

**Modellprogramm zur Weiterentwicklung
der Pflegeversicherung gem.
§ 8 Abs. 3 SGB XI**

Modellprojekt
„Case und Care Management im Rahmen
trägerneutraler Pflegeberatung“

1. Dezember 2006 bis 31. Dezember 2008

-Endbericht-

Projektnehmer:
Sozialverband Deutschland e.V., Landesverband Niedersachsen

Wissenschaftliche Begleitung:
Institut für Pflegewissenschaft, Bielefeld

Hannover, Januar 2009

Inhalt

1. Einleitung.....	4
1.1 Ausgangslage des Modellvorhabens.....	4
1.2 Ziele und Aufbau des Projektes.....	5
2. Gesamtprojektverlauf.....	7
2.1 Einwicklungen in den Jahren 2006 bis 2008.....	7
2.1.1 Entwicklungen im Jahr 2006.....	7
2.1.2 Entwicklungen im Jahr 2007.....	7
2.1.3 Entwicklungen im Jahr 2008.....	10
2.1.4 Zusammenfassung.....	13
2.2 Konzeptionelle und methodische Vorbereitungen.....	13
2.2.1 Einführungsschulung.....	14
2.2.2 Beratungsleitfaden.....	15
2.2.3 Handlungskonzept.....	16
2.3 Klientenbezogene Unterstützung / Fallarbeit.....	17
2.3.1 Auskunft und Information.....	17
2.3.2 Beratung.....	18
2.3.3 Case Management.....	20
2.4 Laufende Dokumentationsarbeiten.....	27
2.4.1 Erfassung klientenbezogener Daten bis Ende 2007.....	27
2.4.2 Erfassung klientenbezogener Daten ab 2008	27
2.5 Internes Qualitätsmanagement.....	29
2.5.1 Leistungskatalog.....	30
2.5.2 Qualitätsstandards.....	33
2.6 Zielgruppenorientierte Öffentlichkeitsarbeit.....	34
2.7 Gewinnung ehrenamtlicher Mitarbeiter.....	36
2.8 Schwerpunkt „Implementierung von Case und Care Management“.....	37

2.8.1 Die Konzeption.....	37
2.8.2 Die praktische Umsetzung.....	39
3. Zusammenfassung.....	43
Abbildungsverzeichnis	
Abbildung 1: Aufbau des Modellprojektes.....	6
Abbildung 2: Die Standorte des Modellprojektes in Niedersachsen.....	6
Abbildung 3: Screenshot Homepage.....	35
Tabellenverzeichnis	
Tabelle 1: Indikatorenliste Case Management.....	21
Tabelle 2: Leistungskatalog.....	31
Tabelle 3: Qualitätsstandsstandards.....	33
Anhangsverzeichnis	
Anhang I: Beratungsleitfaden	
Anhang II: Handlungskonzept	
Anhang III: Pressespiegel	

1. Einleitung

Das Modellprojekt „Case und Care Management im Rahmen trägerneutraler Pflegeberatung“ in Trägerschaft des Sozialverband Deutschland e.V. hatte eine geplante Laufzeit von vier Jahren (Dezember 2006 bis November 2010). Es wurde zum 31. Dezember 2008 vorzeitig beendet. Mit dem vorliegenden Endbericht wird der Projektverlauf dargestellt.

Begonnen wird mit einer Beschreibung der Ausgangslage und Zielsetzungen, die maßgeblich für die Bewilligung der Durchführung des Modellvorhabens waren. Im Anschluss folgt eine detaillierte Darstellung des Gesamtprojektverlaufes. Dabei steht die Implementierung eines Case und Care Management-Ansatzes im Mittelpunkt. Einzelne Meilensteine, wie zum Beispiel die innerhalb des Projektes entwickelten Instrumente (Assessmentinstrument, Handlungskonzept etc.) werden hierbei genauer betrachtet. Zum Schluss wird versucht, einige Empfehlungen für ähnliche Modellvorhaben zu entwickeln.

Dem Bericht schließt sich eine umfassende Auswertung quantitativer Daten der wissenschaftlichen Begleitforschung des Instituts für Pflegewissenschaft in Bielefeld an. Auf eine Auswertung und Benennung fallspezifischer Daten wird daher an dieser Stelle verzichtet.

1.1 Ausgangslage des Modellvorhabens

Ausgangslage für die Beantragung zur Durchführung des Modellvorhabens war die Feststellung, dass es zwar vielfältige Beratungsangebote gibt, es aber an „Hilfen aus einer Hand“ fehlt. Es wurde festgestellt, dass es einer Ergänzung des bestehenden Informations- und Beratungsangebotes insofern bedarf, als das eine umfassende Begleitung mit der Methode des Case Managements notwendig ist, um auf bereits vorhandene Angebote (im Sinne des Ratsuchenden) zielgerichtet und effizient zugreifen zu können. Es fehlt, so wurde konstatiert, eine koordinierende Instanz, die es dem Ratsuchenden möglich macht, das jeweils fallspezifische Optimum an Versorgungs- und Unterstützungsleistungen überhaupt in Anspruch nehmen zu können.

