswesen.

Fast immer geht die Initiative zur (besseren) Kooperation von einer Gruppe von Interessierten aus, die das Ziel einer verbesserten Versorgung verfolgen – häufig aus dem Erleben insuffizienten Handelns. Den Vernetzungserfahrungen der verschiedenen Akteure im Sozial- und Gesundheitswesen zufolge ist eine systematische Bestands- und Bedarfsanalyse ein wichtiger Grundstein für weitere Aktivitäten im Vernetzungsprozess.

### **Bestandsanalyse**

Die Bestandsanalyse verschafft den Beteiligten den Überblick über:

- ◇ vorhandene und nicht vorhandene Angebote
- ◇ Über-, Unter- und Fehlversorgung
- ◇ Infrastruktur (räumliche Verteilung, Anbindungen, Erreichbarkeit etc.)

Dieser kommunalen Aufgabe wird regional sehr unterschiedlich entsprochen – von vorbildlich bis gar nicht (Klie & Spiegelberg 1998). Deshalb müssen Projekte häufig diese Grundlagen erst selbst schaffen.

Eine Bestandsanalyse wird in der Regel durch eine Dokumentenanalyse, eher selten durch spezielle Befragungen erzielt. Die Ergebnisse können in Arbeitskreisen – einem Element des Care Management – reflektiert und auf Systematik, Vollständigkeit und Geschlossenheit geprüft werden. Dort wo eine solche Bestandsanalyse durchgeführt wurde, liegt in der Regel auch ein taugliches Praxis-Instrument in Form eines Wegweisers und / oder einer Informationsdatenbank vor. Jedoch ist leider häufig zu beklagen, dass im Laufe der Zeit die Pflege und Weiterführung dieser Informationsquelle an mangelnden Mitteln scheitern. Dies ist auch aus ökonomischer Sicht insofern bedauerlich, als der Nutzen solcher Informationsquellen unter Praktikern / Fachleuten und Betroffenen als hoch eingeschätzt wird und der

Aufwand für die Aktualisierung gemessen am Aufwand der ersten Erstellung einer solchen Bestandsanalyse relativ gering ist. Die Bestandsanalyse bietet erste Hinweise für eine Bedarfsanalyse. Wo Netzwerk-Manager vorhanden sind, wird zumindest die Initiierung für die Erstellung dieser Arbeitsgrundlagen als eine ihrer Regelaufgaben angesehen.

### Bedarfsanalyse

Die Bedarfsanalyse verschafft den Beteiligten einen Überblick über die Situation der Bevölkerung einer Region und / oder spezifischer Personengruppen, die soziale und gesundheitliche Versorgungsangebote nutzen oder nutzen könnten. Solche Unterstützungs- und Versorgungsbedarfe bewegen sich aus Sicht der Betroffenen auf einem Kontinuum von „wünschenswert“ bis „unbedingt notwendig“ sowie von „hoch akzeptiert“ bis „abgelehnt“.

Es liegt auf der Hand, dass die Bewertung von Versorgungsleistungen vor dem Hintergrund der jeweiligen Profession und Institution unterschiedlich ausfallen wird. Im „**Gerontopsychiatrischen Verbund Charlottenburg in Berlin (54)**“ z.B. kam es hinsichtlich der Frage eines Bedarfs an gerontopsychiatrischen Fachabteilungen zu intensiven Auseinandersetzungen darüber, ob eine Allgemeinpsychiatrische Klinik gerontopsychiatrische Patienten angemessen behandeln und versorgen kann (Wernicke, Trabitzsch et al. 2000).

Für eine Bedarfsanalyse kann eine Befragung aller vor Ort existierenden Akteure Auskunft darüber geben, welche Erfahrungen sie mit ihren Dienstleistungsangeboten bei ihren jeweiligen Patienten / Kunden / Klienten gemacht haben, und was diese an Wünschen bzw. Rückmeldungen zu erbrachten Leistungen geäußert haben. Insbesondere Vertreterinnen und Vertreter von Interessengruppierungen und Betroffenenverbänden / -organisationen werden hier wertvolle Hinweise liefern können, die damit gleichzeitig ein Feedback über die Relevanz der jeweiligen Arbeit für die Betroffenen vermitteln.

Auf der Anbieterseite ermöglicht eine Bedarfsanalyse Transparenz hinsichtlich der Wünsche und Vorstellungen der Institutionen und Mitarbeiter. Voneinander zu wissen, welche Ziele die verschiedenen Beteiligten verfolgen, optimiert nicht nur aus fachlichen Gründen einen Vernetzungsprozess, sondern fördert diesen auch auf der zwischenmenschlichen Ebene, da die gegenseitige Information über zukünftige Planungen und Absichten als vertrauensbildende Maßnahme betrachtet werden kann. Aus fachlicher Sicht liegt der Vorteil der Transparenz in Wünschen und Planungen der jeweiligen Akteure darin, dass im Austausch miteinander aus den Einzelplanungen gemeinsame Planungen erwachsen können. Dies kann letztlich auch gemeinsame Ergebnisse produzieren, wie beispielsweise multidisziplinäre und institutionenübergreifende Überleitungsverfahren wie in München-Neuperlach (34) (Landenberger, Schaarschmidt & Zschätzsch 2000) oder gemeinsam verabschiedete Handlungsstandards, – ein jeweils systematisch vorbereitetes und erarbeitetes Ergebnis des „**Netzwerks im Alter (40)**“ in Berlin (Pfeffer & Seibt 2002).

Dies wiederum stärkt die Bereitschaft, an der gemeinsamen Vernetzung mitzuarbeiten, wobei sicher gestellt werden sollte, dass jede Berufsgruppe ihre Sicht der Situation auch tatsächlich einbringen kann und einbringt (Øvretveit 1993). Aus den verschiedenen Entstehungsgeschichten der Projekte lässt sich ableiten, dass eine frühe Integration von mög-

lichst allen in Frage kommenden Akteuren das Gelingen einer Kooperation und Vernetzung fördert, wobei der zentrale Punkt der Integration die aktive Beteiligung an Entscheidungsprozessen ist. Dies scheint von besonderer Bedeutung zu sein, wenn Vernetzungsaktivitäten von Leitungs- und Führungspositionen angestoßen werden. Bei einem „basisnahen“ Ausgangspunkt identifizieren sich die Teilnehmer leichter mit den aus den „eigenen Reihen“ entwickelten Ideen und sind somit motivierter, diese umzusetzen als die Ideen der Strategen. Im letzten Falle ist es also um so wichtiger, frühzeitig alle Beteiligten einzubeziehen – z.B. mit Hilfe einer Bedarfsanalyse.

## Zielformulierung

Im Anschluss an eine Bestands- und Bedarfserhebung steht die gemeinsame Erarbeitung und Formulierung eines Gesamtziels. Zumindest sollte sie dann erfolgen, wenn dem Vernetzungsprozess ein systematisches Vorgehen zugrunde liegt, wie beispielsweise ein Politik-Zyklus, Qualitätssicherungszyklus, Controllingssystem oder Ähnliches. Dies ist natürlich längst nicht in allen Vernetzungsansätzen der Fall. Im Idealfalle können bei einem solchen Vorgehen bestehende Konkurrenzen berücksichtigt und zur Sprache gebracht werden. Unter dem Stichwort „Kooperation trotz Konkurrenz“ können auch die Institutionen gemeinsam an Entwicklungen arbeiten, die sich ansonsten in ihrem Alltagsgeschäft eher misstrauisch beäugen. Soweit bleiben Konkurrenzen zwar bestehen, doch kann zumindest den häufig aus Konkurrenz gepaart mit Intransparenz entstehenden Gefühlen von Misstrauen, Neid und Angst begegnet werden (Kofahl & Döhner 1997).

## Umsetzung

Die Ergebnisse vieler Bedarfsanalysen belegen immer wieder ein beeindruckend großes Interesse an Kooperation bei gleichzeitigem Beklagen von fehlender Kooperation. Trotzdem ist die Umsetzung von Veränderungen in Richtung besserer Zusammenarbeit auch bei den Personen, die die fehlende Zusammenarbeit bemängeln, schwierig (Stamer 2002; Höhmann et al. 1998). Als häufigste Gründe werden mangelnde Zeit und fehlende Honorierung angegeben. Gerade zu Beginn der Entwicklung von Zusammenarbeitsformen ist ein so erheblicher persönlicher Aufwand zu leisten, dass die Vorstellung eines sich später einstellenden Nutzens kaum noch ausreichende Motivation ist, diese Arbeit auf sich zu nehmen (Øvretveit 1993).

Aus diesem Grunde kommen die in der sozialen und gesundheitlichen Versorgung Tätigen und andere Experten zu dem Schluss, dass in Vernetzung mit finanziellen Anreizen systematisch investiert werden muss. Die Bereitschaft der Kostenträger dazu ist natürlich in hohem Maße von den zu erwartenden Effekten auf Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung abhängig, wobei deren systematischer Nachweis durch methodisch hochwertige Studien im deutschen Versorgungssystem noch aussteht.

Insbesondere bei den Berufsgruppen, die aktiv an Vernetzungsprozessen teilnehmen – bzw. von denen es erwartet wird – und die dies unentgeltlich neben ihrer eigentlichen Arbeitszeit leisten müssen, sollte zumindest eine angemessene Aufwandsentschädigung

erfolgen. Dies betrifft vor allem den ambulanten Sektor, dort insbesondere die niedergelassenen Ärzte, Therapeuten und Pflegedienste. Bei einer Vergütung nach Einzelleistungen, wie es in der ambulanten Versorgung üblich ist, besteht zunächst kein Interesse, Patienten möglichst frühzeitig und gut koordiniert auch von anderen Leistungserbringern behandeln zu lassen, es sei denn, die zu vergütenden Leistungen sind bereits abgeschöpft. Vor diesem Hintergrund muss es fast ratsam erscheinen, Transparenz und Kooperation zu vermeiden (Glaeske 2002).

Ein Vergütungssystem für Leistungen im Bereich des Care Managements – aber auch im Rahmen des Case Managements – gibt es (noch) nicht (Glaeske 2002; Kühnert et al. 1998; BMFSFJ 2002), wenn wir von diagnostischen, anamnestischen, Behandlungs- und anderen diagnosebezogenen Versorgungsleistungen absehen. Zwar soll zumindest im Rahmen der medizinischen Versorgung dieses Problem mit der Einführung des § 140 a - h angegangen werden, jedoch kommen damit auf die Vertragspartner bisher unbekannte Aufgaben in Bezug auf Sicherstellung, Kostenverwaltung und Budgetverantwortung zu, auf die sie sich einlassen müssen (Glaeske 2002). Allerdings muss eine entsprechende Vergütung von bestimmten Voraussetzungen abhängig gemacht werden und bedarf einer Qualitätskontrolle.

Die Kompetenzen in und für Kooperation und Kommunikation müssen viele Akteure erst noch entwickeln. Es ist unrealistisch anzunehmen, dass sie alle in gleicher Weise kommunikativ-kompetent handeln könnten. Privatwirtschaftlich organisierte Betriebe investieren große Summen in Kommunikation und Netzwerkmanagement, bauen ab entsprechender Größe sogar eigene Abteilungen dafür auf, um ein systematisches Qualitätsmanagement zu entwickeln und zu verankern sowie eine kontinuierliche Organisations- und Personalentwicklung zu ermöglichen. Betrachten wir das Sozial- und Gesundheitswesen, dann können wir im Prinzip nur feststellen, dass Kooperation, Vernetzung und Qualitätssicherung zwar in den Gesetzbüchern gefordert wird, können jedoch keine verbindliche Aussage dazu finden, wer konkret für Qualitätsentwicklung über die Einzelinstitution hinaus zuständig ist und wer für die Kosten aufkommen soll.

Die Schaffung und Verankerung vernetzter Strukturen im Bereich des Care Management scheint durch die kommunale Beteiligung an Vernetzungsprozessen nachhaltiger umgesetzt zu werden als aus Modellerprobungen mit ausschließlich oder überwiegend gesundheitlichen Dienstleistenden. Zumindest deutet einiges darauf hin, dass die durch Vernetzung geschaffenen Strukturen auch nach einer Modelllaufzeit eher bestehen bleiben, wenn sie in kommunale Einrichtungen eingebunden sind. Obgleich aufgrund von Diversifizierung und Rationalisierung des Versorgungssystems die Kommune an Steuerungsmöglichkeiten verliert, kann dem durch die neue Rolle des Care Managements in der Vernetzung entgegen gewirkt werden (Dietz 1999). Die Kommune vereint in ihrem Aufgabenbereich ohnehin gesundheitliche und soziale Aspekte und kommt deshalb als Ort der Verankerung in Frage (Hummel 1992), wenn auch durch Transparenz sicher gestellt sein muss, dass keine Steuerung von Angebot und Nachfrage stattfindet (Braun 1992; Steiner-Hummel 1999; Schmidt et al. 1999). Allerdings ist vielerorts auch hier nach wie vor eine

starke Fragmentierung der Bereiche Gesundheit und Soziales kennzeichnend, die Schnittstellenprobleme sind längst nicht überwunden.

In Herne zum Beispiel stellt die Gesundheitskonferenz sich als permanenter Motor dar, der die Vernetzungsakteure immer wieder zu neuen und / oder sich ändernden Themen und Rahmenbedingungen aktiviert. Vermutlich trägt das ausgewiesene Know-how der hauptamtlichen Mitarbeiter im Gesundheitsamt sehr wesentlich zum Erhalt und zur Nachhaltigkeit dieses Vernetzungsprozesses bei („Gesundheit im Alter: Diabetes, Schlaganfall, Gerontopsychiatrie – Das Modell der Herner Gesundheitskonferenz (25)“ – Nordrhein-Westfalen). Auch bei anderen Projekten sorgt die kommunale Verankerung für Kontinuität und regionale Präsenz wie in den Landkreisen Oberspreewald-Lausitz (8) und Oder-Spree (35) oder in Hofgeismar (9).

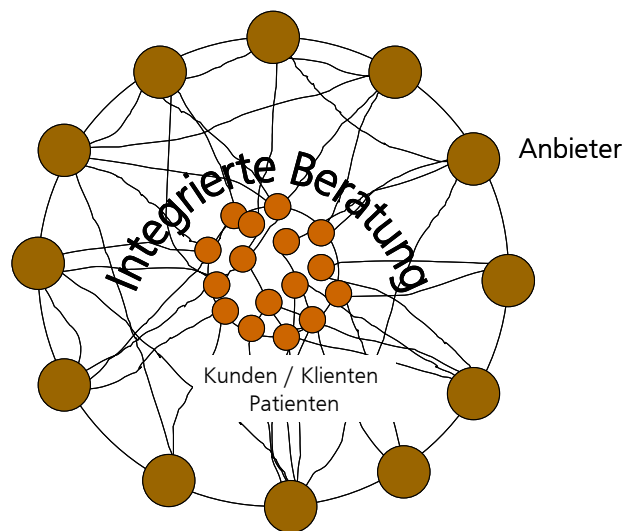
In diesem Sinne propagiert auch die Sachverständigenkommission für den vierten Altenbericht in der Empfehlung 56, eine „Integrierte Beratung“ unter kommunaler Trägerschaft vorzusehen: „Die Einrichtung einer „Integrierten Beratung“ unter kommunaler Trägerschaft zu den vorhandenen Hilfeangeboten ist nach Ansicht der Kommission dringlich. Die Vielzahl unterschiedlicher Beratungsangebote macht es für alle Beteiligten schwierig (um so älter, um so schwieriger), das jeweils adäquate Versorgungsangebot zu ermitteln. Nach Auffassung der Kommission wäre es unsinnig, für jede Hilfeart eigene Beratungsstellen einzurichten. Diese Vielfältigkeit würde den Zugang nur noch mehr erschweren. In einer „Integrierten Beratung“ könnten allen Beratungsbedürfnissen unter einem Dach nachgekommen werden oder es wären die zuständigen Spezialisten in einem zweiten Schritt zu erreichen. Die einzurichtende „Integrierte Beratung“ sollte auch aufsuchend tätig werden können.“ (BMFSFJ 2002, S. 366). Diese Position wird vom SVR (2003) unterstrichen.

Mit dieser Empfehlung wird anerkannt, dass eine bedarfsspezifische Versorgung erst Schritt für Schritt entwickelt werden muss, und nicht jede Institution im Sozial- und Gesundheitswesen gleichermaßen Wegbereiter für entsprechend geeignete Maßnahmen sein kann. Eine Beratung, die gegebenenfalls eine Versorgung einleitet und bahnt, würde auf diese Weise von Beginn an soziale und gesundheitliche Belange verklammern. Das Projekt „Koordination und Vernetzung beraterischer, betreuerischer, vermittelnder und sozialhilfereischer Angebote für Ältere, Alte und chronisch kranke Alte durch die Beratungsstelle ‚Dialog-Lebenshilfe‘ (33)“ in Berlin kommt dieser Forderung bereits nach. Hier wäre es hilfreich, mehr darüber zu erfahren, wie die Kompetenzen von Beraterinnen und Beratern für die Bewältigung dieser Aufgabe sein müssen, wie eine besonders günstige Zusammensetzung eines Beratungsteams aussehen kann oder welche Rahmenbedingungen förderlich oder hinderlich für diesen Versorgungsauftrag sind.

Würde eine solche Integrierte Beratung über ihr Angebot an die Bürgerinnen und Bürger hinaus auch ein Netzwerkmanagement als Serviceleistung für soziale und gesundheitliche Dienstleistungen integrieren, wäre hier endlich ein zentraler Verknüpfungspunkt geschaffen. Die Besonderheiten realer Lebenssituationen und -probleme könnten mit den realen Unterstützungs- oder Versorgungsnotwendigkeiten und -schwierigkeiten sowie den bestehenden Leistungsangeboten in eine sinnvolle Beziehung gesetzt werden. Vernetzungspro-

zesse auf der Ebene des Care Managements können so von der Fallebene aus abgeleitet werden.

**Abbildung 7: Modell einer Integrierten Beratung**



In einem Modell wie in Abbildung 7 dargestellt, ist es gut vorstellbar, dass im Rahmen der individuellen Beratung ein Case Management angestoßen wird, das sich in der jeweiligen Art und Weise den Besonderheiten der Bedarfslage anpassen kann. Da anzuerkennen ist, dass sich unter dem Begriff Case Management unterschiedliche Konzepte und Versorgungsformen befinden, kann in einem solchen Modell ein Patient genauso in ein Disease Management Programm überführt werden wie in eine geriatrische Rehabilitation oder in eine sozialpflegerische häusliche Betreuung. Das Modell der Integrierten Beratung umfasst also noch nicht die sehr aufwendige systematische Begleitung im Rahmen eines Case Management-Ansatzes wie im obigen Abschnitt „Bausteine des Care und Case Managements“ beschrieben, schafft aber sehr gute Voraussetzungen für den Zugang zu einem solchen. Das entspricht auch der Auffassung, dass das sehr aufwendige Verfahren des Case Management nur für ausgewählte Zielgruppen und Problemlagen ökonomisch zu vertreten ist.

Der Charme eines solchen Modells liegt in seiner konzeptionellen Schlichtheit. Eine konkrete Umsetzung wäre die Schaffung oder Bereitstellung eines Gebäudes, in dem sich sowohl die Beratungs- und Koordinationsstelle für soziale und gesundheitliche Belange befindet, als auch die Logistik für ein soziales und gesundheitliches Netzwerkmanagement mit hauptamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die ein professionelles Care Management betreiben. Zur Erhöhung der Akzeptanz und Partizipation der beteiligten Anbieter wäre zu überlegen, ob die entsprechenden Care Manager nicht sogar in festgelegten Jahresabständen von den beteiligten Netzwerk-Mitgliedern bestätigt werden müssten. Diese auf der Ebene der Vernetzung agierenden Care Manager sollten mit den auf der Ebene der individuellen Bedarfslagen arbeitenden Beraterinnen ein Team bilden, um eine fachliche

und praxisabgeleitete Verzahnung so ökonomisch und effizient wie möglich umzusetzen. In den thematischen Arbeitskreisen würden dann ausgehend von den Alltagserfahrungen Leitlinien, Vereinbarungen und / oder Handlungsstandards – wie es beispielsweise schon im „Netzwerk im Alter (40)“ in Berlin geschieht –, entwickelt und umgesetzt werden.