Die Implementierung eines darauf ausgerichteten Case und Care Management-Ansatzes wurde als eine mögliche Lösung der vorherrschenden Problematik betrachtet.

Des Weiteren sollten mit dem Modellprojekt Versorgungslücken durch den Aufbau bedarfsgerechter niedrigschwelliger Angebote geschlossen werden.

Ein weiterer wichtiger Aspekt war die Feststellung, dass es zum damaligen Zeitpunkt in Niedersachsen so gut wie keine Anlaufstellen für Menschen gab, die im Vorfeld von Pflegebedürftigkeit einen Informations- und Beratungsbedarf hatten (Prävention).

1.2 Ziele und Aufbau des Projektes

Im Rahmen des Modellprojektes wurden folgende Ziele verfolgt:

- Umsetzung des Prinzips „Hilfe aus einer Hand“ (Implementierung Case Management)
- Strukturentwicklung und Vernetzung bereits vorhandener Angebote (Implementierung Care Management)
- Übergeordnetes Ziel: Verbleib in der häuslichen Umgebung und Verwirklichung des Grundsatzes: „ambulant vor stationär“

Das Informations- und Beratungsangebot wurde in drei niedersächsischen Modellregionen erprobt und evaluiert: Im Landkreis Ammerland, im Landkreis Diepholz und in der Stadt Hannover.

Der Aufbau des Projektes sah wie folgt aus:

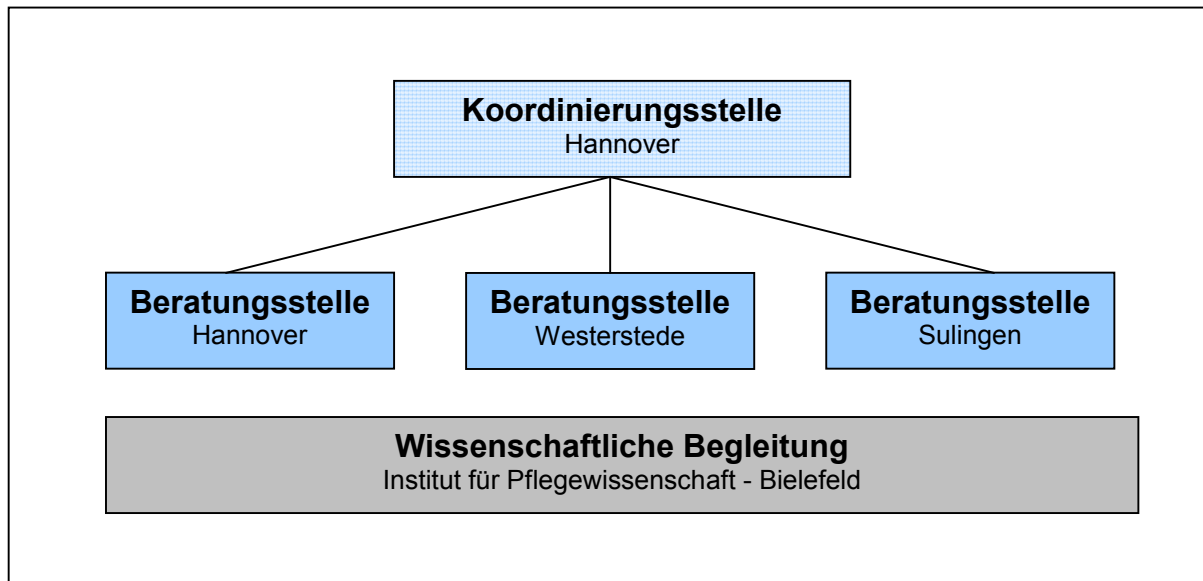


Abbildung 1: Aufbau des Modellprojektes

Bei der Wahl der Standorte wurde das Ziel verfolgt, dass Modellvorhaben sowohl im ländlichen als auch im städtischen Raum zu implementieren. Neben einer Verbesserung der Versorgung im ländlichen Bereich sollte es darüber hinaus einen guten Stadt/Land-Vergleich hinsichtlich der Effektivität des Angebotes sowie der Unterschiede ermöglichen.



Abbildung 2: Die Standorte des Modellprojektes in Niedersachsen

2. Gesamtprojektverlauf

2.1 Entwicklungen in den Jahren 2006 bis 2008

Nachfolgend wird ein Überblick über die wichtigsten Entwicklungen in den Jahren 2006 bis 2008 gegeben.

2.1.1 Entwicklungen im Jahr 2006

Das Modellvorhaben ist am 1. Dezember 2006 mit Besetzung der Koordinierungsstelle in Hannover gestartet. Die Koordinierungsstelle ist mit einer Diplom-Pädagogin besetzt worden, die 6 Jahre im Bereich der stationären Altenarbeit tätig war. Sie verfügt sowohl über praktische Kenntnisse im Bereich der Pflege als auch über umfangreiche Erfahrungen im Bereich der Pflege- und Wohnberatung, die sie in Modellprojekten gesammelt hat. Sie befand sich in der Weiterbildung zur zertifizierten Case Managerin, die Anfang 2008 erfolgreich abgeschlossen wurde.