Aus der Sicht der potenziellen Kunden / Klienten / Patienten bietet eine solche zentrale Stelle den Vorteil, weniger suchen zu müssen. Vor allem in den Großstädten kann die Suche in einer unüberschaubaren Landschaft von Sozial- und Gesundheitsleistungen bei vielen Älteren zu Verunsicherung führen. (Manche lassen es hier angesichts des erlebten Durcheinanders dann lieber ganz, sich an eine beratende Institution zu wenden.) Eine zentrale Stelle kann zudem Kapazitäten besser bündeln. Die Vorteile sind:

- ◇ Zentrale Telefonnummer, für die breit geworben werden kann (wie z.B. bei HomeCare Nürnberg mit dem Praxisnetz Nürnberg-Nord (52))
- ◇ Längere Erreichbarkeit, ggf. rund um die Uhr
- ◇ Persönliche Beratung / Klärung (wie z.B. bei den ABC-Stellen im Landkreis Oder-Spree (35) und in Hofgeismar (8))
- ◇ Persönliche (Weiter-)Vermittlung, u.U. schon innerhalb des Hauses (wie z.B. in der Berliner Beratungsstelle „Dialog – Lebenshilfe“ (33))
- ◇ Verknüpfung von Beratungsanliegen oder -bedarfen mit soziokulturellen Aktivitäten, Freizeitaktivitäten, bürgerschaftlichem Engagement etc. (wie z.B. im Modell der Herner Gesundheitskonferenz (25))
- ◇ Leichteres „Durchkommen“ (weniger Besetztzeichen oder Anrufbeantworter)
- ◇ [...]

Je nachdem, welche Angebote unter einem gemeinsamen Dach beherbergt werden, könnte sich ein solches Haus auch zu einer Begegnungsstätte entwickeln, die den Selbsthilfebereich fördert und trägt, indem beispielsweise Räume bereit gestellt werden oder ein Café eingerichtet wird. Unseres Erachtens dürften allerdings keine konkreten Gesundheitsleistungen durch Ärzte, Therapeuten, Apotheken oder Pflegedienste angeboten werden, um Konkurrenzgefühle und Misstrauen unter den verschiedenen Leistungsanbietern, die hier Wege der Zusammenarbeit und gemeinsamen Qualitätsentwicklung finden sollen, zu vermeiden. Dies schließt aber nicht aus, dass an einer solchen Stelle durchaus auch Case Manager angesiedelt sein könnten, die ältere Menschen mit besonderen Problemlagen begleiten.

Derartige Beratungsstellen wären wichtige Kooperationspartner auch für die niedergelassenen Ärzte bei der Betreuung ihrer älteren Patienten. Im Zusammenspiel mit einem weiteren vielfältig diskutierten und wichtigen Modell: dem Hausarzt-Modell (Szathmary 1999) würden sie günstige Voraussetzungen zur Verknüpfung der gesundheitlichen Versorgung mit sozialen Diensten bieten. Auf der Ebene des Case Managements für ältere Menschen mit komplexen Problemlagen nimmt unstrittig die hausärztliche Versorgung die Schlüssel-

position in der Versorgungslandschaft ein. So ist es mehr als naheliegend, die Hausärzte selbst als Case Manager zu verorten, zumal ihnen ohnehin mit dem § 73 SGB V die Aufgabe zukommt, die medizinischen, therapeutischen, beraterischen und pflegerischen Notwendigkeiten zu koordinieren und zu dokumentieren. Der „Hausarzt als Lotse“, ein Modell, das von vielen Gesundheitsfachleuten (Schmidt 2001, Sachverständigenrat 2003), so auch von der AOK favorisiert wird (vgl. Hoberg 2002, Knieps 2003), macht bei der Betrachtung der Zielgruppe „ältere Menschen mit Hilfebedarf und ihre Angehörigen“ tatsächlich den meisten Sinn, wenn es um die Frage geht, wie und durch wen denn überhaupt relevante Unterstützungs- und Hilfebedarfe entdeckt werden sollen. Der sogenannte Outreach ist hier sicherlich am höchsten, da die realen Kontakte zwischen (potenziellen) Patienten und dem Gesundheitswesen in der Hausarztpraxis am wahrscheinlichsten und tatsächlich am häufigsten sind. Hier ergibt sich die wohl erfolgversprechendste Möglichkeit, die jeweilige Zielgruppe zu finden und anzusprechen.

Dieser Umstand weckt konzeptionelle Begehrlichkeiten, die jedoch den Berufsstand und die Möglichkeiten der Hausärztinnen und -ärzte schlichtweg überfordern: Aus der Perspektive der Gesundheitssystemsteuernden sollten die Hausärzte nicht nur die zentrale und kostengünstigste Schnittstelle zwischen allen Versorgungsbereichen sein, sondern auch die Kompetenz haben, alle Facetten der sozialen und gesundheitlichen Versorgung zu kennen, zu verstehen und umzusetzen. Da dieser Anspruch der Allkompetenz realistischweise nicht umfassend erfüllt werden kann, liegt eine zentrale Herausforderung für die hausärztliche Versorgung in der Koordination und Delegation von Aufgaben und Leistungen an Fachkollegen und Angehörige anderer medizinischer, pflegerischer und sozialer Berufe.

Vertreterinnen und Vertreter der verschiedensten gesundheitlichen Richtungen bemühen sich um die Aufmerksamkeit der Hausärztinnen und Hausärzte mit der Zielsetzung, diese im Rahmen von Arbeitsgruppen, Fort- und Weiterbildungen, Kongressen etc. zu geriatrisieren, zu kardiologisieren, zu pädiatrisieren. Und so bekommen diese aus allen Fachrichtungen jeweils aufgezeigt, was sie alles nicht können, wo sie überall versagen, welche Chancen sie vertun und wo sie überall Fortbildungsdefizite haben, – und das alles noch in ihrer Freizeit bzw. nicht bezahlten Zeit. So stellt Schmacke auf der Fachtagung Qualitätsindikatoren der AOK für Arztnetze fest: „Qualitätsmanagement findet [...] dort seine Grenzen, wo Allgemeinärzte in den stark propagierten Methoden der Qualitätssicherung wie Evidence Based Medicine und den Leitlinien wissenschaftlicher Fachgesellschaften ihren Alltag nicht wiederfinden. Will man nicht riskieren, dass die niedergelassenen Ärzte vor zu hohen Ansprüchen der Qualitätssicherung kapitulieren, dann müssen die Methoden praxisnaher Wissensvermittlung ausgebaut und für Kernaufgaben der Allgemeinmedizin taugliche Qualitätsstandards entwickelt werden.“ (Dokumentation der Fachtagung am 11./12.07.2002 und Schmacke 1999)

Vor diesem Hintergrund ist es kaum verwunderlich, dass die Gewinnung von Hausärzten für Vernetzungsprozesse so außerordentlich schwierig ist. In vielen auch der hier dargestellten Vernetzungsansätze werden Hausärztinnen und Hausärzte als Mitstreiter und Akteure angegeben. Doch liegt hier ein wenig die Gefahr der vorschnellen positiven Verallgemeinerung. Betrachten wir das Verhältnis von aktiv tätigen Hausärztinnen und Hausärz-

ten und der Gesamtzahl der in den jeweiligen Regionen tätigen Hausärzte, – was sich zu-gegebenermaßen allenfalls nur grob schätzen lässt –, dann müssen wir wohl davon ausgehen, dass es sich in vielen Fällen zwar um hochgeschätzte engagierte Personen handelt, die in ihrer Rolle als Vertreter des Berufsstandes „Hausarzt“ aber eine Ausnahme darstellen.

Für die Zukunft ist klar, dass die Anforderungen an die Hausärzte nur umgesetzt werden können, wenn nicht mehr von der Einzelarztpraxis ausgegangen wird, sondern von Ärzteverbänden, die unterschiedliche Strukturen haben können (Ahrens 2003). In den Eckpunkten zur Modernisierung des Gesundheitswesens (BMG 2003) wird davon ausgegangen, dass es Anreize für die Inanspruchnahme eines Hausarztmodells durch die Versicherten geben müsse und eine patientenorientierte, qualitätsgesicherte Vergütung für die Ärzte, um eine Akzeptanz für dieses Versorgungskonzept herzustellen.

Was ist daraus zu folgern? Zunächst einmal bleibt die Erkenntnis, dass die Hausarztpraxis eine wichtige und zentrale Stelle in der Versorgungsstruktur darstellt. Sie wird jedoch nicht optimal genutzt, vor allem deshalb, weil die Hausarztpraxis mit der Person der Hausärztin oder des Hausarztes gleichgesetzt wird und damit die Erwartungshaltung an die Person die menschlichen Möglichkeiten übersteigt. Für die gesundheitliche und unter Umständen auch für die soziale Versorgung wird diese Schlüsselposition wohl erst dann wirklich interessant, wenn hier andere Fachlichkeiten integriert werden. Verschiedene Modelle sind vorstellbar: die Verknüpfung mit entsprechender Fachkompetenz über eine telefonische Hotline bis hin zur direkten personellen An- / Einbindung von Fachkompetenzen an / in die Hausarztpraxen. Letzteres ist jedoch aufgrund der derzeitigen Gesetzeslage sehr schwierig. Wünschenswert wäre hier eine fundierte fachliche Diskussion mit der Zielsetzung, das in den Hausarztpraxen steckende Potenzial wesentlich stärker als bisher herauszuarbeiten. Ansätze dazu bieten Ärztenetze oder auch kleinere Zusammenschlüsse, die Konzepte der Integration anderer Berufsgruppen aufbauen. Dass dies machbar und erfolgreich sein kann, zeigen Beispiele ([Ärztenetz Nürnberg \(52\)](#), [PAGT \(44\)](#), [ProDem \(45\)](#), [IKARUS \(28\)](#)).

Dass insbesondere auch der Profession der Pflege in der Wahrnehmung vor allem längerfristig pflegebedürftiger alter Menschen eine bedeutsame Rolle beim Case Management zukommt, scheint unstrittig zu sein, wenn auch in Deutschland noch wenig entwickelt. So kritisieren Schaeffer und Ewers (2002): Obgleich die Pflege dem Patienten „über weite Strecken des Versorgungsverlaufs am nächsten“ (320) ist und damit den Alltag am besten kennt, ist „die Bedeutung der Pflege für die Sicherstellung einer integrierten und kontinuierlichen Versorgung, ihre Potenziale zur Übernahme zentraler Steuerungs- und Versorgungsfunktionen (z.B. Case Management) [...] hierzulande noch unterbewertet.“ (316).

Sie verweisen auf die Erfahrungen aus anderen Ländern, wo Case Management selbstverständlicher Bestandteil des Versorgungsalltags ist und gerade durch das pflegerische Case Management Erfolge nachgewiesen wurden (Ewers und Schaeffer 2003):

- ◇ Verkürzung der Krankenhausverweildauer

- ◇ Bessere Abstimmung der erbrachten Leistungen unter den Gesundheitsprofessionen
- ◇ Reduktion der Anzahl der durchgeführten Hausbesuche
- ◇ Geringere Nutzung von Notfalleinrichtungen
- ◇ Generelle Einsparung von materiellen und immateriellen Ressourcen
- ◇ Gestiegene Patientenzufriedenheit
- ◇ Höhere Lebensqualität

Moers (2002) betont, dass durch die späte Entwicklung der deutschen Pflegewissenschaft alle anspruchsvollen Aufgabenprofile, wie z.B. auch das Case Management, bereits mindestens von einer anderen Berufsgruppe besetzt sind. Ewers und Schaeffer (2003) fordern zum einen, dass die Pflege in Deutschland selbstbewusster und aktiver die Steuerung von Versorgungsprozessen als ihre Aufgabe in die Hand nehmen sollte. Zum anderen sollten die Entscheidungsträger die Pflege stärker und ihren Kompetenzen entsprechend an den Entwicklungen einbeziehen. Insbesondere wird auf die integrierte Versorgung nach § 140 a - h SGB V verwiesen. Obgleich in frühen Phasen akuter und auch chronischer Krankheit der niedergelassene Arzt sicherlich erste Anlaufstelle für Prävention und Kuration ist, ist in späteren Phasen die Pflege häufig zentrale Bezugsperson und damit für das Case Management prädestiniert (Ewers & Schaeffer 2003).

Als eine dritte wichtige Berufsgruppe für das Case Management erweist sich in vielen Projekten die Sozialarbeit wie z.B. in dem Modellprojekt „Haus am See (4)“ in Salzgitter. In dem Hamburger Modellprojekt „Regionales Case- und Caremanagement in der Altenhilfe – MoCCA (39)“ ist die Case Managerin eine Sozialarbeiterin der kommunalen Altenhilfe. Entsprechend der Einbindung in das Sozialamt ist somit auch die Zielgruppe vorwiegend die der Leistungsempfänger nach BSHG. Die von den Projektmitarbeiterinnen selbst beschriebenen Grenzen einer umfassenden Steuerung der Hilfen im Einzelfall liegen allerdings – unter den derzeit gegebenen Rahmenbedingungen – in der mangelnden Verknüpfung mit dem Gesundheitswesen.

Bei auf Rehabilitation orientierten Projekten spielen auch die Therapeutinnen, insbesondere die Egotherapeutinnen eine zentrale Rolle beim Case Management wie im „Hofgeismarer Kompetenzmodell (9)“ oder in den Projekten, in deren Zentrum die mobile Rehabilitation steht. Insbesondere bei dementen älteren Menschen kann es auch sinnvoll sein, dass die Angehörigen oder der gesetzliche Betreuer die Aufgaben des Case Managers übernehmen, wenn die Möglichkeiten einer fachlichen Anleitung bestehen, wie in dem Würzburger Projekt „HALMA (26)“.

Insgesamt legen sich die meisten Projekte oder Projekt-Konzeptionen nicht auf eine Berufsgruppe oder spezifische Qualifikation für die Aufgaben einer Case Managerin oder eines Case Managers fest. Vielerorts werden verschiedene Berufsgruppen oder Case Management in interdisziplinären Teams bevorzugt (z.B. bei „Gesundes und aktives Altern Radevormwald (24)“, „IKARUS (28)“ oder in der „Koordinierungsstelle ambulanter Ange-

bote (30)“ in Ahlen – um nur ein paar Ansätze zu nennen. Die Synopse zeigt, dass Ausgangspunkt und Zielgruppe maßgeblich beeinflussen, von welcher Berufsgruppe das Case Management ausgeführt wird. Es scheint sich zu bestätigen, dass diese Unterschiedlichkeit auch den jeweils besonderen Zielgruppen angemessen ist.

Auch bei der Weiterentwicklung des Projekt-Ansatzes des „Ambulanten Gerontologischen Teams (44)“ in Hamburg zu dem Konzept des „Hamburger Modells zur vernetzten Versorgung (9)“ ist das Case Management als eine Aufgabe zu verstehen, die grundsätzlich von verschiedenen Berufsgruppen und unterschiedlichen Institutionen wahrgenommen werden kann. Das Case Management kann bei Klärung der unterschiedlichen sich ergänzenden Aufgaben auch gemeinsam im Team ausgeführt werden. Bevorzugter Ausgangspunkt ist aus den o.g. Gründen auch hier die Hausarztpraxis. Als Grundlage für die Entscheidung über die Zuständigkeit für das Case Management im Einzelfall soll ein am allgemeinen Versorgungsproblem orientiertes Kriterienraster erarbeitet werden. Dieses Raster soll als eine Arbeitshilfe dienen, kann aber nicht die endgültige Entscheidung im Einzelfall ersetzen, die in Teamsitzungen in der Hausarztpraxis getroffen werden sollte.

Sowohl durch die Beschreibung der Rolle der kommunalen Einrichtungen als auch die der Hausarztpraxis und der Pflegedienste wird deutlich, dass diese Institutionen gute Zugänge zum Case Management bieten, es aber nicht unbedingt auch dort angesiedelt sein muss. Voraussetzung für eine patienten- / klientengerechte Umsetzung ist eine gute Verknüpfung der Ebenen des Care und Case Managements.

Der Vielfalt der Problemlagen muss auch eine Vielfalt der Lösungsmöglichkeiten gegenüberstehen (Knieps 2003), die entsprechend den regional unterschiedlichen Rahmenbedingungen auch regional unterschiedliche Ausprägungen haben können. Wesentlich ist, dass die gesetzlichen Voraussetzungen die Umsetzung ermöglichen. Dies erfordert Flexibilität bei den Kostenträgern.

## Evaluation

Die Literatur und auch die Ergebnisse dieser Synopse zeigen, dass ein großes Erfahrungswissen im Bereich der Vernetzung des Gesundheits- und Sozialwesens für ältere chronisch kranke Menschen vorliegt, aber ein erheblicher Mangel an systematischer Evaluation dem gegenübersteht. Die enormen Herausforderungen für die zukünftige praxisorientierte Versorgungsforschung unterstreicht auch der Sachverständigenrat in seinem neuesten Gutachten (2003).

Evaluation als Instrument der Qualitätssicherung ist inzwischen fester Bestandteil von Interventionen nicht nur im Gesundheitssektor. Auch der 4. Altenbericht fordert für alle Versorgungs-, Unterstützungs- und Hilfsangebote für langzeit-pflegebedürftige und hochaltrige Menschen eine kontinuierliche Qualitätsentwicklung (BMFSFJ 2002). Gerade für vernetzte und integrierte Versorgungsansätze für ältere Menschen fehlen in Deutschland weitgehend Untersuchungen, die einerseits mit kontrollierten Studiendesigns durchgeführt wurden und andererseits harte Outcome-Variablen wie Krankenhausaufenthalte, Heimeinweisungen, funktionelle Selbstständigkeit und Medikamentenkonsum gewählt haben. Die

Kriterien der Evaluation müssen sich aber auch an weiteren Zielen der Vernetzung orientieren und somit das Zustandekommen der Hilfeleistung, die Zufriedenheit der Zielgruppen und die Lebensqualität als Outcome-Variablen berücksichtigen. Da bei Vernetzungen häufig auch die Versorger selber Zielgruppe sind, ist die Zufriedenheit der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen ebenfalls eine Zielgröße und sollte als solche evaluiert werden (Badura und Strodtholz 1998; zur Evaluation von Gesundheitsleistungen siehe Øvretveit 1999).

Viele der untersuchten Projekte haben eine interne – meist qualitative – Evaluation vorgenommen, allerdings nicht sehr häufig unter Berücksichtigung der Auswirkungen auf Zufriedenheit und Lebensqualität. Dort, wo solchermaßen vorgegangen wurde, können zumindest auf der deskriptiven Ebene Effekte gezeigt werden, wie z.B. ein Gefühl der Sicherheit, das ein Case Manager, ein Patientenpass oder eine Gesundheitsmappe den Betroffenen und ihren Angehörigen vermittelt, wenn sie als verlässlicher Begleiter in Akut- und Krisensituationen gesehen werden. Solche Personen und Instrumente können in Einzelfällen sogar Krankenhausaufenthalte durch das Ermöglichen von zielgerichtetem Handeln in Notfallsituationen verhindern. Effekte auf Seiten der Mitarbeiter zeigten sich anhand einer verbesserten berufsgruppen-übergreifenden Kooperation und einer größeren Arbeitszufriedenheit (Sozialministerium Baden-Württemberg 1999).

Die sozial- und gesundheitsökonomisch wichtige Frage, ob über die Finanzierung von (zusätzlichen) Elementen des Care und Case Managements kostenträchtige Fehlsteuerungen in der Versorgung ausgeglichen werden können, konnte bislang nicht beantwortet werden. Auch die wissenschaftlich begleiteten Modellvorhaben konnten keinen Nachweis erbringen, dass Care und Case Elemente zu Kosteneinsparungen führen, allerdings ist damit auch nichts Gegenteiliges erwiesen.

Ein Kontrollgruppen-Design, das prinzipiell das Potenzial hätte, solche Fragen zu beantworten, kommt praktisch nirgendwo vor. Die einzige kontrollierte Studie in unserer Synopse („[Düsseldorfer Schlaganfallprojekt und seine Nachfolgeprojekte \(11\)](#)“) hatte keine ökonomische Evaluation zum Ziel, sondern die rehabilitativen gesundheitlichen Effekte im Visier. Sie konnte allerdings keinen signifikanten Unterschied in den Outcomes zwischen der von einem Reha-Team betreuten Interventionsgruppe und einer Kontrollgruppe aufzeigen. Es ist offenbar nicht gelungen, der Interventionsgruppe eine signifikant höhere Zahl bzw. einen anderen Zuschnitt von Versorgungsleistungen zu gewähren, so dass die Unterscheidung nach zu erzielenden Effekten wenig gebracht hat. Dies zeigen die Ergebnisse sowohl hinsichtlich des Interventionsumfangs als auch hinsichtlich der Effektparameter (Helmich und Schneitler 2000).

Direkte positive Effekte von Vernetzung bzw. Vernetzungs-Elementen auf der Ebene von Health Outcomes, Versorgungsqualität und Lebensqualität sind auf der Ebene erster Evidenz, also mittels harter Outcome-Kriterien in kontrollierten Studien, bisher für Deutschland nicht nachgewiesen worden. Auf dem Evidenz-Niveau der Experteneinschätzungen und berichteten Erfahrungen können die positiven Effekte von Vernetzung als belegt gelten. So wird neben einer allgemeinen Steigerung der regionalen Versorgungsqualität eine Qualitätssteigerung in der einzelfallbezogenen Gesundheits- und Sozialversorgung regel-

haft berichtet, sofern in den Projekten die Implementierung des Care und / oder Case Managements geglückt war.

Eine Grundlage der Evaluation ist die zu Beginn durchgeführte Bedarfsanalyse – ein Abgleich mit der gemeinsamen Zielformulierung kann regelmäßig stattfinden. Weiterhin ist für eine Evaluation ein standardisiertes Vorgehen sowie die systematische Dokumentation der Interventionen und Ergebnisse grundlegend. Beides erhöht zunächst den Zeitaufwand und wird in der täglichen Arbeit auch aufgrund mangelnder Einsicht in den Nutzen nur ungern durchgeführt, ein regelmäßiges Feedback kann hier helfen (Badura und Strodtholz 1998; Øvretveit 1999).

Da nur in wenigen der untersuchten Projekte eine wissenschaftliche Begleitforschung überhaupt stattgefunden hat und die unterschiedlichen Designs keine Vergleichbarkeit ermöglichen, waren wissenschaftliche Ergebnisse nur sehr eingeschränkt für die Synopse nutzbar. Nur kontrollierte Interventionsstudien könnten die Evidenz der Vernetzungseffekte belegen. Eine praxisbezogene Versorgungsforschung, die „den Erfolg von Interventionen im Kontext des Versorgungsalltags ('effectiveness')“ (Sachverständigenrat 2003, S. 88) analysiert, bietet erhebliche Potenziale für Veränderungen im Gesundheits- und Sozialwesen.

## Verstetigung

Da viele der ausgewählten Projekte relativ aktuelle Modellerprobungen sind, lassen sich nur begrenzt Aussagen zur Verstetigung daraus ableiten. Hier und da bleibt leider nicht viel von dem übrig, was das Wesen eines Modells in seiner Erprobungszeit ausmachte: Nach dem Wegbrechen der modellfinanzierten personalen Kapazitäten gibt es häufig niemanden mehr, der die spezifischen Projektelemente fortsetzen kann oder will (wie zum Beispiel die Aktualisierung und Pflege eines Wegweisers oder das patientenbegleitende Case Management durch spezielle Case Manager). Zuweilen bleiben trotz allgemeiner Anerkennung lediglich die Erfahrungen und das „geistige Gut“ zurück – (wie im Beispiel des „Projekts Ambulantes Gerontologisches Team (44)“ in Hamburg). Allerdings ist festzustellen, dass in Abhängigkeit von neuen Entwicklungen in der Gesundheits- und Sozialpolitik dieses publizierte und kommunizierte Wissen immer wieder in die Diskussionen einbezogen wird und somit der Wert dieser Modelle für eine Weiterentwicklung unumstritten ist.

Es lässt sich auch feststellen, dass bei fast allen Projekten, deren anfängliche (Modell-)Finanzierung ausgelaufen ist, zumindest einzelne Bausteine oder Strukturen fortbestehen. Dies zeigt eine gelungene Verstetigung in Teilbereichen an und ist als Ausdruck der Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit der in Gang gesetzten Strukturen und Prozesse zu deuten, wobei eine gewisse Skepsis hinsichtlich der Darstellung der Erfolge durch die „Sprecher der Projekte“ angebracht sein mag. Meist sind es aber eben nur Bruchstücke, wegen der mangelnden Finanzierbarkeit kann nicht das „komplette Angebot“ fortgeführt werden (zum Beispiel bei „PRO DEM (45)“ in Stuhr und Weyhe, Niedersachsen, „Qualitätsverbesserung auf der Ebene des Care Managements: Kommunikation, Kooperation und Koordination in der ambulanten Versorgung (48)“ – Oldenburg, Niedersachsen, „Düssel-

dorfer Schlaganfallprojekt und seine Nachfolgeprojekte (11)“ – Nordrhein-Westfalen, oder bei dem Projekt „Mobile Geriatrische Rehabilitation – Das Augsburger Modellprojekt (36)“ – Bayern).

Häufig ist es eine große, gemeinsame Kraftanstrengung, die Strukturen der Vernetzung auch nach Beendigung der Extra-Finanzierung aufrecht zu erhalten. So führten bei dem Projekt „HALMA (26)“ in Würzburg eine intensive kommunale und bezirkliche Involvierung und großer persönlicher Einsatz der Verantwortlichen dazu, dass es in die Regelversorgung übernommen wurde. Dieser Verlauf lässt sich nicht im Voraus planen, man kann aber wiederum durch frühzeitigen Einbezug der Akteure und Entscheidungsträger in die Verantwortung die Weichen für eine solche Entwicklung stellen.

Bei dem Projekt „Aufbau gerontopsychiatrischer Verbundstrukturen im Landkreis Oberspreewald-Lausitz und in Cottbus (7)“ wird davon ausgegangen, dass die Verbundstrukturen nur dann eine Chance für die Zukunft haben, wenn weiterhin eine bezahlte Verbundkoordination existiert. Hier werden drei Möglichkeiten für die Verstetigung dieser Einrichtung beschrieben, wie sie in anderen Vorhaben auch diskutiert und zum Teil umgesetzt wurden:

- ◇ Die beteiligten Einrichtungen übernehmen reihum die (dann nicht mehr unabhängige) Verbundkoordination.
- ◇ Die Kommune übernimmt die Koordination im Rahmen der Beteiligung des Sozialpsychiatrischen Dienstes oder der psychiatrischen Koordinationsstelle.
- ◇ Die gemeinschaftliche, unabhängige Verbundkoordination wird durch die Partnereinrichtungen finanziert.

Das „Netzwerk im Alter (40)“ in Berlin betont die Wichtigkeit eines dauerhaften Netzwerkmanagements als Voraussetzung für eine gelungene Vernetzung, und in der Tat lassen die Referenzen anderer Berliner Projekte auf den Träger Albatros e.V. und das Netzwerk im Alter erkennen, dass ein solches Netzwerkmanagement nicht nur wahrgenommen und positiv bewertet wird, sondern dass es weit über die Versorgungsregionen hinaus das Thema „Vernetzung“ in die Diskussion bringt.

Zwei Stichworte der aktuellen gesundheitspolitischen Diskussionen sollen hier kurz kritisch betrachtet werden, die im Zusammenhang mit den beschriebenen Vernetzungsansätzen für ältere chronisch kranke Menschen bedeutsam sein könnten, möglicherweise sogar konkurrierend oder zumindest einengend sind: die „Disease-Management-Programme“ (zu Gemeinsamkeiten und Unterschieden von Disease und Case Management siehe: Szathmary 1999) und die „Integrierte Versorgung“. Schaeffer & Ewers (2002) kritisieren die zu starke Medizin- und Krankheitsorientierung beider Konzepte, die dazu führen, dass die Patientenperspektive and damit die Versorgungskontinuität zu wenig Beachtung finden. Hinsichtlich der Ansätze zur integrierten Versorgung bemängeln die Autoren: „Die meisten der diskutierten und neuerlich erprobten Modelle (beispielsweise die im ambulanten Bereich angesiedelten Ärztenetze, aber auch die sektorübergreifenden Versorgungsverbände) sind medizinentriert und verstehen unter Integration eine Zusammenführung verschiedener Teilbereiche der Medizin.“ (S. 318) Wenn auch hiermit einem Defizit begegnet wird, so

besteht jedoch die eigentliche Herausforderung insbesondere für die Gruppe der multimorbiden älteren Patienten darin, „ein Zusammenwirken *aller* für eine hinreichend umfassende sektoren- und institutionenübergreifende Versorgung erforderlichen Gesundheits- und Sozialprofessionen zu erreichen – eine Vorstellung, die sich allerdings mit der sozialrechtlichen Trennung von medizinischer, pflegerischer, sozialer und rehabilitativer Versorgung reibt“ (S. 318).

## Ausblick

Der vorliegende Bericht, die Übersicht über die Ansätze zur vernetzten Versorgung älterer Menschen in Deutschland und die Diskussion während des Workshops des Bundesverbandes der AOK im Mai 2003 in Berlin sollen einen Beitrag leisten für mehr Transparenz über die Vernetzungsansätze und -aktivitäten in Deutschland. Darüber hinaus sollen sie Anstöße geben zur Beantwortung zweier zentraler Fragen hinsichtlich der Weiterentwicklung der vernetzten Versorgung in Praxis und Forschung:

1. Wie können die gegebenen gesetzlichen Rahmenbedingungen – insbesondere auch die integrierte Versorgung nach § 140 a - h SGB V – genutzt werden, um einen für die Zielgruppe der chronisch kranken älteren Menschen sinnvollen Ansatz des Case und Care Management in der Regelversorgung zu realisieren?
2. Wie kann die Abstimmung in der Projektförderung – interministeriell und darüber hinaus mit weiteren potenziellen Förderern – verbessert werden, damit die verfügbaren Ressourcen sinnvoll – d.h. sich ergänzend und nicht überlappend – eingesetzt werden?

Die Synopse zeigt ein breites Spektrum konkreter Projekte und innovativer Konzepte zur vernetzten gesundheitlichen und sozialen Versorgung älterer Menschen in Deutschland. Eine Bewertung ist aber aufgrund der unterschiedlichen Material- / Datenlage nur sehr begrenzt möglich.

Um Empfehlungen für Entscheidungsträger aussprechen zu können, sind kontrollierte Studien zur Evaluation von Case und Care Management Programmen für die Zielgruppe der älteren chronisch kranken Menschen erforderlich, die auf der Grundlage einer klaren Zielbeschreibung, Zielgruppendefinition und Beschreibung der Programm-Elemente die Wirksamkeit messen (Effektivität), eine ökonomische Analyse unter Einbeziehung der direkten und indirekten Kosten vornehmen (Effizienz), Voraussetzungen für Transfer untersuchen und zu Empfehlungen zur gesetzlichen Verankerung und Regelfinanzierung führen. Leitfragen einer solchen Versorgungsforschung sind auch auf den Zusammenhang von Vernetzungsintensität und -aufwand mit den erreichten Effekten zu richten, damit die Input-Output-Relation näher bestimmt werden kann.

Die vielfältigen Erfahrungen aus den beschriebenen Projekten zur vernetzten Versorgung bieten eine solide Grundlage zur Beschreibung des Interventionsprogramms und für die Entwicklung eines entsprechenden Studiendesigns. Erfahrungen aus anderen Ländern sind dabei zu berücksichtigen, können jedoch nur begrenzt auf unser Sozial- und Gesundheits-

system übertragen werden. Die Laufzeit eines solchen Projektes muss berücksichtigen, dass viele interessierende Effekte des Case und Care Managements erst nach einigen Jahren messbar werden. Die Durchführung der Evaluation sollte von einem multidisziplinär zusammengesetzten Team vorgenommen werden, in der die Expertise von Gesundheitsökonom, Statistikern, Sozialwissenschaftlern, Gerontologen, Mediziner, Pflegewissenschaftlern und Sozialrechtlern zusammengeführt wird.

## Literatur

Ahrens, H.J. 2003. [http://212.227.33.34/bundesverband/politik/aok\\_dialog.html](http://212.227.33.34/bundesverband/politik/aok_dialog.html)

AOK. 2001. G + G, Gesundheit und Gesellschaft Spezial.

AOK. 2002 „Qualitätsindikatoren der AOK für Arztnetze: Gründe und Ziele der AOK“, Dokumentation der Fachtagung am 11./12.07.2002 in Köln

Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Qualitätssicherung in der Medizin AQS. 2002. "Erfassungsschema für qualitätssichernde Projekte." Web page, [accessed 20021031]. Available at <http://www.aqs.de/schema/erfassungsschema-mit-infos.htm>

Arnold, M., K. W. Lauterbach und K.-J. Preuß, Hrsg. 1997. *Managed Care. Ursachen, Prinzipien, Formen und Effekte*. Schriftenreihe der Robert Bosch Stiftung. Stuttgart - New York: Schattauer.

Badura, B. und P. Strodtholz. 1998. Qualitätsförderung, Qualitätsforschung und Evaluation im Gesundheitswesen. *Das Public Health Buch*. Hrsg. F. W. Schwartz, B. Badura, R. Leidl, H. Raspe, J. Siegrist. 574-584. München: Urban & Schwarzenberg.

Bahrs O., F.M. Gerlach und J. Szecsenyi Hrsg. 1994. *Ärztliche Qualitätszirkel*. Köln: Deutscher Ärzte Verlag

Baumberger, J. 2001. *So funktioniert Managed Care. Anspruch und Wirklichkeit der integrierten Gesundheitsversorgung in Europa*. Stuttgart: Thieme Verlag.

Bayerisches Staatministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familien und Frauen. 2001a. Stationäre Geriatri-sche Versorgung.

Bayerisches Staatministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familien und Frauen. 2001b. Mobile ambulante geriatri-sche Rehabilitation im Freistaat Bayern (Kurzfassung).

Bergmann, C. 2000. Eröffnungsrede. *Auftaktveranstaltung „Altenhilfestrukturen der Zukunft“*. Ein Modell-programm des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend am 9. und 10. März 2000 im Wissenschaftszentrum. Hrsg. BMFSJ. 1-6. Bonn. Berlin: BMFSFJ.

**BKK BetriebsService**. 2001. *Sozialgesetze 2001. Gesamtausgabe*. Münster: MBO Verlag GmbH.

Blöß, T. 2003. *Vertragswettbewerb. AOK will Sicherstellungsauftrag übernehmen*. Deutsches Ärzteblatt, Heft 13: B 691

Brandt, H. 1993. *Altenhilfe als Verbundsystem. Überlegungen zum planvollen rechtlich-organisatorischen und konzeptionell-fachlichen Zusammenwirken von medizinischen, pflegerischen und sozialen Hilfen*. Köln: Kuratorium Deutsche Altenhilfe.

Braun, H. 1992. Spannungsfeld Vernetzung: Altenarbeit zwischen Egoismen und Kooperation. *Vernetzung in der Altenarbeit und Altenpolitik. Probleme und Perspektiven in der neuen Bundesrepublik. Fachtagung Dortmund 26. - 28.9.1991*. Hrsg. H. Braun, J. Bruder, R. Dierl, L. Veelken und H. Werner, 9-20. Köln: Kuratorium Deutsche Altenhilfe.

Brockmann, H. 2002. Why is less money spent on health care for the elderly than for the rest of the population? Health care rationing in German hospitals. *Soc Sci Med* 55, Nr. 4: 593-608.

Bruder, J. 1992. Geriatrische Versorgung im Umbruch: Vernetzungsnotwendigkeiten im Widerstreit mit Ängsten vor verwirrender Komplexität. *Vernetzung in der Altenarbeit und Altenpolitik. Probleme und Perspektiven in der neuen Bundesrepublik. Fachtagung Dortmund 26. - 28.9.1991*. Hrsg. H. Braun, J. Bruder, R. Dierl, L. Veelken und H. Werner, 27-37. Köln: Kuratorium Deutsche Altenhilfe.

Bruder, J. 1995. Geriatriepläne der Länder und ihre Realisierung. *Geriatric Praxis*, Nr. 5: 20-27.

Brühl, A., Hrsg. 1995. *Bundessozialhilfegesetz*. 6. Auflage ed. München : Beck-Texte im dtv.

Bundesministerium für Familie, Senioren Frauen und Jugend. 2000. *Auftaktveranstaltung „Altenhilfestrukturen der Zukunft“*. Ein Modellprogramm des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend am 9. und 10. März 2000 im Wissenschaftszentrum, Bonn. Berlin: BMFSFJ.

Bundesministerium für Familie, Senioren Frauen und Jugend. 2001. *Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Alter und Gesellschaft und Stellungnahme der Bundesregierung*. Berlin: BMFSFJ.

Bundesministerium für Familie, Senioren Frauen und Jugend. 2002. *Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation. Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger - unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen*. Berlin: BMFSFJ.

Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, Hrsg. 2003. *Patienten im Mittelpunkt. Die Eckpunkte: Auf dem Weg zur Modernisierung des Gesundheitswesens*. Bonn: BMGS.

Deppe, J. und W. Ropella. 1992. Die Effizienz von Qualitätszirkeln. (K)eine Frage der Unternehmenskultur? *Qualitätszirkel in der Arbeitswelt*. Hrsg. W. Bungard, 71-88. Göttingen: Hogrefe.

Dietz, B. 1999. Vernetzung als Steuerungsinstrument kommunaler Gesundheits- und (Alten-)Pflegethemen. *Handbuch der kommunalen Sozialpolitik*. Hrsg. B. Dietz, D. Eißel und D. Naumann, 203-21. Opladen: Leske + Budrich.

Dietz, B., D. Eißel und D. Naumann, Hrsg. 1999. *Handbuch der kommunalen Sozialpolitik*. Opladen: Leske + Budrich.

Döhner, H. 1999. Pflege vernetzt - Bausteine zur verbesserten Zusammenarbeit auf struktureller und individueller Ebene. *Evangelische Impulse*, Nr. 2: 21-25.

Döhner, H. 2001. Information und Beratung - Ein Beitrag zur Gesundheitsförderung und -versorgung. *Z Gerontol Geriatr* 34: 48-55.

Döhner, H. 2002. Care und Case Management für chronisch kranke alte Menschen. Das Hamburger Modell zur vernetzten Versorgung. *Gesellschaft, Gesundheit, Medizin - Erkundungen, Analyse und Ergebnisse*. Hrsg. A. Trojan und H. Döhner, 367-83. Frankfurt am Main: Mabuse Verlag.

Döhner, H. und C. Kofahl. 2000. *Versorgungsmanagement - eine Angelegenheit nur der Profis? Die Gesundheitsmappe in der Hand des Patienten*. Schriftenreihe Forum Sozial- Und Gesundheitspolitik. St. Augustin: Asgard Verlag.

Döhner, H., C. Bleich, C. Kofahl, und J. Lauterberg 2002. *Case Management für ältere Hausarztpatienten: Projekt Ambulantes Gerontologisches Team – PAGT*. BMFSFJ Hrsg. Schriftenreihe des BMFSFJ, Bd. 206, Kohlhammer

Döhner, H., R. Mutschler und M. Schmoeker, Hrsg. 1996. *Kooperation, Koordination und Vernetzung in der Altenarbeit. Neue Ansätze und erste Erfahrungen*. Gerontologie , Bd 7. Münster und Hamburg: Lit.

Elbe-Jeetzel-Klinik. "Integrierte Versorgung Elbe-Jeetzel." Web page, [accessed 20 November 2002]. Available at [http://www.elbe-jeetzel-klinik.de/IntVersorgung/body\\_intversorgung.html](http://www.elbe-jeetzel-klinik.de/IntVersorgung/body_intversorgung.html)

Engel, H. und D. Engels. 2000. *Case Management in der Altenhilfe. Internationale Erfahrungen, nationale Perspektiven Dokumentation der Fachtagung im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend am 3. und 4. Februar 2000 in Berlin*. Köln.

Ewers, M. und D. Schaeffer. 2003. Die Rolle der Pflege in der integrierten Versorgung. *Integrierte Versorgung. Entwicklungsperspektiven für Praxisnetze*. Hrsg. C. Tophoven und L. Lieschke, 193-213. Köln: Deutscher Ärzte Verlag.

Freie und Hansestadt Hamburg, Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales und Bezirksamt Wandsbek Hrsg. 2001. *Modellprojekt regionales Case- und Caremanagement in der Altenhilfe (MoCCA)*. Abschlussbericht. Ausgabe 6 der Fachkonzepte und Berichte der Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales, Amt für Soziales und Rehabilitation

Garms-Homolová, V. 1998. Was verstehen niedergelassene Ärzte unter Kooperation? *Medizin und Pflege. Kooperation in der ambulanten Versorgung*. V. Garms-Homolová und D. Schaeffer, 113-26. Wiesbaden: Ullstein Medical.

Garms-Homolová, V. und D. Schaeffer, Hrsg. 1998. *Medizin und Pflege. Kooperation in der ambulanten Versorgung*. V. Garms-Homolová und D. Schaeffer. Wiesbaden: Ullstein Medical.

Glaeske, G. 2002. Integrierte Versorgung in Deutschland - Rahmenbedingungen für mehr Effektivität und Effizienz? *Managed Care. Evaluation und Performance-Measurement integrierter Versorgungsmodelle*. Hrsg. K.-J. Preuß, J. Rübiger und J. H. Sommer, 3-19. Stuttgart: Schattauer.

Gräbel, E. 1998. Häusliche Pflege dementiell und nicht dementiell Erkrankter. Teil I: Inanspruchnahme professioneller Pflegehilfe. *Z Gerontol Geriatr* 31, Nr. 1: 52-6.

Hartmannbund & Arbeiterwohlfahrt, Hrsg. 1995. *Ambulante Geriatrie Rehabilitation. Dokumentation der Fachtagung „Ambulante Geriatrie Rehabilitation“ am 12. Mai 1995 in Ulm*. Ulm.

Haubrock, M., H. Hagmann und T. Nerlinger. 2000. *Managed Care. Integrierte Versorgungsformen*. Bern: Verlag Hans Huber.

Helmich, P. und H. Schneitler. 2000. Endbericht zur Interventionsstudie bei Patientinnen und Patienten mit Schlaganfall im ersten Jahr nach Eintritt des Schlaganfalls. „Düsseldorfer Schlaganfallprojekt“. Düsseldorfer Gesundheitskonferenz.

Hessisches Ministerium für Jugend, Familie und Gesundheit. 1992. Geriatrie-Konzept Hessen.

Hildebrandt GesundheitsConsult GmbH. 2002. *Integrierte Versorgung - Gemeinsame Konzeption für Integrierte Versorgungsgemeinschaft Elbe-Jeetzel entwickelt und am 25.7.2002 vorgestellt.*

<http://www.gesundheitsconsult.de/neujahr2003.htm>

Hirsch, R. D., J. Bruder, H. Radebold und H. K. Schneider, Hrsg. 1992. *Multimorbidität im Alter. Herausforderung für die Psychotherapie.* Göttingen: Hans Huber.

Hoberg R. 2002. Begrüßungsansprache zur Fachtagung „Qualitätsindikatoren der AOK für Arztnetze: Gründe und Ziele der AOK, Dokumentation der Fachtagung am 11./12.07.2002 in Köln

Hömann, U., G. Müller-Mundt, B. Schulz und H. Anton. 1998. *Einführung kooperativer Qualitätssicherungskonzepte im Krankenhaus. Entwicklung und Erprobung eines bedarfsgerechten und patientenorientierten Qualitätssicherungskonzeptes zum Ausbau zukunftsweisender gesundheitlicher Versorgungsstrukturen durch institutionen- und berufsübergreifende Kooperation.* Eschborn: Agnes Karl Institut für Pflegeforschung.

Holz, G. 1998. Kundenorientiert beraten. Hilfe von heute ist morgen überholt. *Forum Sozialstation*, Nr. 90: 20-24.

Hummel, K. 1992. Netzwerke in der Altenarbeit. *Vernetzung in der Altenarbeit und Altenpolitik. Probleme und Perspektiven in der neuen Bundesrepublik. Fachtagung Dortmund 26. - 28.9.1991.* Hrsg. H. Braun, J. Bruder, R. Veelken L. Dierl und H. Werner, 66-73. Köln: Kuratorium Deutsche Altenhilfe.

Igl, G. und J. Wasem. 2001. Potentiale und Grenzen der Integration von Gesetzlicher Krankenversicherung (SGB V) und Sozialer Pflegeversicherung (SGB XI). *Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den Einzelnen und die Politik.* Hrsg. Deutscher Bundestag Enquete-Kommission „Demographischer Wandel“ Heidelberg: R. v. Decker.

Kardoff, E. von. 1996. Die Gesundheitsbewegung - eine Utopie im Rückspiegel. *Macht \* Vernetzung \* Gesundheit? Strategien und Erfahrungen regionaler Vernetzungen im Gesundheitsbereich.* Hrsg. NRW GesundheitsAkademie / Landesinstitut für Schule und Weiterbildung, 15-43. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.

Kassenärztliche Bundesvereinigung. 1998. *Projekte zur Weiterentwicklung der ambulanten Versorgung im Überblick.*, Vol. 9. KBV-Kontext.

Kauss, T., S. Kühnert, G. Naegele, W. Schmidt und E. Schnabel. 1998. *Vernetzung in der ambulanten geriatrischen Versorgung die Schlüsselstellung des Hausarztes.* Münster: LIT Verlag.

KBV. "Vertragsübersicht." Web page, [accessed 20 November 2002]. Available at

<http://www.kbv.de/themen/2664.htm>

Kesselheim, H. 2002. Qualitativ hochwertige Pflege - Herausforderung für die Pflegeprofessionalität. *Qualität in der Pflege. Betreuung und Versorgung von pflegebedürftigen alten Menschen in der stationären und ambulanten Altenhilfe.* Hrsg. G. Igl, D. Schiemann, B. Gerste und J. Klose, 349-62. Stuttgart: Schattauer.

Klie, T. Hrsg. 1998. *Kooperative Qualitätssicherung in der geriatrischen Rehabilitation.* Forschungs- und Projektbericht Nr. 15 der Kontaktstelle für praxisorientierte Forschung e.V. an der Evangelischen Fachhochschule Freiburg. Eigenverlag

Klie, T. und Spiegelberg, R. Hrsg. 1998. *Fürs Alter sorgen. Grundlagen, Methoden, Standards kommunaler Altenplanung*. Forschungs- und Projektbericht 13 der Kontaktstelle für praxisorientierte Forschung e.V. an der Evangelischen Fachhochschule, Freiburg. Eigenverlag

Knieps, F. 2003. Wie definieren Krankenkassen ihre Interessen am Gesundheitsmarkt? *Integrierte Versorgung. Entwicklungsperspektiven für Praxisnetze*. Hrsg. C. Tophoven und L. Lieschke, 277-294. Köln: Deutscher Ärzte Verlag.

Kofahl, C. und H. Döhner. 1997. Kooperation in der Primärversorgung. Erfahrungen aus dem Projekt Ambulantes Gerontologisches Team PAGT. *PflegeKultTour 2001. Impulse und Perspektiven. Fünftes Jahrbuch der Studentischen Fachtagung Gesundheits- und Pflegewissenschaften*. Hrsg. Organisationsgruppe Studentische Fachgruppe Bremen. 107-131. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.

Konferenz der Fachberufe im Gesundheitswesen bei der Bundesärztekammer, Augsburg. 1994.

Kranich, C. 2002. Das Krankenhaus der Zukunft. Befürchtungen, Hoffnungen und Handlungsimpulse aus PatientInnensicht. *Impulse* 36/2002, 10-11

Kühnert, S., T. Kauss, W. Schmidt und E. Schnabel. 1998. Berufs- und institutionsübergreifende Kooperation - im Prinzip gewünscht, doch schwer realisierbar. *Neue Steuerungen in Pflege und Sozialer Arbeit*. Hrsg. R. Schmidt, H. Braun, K.-I. Giercke, T. Klie und M. Kohnert, 310-319. Regensburg: Transfer Verlag.

Landenberger M., H. Schaarschmidt und S. Zschätzsch. 2000. *Die koordinierte Entlassung von pflege- und hilfebedürftigen Patienten des Krankenhauses München-Neuperlach*. Abschlußbericht. Halle-Wittenberg: Martin-Luther Universität

Lorenz, K. P., G. von Mittelstaedt und T. Gaertner. 2000. "Managed care" - Perspektiven in Deutschland. *Gesundheitswesen* 62, Nr. 3: 127-29.

Madauss, B.J. 1994. Handbuch Projektmanagement. 5. Aufl. Stuttgart: Schäffer, Poeschel

Meier-Baumgartner, H.-P. 1995. Das Geriatrie Team. *Z Gerontol Geriat* 28: 87-88

Ministerium für Arbeit, Gesundheit, Familie und Frauen, Baden Württemberg, Hrsg. 1991. *Geriatriekonzept. Grundsätze und Zielvorstellungen zur Verbesserung der Versorgung alter, kranker Menschen*. Stuttgart

Ministerium für Gesundheit und Soziales, Sachsen-Anhalt. Landespflegekonzeption Sachsen-Anhalt.

Moers, M. 2002. Das Berufsprofil der Pflege in einem vernetzten Gesundheitssystem. Professionelle Pflege in Europa. European Congress of Nursing 2000, Münchner Pflegekongress 2000. Tagungsdokumentation. München

Mühlbacher, A. 2000. Informelle Vernetzung von Leistungsanbietern. *Public Health Forum* 27, Nr. 8: 14.

Müller, W. 1999. Ausgaben für Gesundheit 1997. *Wirtschaft Und Statistik* 12: 972-79.

Nerenheim-Duscha, I., W.H. Kruse & H.-P. Meier-Baumgartner 1995. Das interdisziplinäre Team auf der Assessment-Station. *Z Gerontol Geriat* 2: 96-103

OECD. 1999. *Gesundheitsdaten 1999. Vergleichende Analyse von 29 Ländern.* Organisation for Economic Cooperation and Development, Datenbank, Paris.

- Øvretveit, J. 1993. *Coordinating Community Care. Multidisciplinary teams and care management*. Buckingham: Open University Press
- Pfeffer, J. und G. Seibt. 2002. Das Netzwerk im Alter – Verbindlichkeit und Steuerung eines Altenhilfenetzes in Berlin-Pankow. *Pflegebedürftigkeit – Herausforderung für die Rehabilitation. Tagungsband der Europäischen Fachtagung der DVfR am 3.-5.10.2001 in Düsseldorf*. Hrsg. Oldiges, F. J., H.-M. Schian und P. W. Schönle. Interdisziplinäre Schriften zur Rehabilitation, Bd. 11; Ulm: Universitäts-Verlag, 290-293
- Renteln-Kruse W. von, I. Nerenheim-Duscha, R. Thiesemann und H.-P. Meier-Baumgartner 1998. Erste Erfahrungen mit der Assessment unit im Albertinenhaus. In: Steinhagen-Thiessen E Hrsg. 1998. *Das geriatrische Assessment*. Stuttgart: Robert Bosch Stiftung: Materialien und Berichte, 48
- Riedel, W. 2000. Auswahl und Inhalte der Modellprojekte. *Auftaktveranstaltung „Altenhilfestrukturen der Zukunft“*. Ein Modellprogramm des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend am 9. und 10. März 2000 im Wissenschaftszentrum. Hrsg. BMFSJ. 7-17. Bonn. Berlin: BMFSFJ.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. 2001. Gutachten 2000/2001. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band 3: Über-, Unter- und Fehlversorgung. Ausführliche Zusammenfassung. <http://www.svr-gesundheit.de/gutacht/sogu00/kurz00.pdf>
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. 2003. Gutachten 2003. Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität. Kurzfassung. Web page, [accessed 20030502]. Available at <http://www.svr-gesundheit.de/gutacht/gutalt/gutaltle.htm>
- Salzmann-Zöbeley, R. und R. Vornefeld. 2002. Mobile Reha für geriatrische Patienten. Mit der interdisziplinären Zusammenarbeit steht und fällt der Erfolg. *Forum Sozialstation*, Nr. 115: 29-31.
- Schaeffer, D. & M. Ewers 2002. Intergration der Versorgung in Zeiten von DRGs – Bedeutung und Konsequenzen für die Pflege. *Gesundh ökonom Qual manag* 7: 316-323
- Schaeffer, D. 1998. Innerprofessionelle Sicht der Kooperation. Die Perspektive der Pflege *Medizin und Pflege. Kooperation in der ambulanten Versorgung*. Hrsg. V. Garms-Homolová und D. Schaeffer, 83-101. Wiesbaden: Ullstein Medical.
- Schick, B. 1996. Überblick über geriatrische Kooperationsmodelle mit Hausärztinnen und Hausärzten. *Gesundheit durch Kooperation. Die Rolle des Hausarztes in der geriatrischen Versorgung. Dokumentation der Fachtagung vom 12.-13. Januar 1996 in Hamburg*. Hrsg. H. Döhner und B. Schick, 49-69. Hamburg: Lit.
- Schick, B. und H. Döhner 1996. Berufsübergreifende Kooperation in der Primärversorgung älterer Menschen- Forschungsergebnisse mit Praxiskonsequenzen. *Das Gesundheitswesen* 58: 126-131
- Schmidt, R. 2002a. Impulse zur sektoren- und systemübergreifenden Qualitätsentwicklung. *Lebensqualität im Alter. Generationenbeziehungen und öffentliche Servicesysteme im sozialen Wandel*. Hrsg. A. Motel-Klingebiel, H.-J. von Kondratowitz und C. Tesch-Römer, 175-200. Opladen: Leske + Budrich.
- Schmidt, R. 2002b. Soziale Dienste im demographischen Wandel. *Das Pflegewesen und die Pflegebedürftigen. Analysen zu Wirkungen der Pflegeversicherung und ihrem Reformbedarf*. Hrsg. Th. Klie, A. Buhl, H. Entzian und R. Schmidt, 77-93. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.

Schmidt, R., H. Entzian, K.-I. Giercke und T. Klie, Hrsg. 1999. *Die Versorgung pflegebedürftiger alter Menschen in der Kommune: Daseinsvorsorge, Leistungserbringung und bürgerschaftliche Verantwortung in der Modernisierung der Pflege*. Frankfurt: Mabuse Verlag.

Schmidt, U. (2001). Qualität sichern – Wirtschaftlichkeit stärken. Rede von Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt anlässlich der Veranstaltung der Friedrich-Ebert-Stiftung „Mittel- und langfristige Gestaltung des deutschen Gesundheitswesens“ am 05.12.2001 in Berlin, 7-17. *Patienten im Mittelpunkt. Die Eckpunkte: Auf dem Weg zur Modernisierung des Gesundheitswesens*. Hrsg. Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, Hrsg. 2003. Bonn: BMGS.

Schmidtke, A. & L. Kosan. 2002. Ambulante und stationäre Vernetzung: Zur zukünftigen Problematik der DRGs – Möglichkeiten der Clinical Pathways aus Sicht des klinischen Pflegemanagements. *Gesundh ökonom Qual manag* 7: 324-330

Schröder, K.T. 2003. Zitiert in: CAREkonkret, Nr. 12, 21. März 2003, S.1

Schulz-Nieswandt, F. 1998. Zur Zukunft des Gesundheitswesens. *Z Gerontol Geriat* 31: 382-86.

Schwartz, F. W. und R. Busse. 1994. *Das Gesundheits-Struktur-Gesetz und die geplante dritte Reformstufe des deutschen Gesundheitswesens - ein Bewertung aus der Public Health-Perspektive*, Überarbeitete Version des am 11.5.1994 im Rahmen der Ringvorlesung "Public Health - eine interdisziplinäre Wissenschaft" an der Medizinischen Hochschule Hannover gehaltenen Vortrages.

Schweizer, C. & F. Brandt. 1997. *Ambulante Geriatrische Rehabilitation. Endbericht zum Modellversuch des Sozialministeriums*. Stuttgart

Sozialministerium Baden-Württemberg, Hrsg. 1998. *Dokumentation des Workshops „Vernetzte Strukturen im Gesundheitswesen“ 8. Juli 1997*. Stuttgart: Kurz & Co Druckerei.

Sozialministerium Baden-Württemberg, Hrsg. 1999. *Modellversuch Ostfildern „Qualitätssicherung in der Langzeitbetreuung geriatrischer Patienten“ Der Patientenpass Ostfildern als Instrument für eine einrichtungs- und berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit*. Stuttgart.

Sozialministerium Baden-Württemberg. Geriatrie-Konzept Baden-Württemberg.

SPD & Bündnis 90/Die Grünen. 2002. *Koalitionsvertrag zwischen SPD und Bündnis 90/Die Grünen vom 16.10.2002*

Stamer, M. 2002. *Qualitätsverbesserung auf der Ebene des Care Managements. Kommunikation, Kooperation und Koordination in der ambulanten und ambulant-stationären Versorgung*. Hannover: Ärztekammer Niedersachsen, Zentrum für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen (ZQ).

Stamm, T., B. Zimmer, G. Rapp und A. Gehrke. 1996. Wohnortnahe Geriatrische Rehabilitation: Grundsätze und Anforderungen. *Geriatrie Praxis*, Nr. 5: 28-32.

Statistisches Bundesamt. 1998. *Gesundheitsbericht für Deutschland*.

Statistisches Bundesamt. 2002a. Web page, [accessed 23 September 2002]. Available at <http://www.destatis.de/basis/d/gesu/gesutab1.htm>.

- Steiner-Hummel, I. 1999. Gemeinwesenorientierte Pflege als Weg der kommunalen Altenhilfeentwicklung. *Die Versorgung pflegebedürftiger alter Menschen in der Kommune: Daseinsvorsorge, Leistungserbringung und bürgerschaftliche Verantwortung in der Modernisierung der Pflege*. R. Schmidt, H. Entzian, K.-I. Giercke und T. Klie, Hrsg. Frankfurt: Mabuse Verlag.
- Szathmary, B. 1999. Neue Versorgungskonzepte im deutschen Gesundheitswesen. Disease und Case Management. Neuwied, Kriftel: Luchterhand
- Tesch-Römer, C., Hrsg. 2002. *Gerontologie und Sozialpolitik.*, Frauen Senioren und Jugend Bundesministerium für Familie, Bd. 214. Stuttgart: Kohlhammer.
- von dem Knesebeck, O., B. Badura, P. Zamora, B. Weihrauch, W. Wense und J. Siegrist. 2001. Evaluation einer gesundheitspolitischen Intervention auf kommunaler Ebene - Das Modellprojekt "Ortsnahe Koordination der gesundheitlichen und sozialen Versorgung" in Nordrhein-Westfalen. *Gesundheitswesen* 63, Nr. 1: 35-41.
- Wendt, R. 1997. *Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen. Eine Einführung*. Freiburg: Lambertus-Verlag.
- Wendt, R. 1999. Case Management in der ambulanten und stationären Altenhilfe. *Vernetzung und Kooperation in der ambulanten und stationären Altenhilfe. Dokumentation der Fachtagung am 9.3.1999*. Akademie der Diözese Rottenburg-Stuttgart, 70-82. Stuttgart.
- Wernicke G., A. Trabitze, K. Tzschätzsch, C. Pirk. 2000. *Gerontopsychiatrischer Verbund Charlottenburg - Modellprojekt zur Verbesserung der Situation Pflegebedürftiger*. Abschlußbericht nach 3jährigem Betreiben des Gerontopsychiatrischen Verbundes Berlin-Charlottenburg. Berlin
- Westebbe, P. W. 1999. *Ärzte im Netz. Eine qualitative Untersuchung über die Entwicklung neuer Kooperations- und Organisationsformen in der ambulanten Medizin in Deutschland*. Delphi – Studienreihe zur Zukunft des Gesundheitswesens.
- Wissert, M. 1998. Wer ist der richtige Case Manager? Anforderungs- und Handlungsprofile bei der Hilfeplanung für die ambulante Pflege und Versorgung alter Menschen. *Neue Steuerungen in Pflege und sozialer Altenarbeit*. Hrsg. Gesellschaft für Soziale Gerontologie und Altenarbeit. Deutsches Zentrum für Altersfragen e.V., 321-31. Transfer Verlag.
- Wissert, M. 1998a. Grundfunktionen und fachliche Standards des Unterstützungsmanagement. *Zeitschrift Für Gerontologie Und Geriatrie* , Nr. 31: 331-37.
- Wissert, M. 1998b. Wer ist der richtige Case Manager? Anforderungs- und Handlungsprofile bei der Hilfeplanung für die ambulante Pflege und Versorgung alter Menschen. *Neue Steuerungen in Pflege und Sozialer Arbeit*. Hrsg. R. Schmidt, H. Braun, K.-I. Giercke, T. Klie und M. Kohnert, 321-31. Regensburg: Transfer Verlag.
- Wißmann, P. 1995. Ambulante Rehabilitation und Koordinationsstellen. *Berliner Ärzte* , Nr. 8: 18-19.
- Wißmann, P. und M. Langehenning. 1998. Durchblick für die KundInnen im Pflegemarkt. Die Berliner Koordinationsstellen: Auf dem Weg zum bleibenden Angebot. *Häusliche Pflege* , Nr. 1: 21.

Wohlfahrtswerk für Baden-Württemberg, Hrsg. 1998. *Neue Modelle der ambulanten geriatrischen Rehabilitation. Konzepte Leistungen Finanzierung. Dokumentation der 42. Fachtagung des Wohlfahrtswerks für Baden-Württemberg am 18. September 1997 im Messecongresszentrum B. Stuttgart.*