Aufgabe der Koordinierungsstelle war es zunächst, den strukturellen und konzeptionellen Rahmen für die Arbeit der BeraterInnen vor Ort zu schaffen. Neben dem Kennenlernen der drei Beratungsstellen wurde eine vorläufige Stellenbeschreibung und Stellenausschreibung mit Anforderungsprofil für die Beratungsstellen erarbeitet. Weiterhin wurde ein Einarbeitungskonzept entworfen.

Mit der wissenschaftlichen Begleitforschung wurden erste Absprachen bezüglich der Umsetzung der Meilensteinplanung getroffen.

Die notwendige Öffentlichkeitsarbeit wurde geplant. Neben der Einigung auf einen für die Zielgruppe des Projektes verständlichen Namen gehörte dazu der Entwurf eines Flyers zur Vorstellung des neuen Beratungsangebotes.

2.1.2 Entwicklungen im Jahr 2007

Die Entwicklungen im Jahre 2007 waren geprägt von dem Aufbau der notwendigen Strukturen, der Vorstellung des neuen Beratungsangebotes in der Öffentlichkeit bei

gleichzeitiger Aufnahme der Beratungstätigkeit. Unvorhergesehene Schwierigkeiten und Ereignisse (ein Standortwechsel sowie zwei Personalwechsel) verzögerten die Umsetzung der Meilensteinplanung in erheblichem Maße.

Die Stellen der BeraterInnen wurden zum 1. April 2007 besetzt. Nach einer zweiwöchigen Einführung wurden bereits ab Mitte April 2007 Beratungen durchgeführt. Das Arbeitsverhältnis mit der Beraterin in Sulingen musste noch in der Probezeit beendet werden. Die Beratungsstelle ist zum 1. September 2007 neu besetzt worden. Aufgrund des ländlichen Standortes und der wenigen zur Verfügung stehenden Bewerber gestaltete sich die Personalauswahl sehr schwierig, so dass die Stelle über drei Monate nicht besetzt war.

Die Beratungsstellen sind mit einer Diplom-Pädagogin, einer Diplom-Gerontologin sowie einem Gerontologen besetzt worden. Alle Mitarbeiter verfügten über Erfahrungen im Bereich der Beratung und der Altenhilfe. Die Beraterin in Westerstede hatte beispielsweise vor Beginn ihrer Tätigkeit im Modellprojekt bereits in einer Pflege- und Wohnberatungsstelle gearbeitet.

Von der Koordinierungsstelle wurden bis April 2007 Stellenbeschreibungen und ein Konzept zur Einarbeitung der Case Managerinnen erarbeitet sowie Instrumente zur standardisierten Dokumentation von Beratungsanfragen erstellt. Zusammen mit den BeraterInnen wurden der Beratungsleitfaden und das Handlungskonzept erstellt.

Auf kommunaler Ebene sowie bei örtlichen Dienstleistern wurde das Projekt vorgestellt. Dazu wurden Gespräche mit Bürgermeistern, den örtlichen Sozialhilfeträgern, Pflegekassen, Krankenhaussozialdiensten, ambulanten Pflegediensten und weiteren wichtigen Akteuren sowie potentiellen Zuweisern geführt.

Weiterhin erfolgten die Durchführung zielgerichteter Öffentlichkeitsarbeit, die Entwicklung eines Leistungskataloges sowie die ersten Prozessschritte mit Blick auf die Verankerung eines Qualitätsmanagementsystems. Darüber hinaus wurde ein umfangreiches Dokumentationssystem entwickelt und im Laufe des Jahres angepasst und modifiziert.

Besonderheiten und Schwierigkeiten

Im ersten Jahr wurden neben der Beratungstätigkeit die beschriebenen konzeptionellen und methodischen Vorbereitungen getroffen. Strukturelle Schwierigkeiten und interne Schnittstellenprobleme haben dabei dazu geführt, dass sich die Arbeitsschwerpunkte der BeraterInnen verschoben haben. Im Vordergrund stand die konzeptionelle Mitarbeit sowie die Öffentlichkeitsarbeit.

Das Modellprojekt wurde potentiellen Kooperationspartnern so zum Beispiel Krankenhaussozialdiensten, Fachärzten, ambulanten Pflegediensten und kommunalen Entscheidungsträgern vorgestellt. Als besondere Schwierigkeit erwies sich dabei, dass der Träger im Sektor der Altenhilfe nicht bekannt war. Daher war es erforderlich, zunächst den SoVD vorzustellen und erst im Anschluss daran das Projekt mit dem Schwerpunkt Case Management.

An allen Standorten gab es Ende des Jahres 2007 punktuelle Kontakte. Beständige Kooperationsbeziehungen zeichneten sich dagegen nicht ab. Auch sind die Fallzahlen in Bezug auf das Case Management im ersten Jahr der Projektlaufzeit nicht erreicht worden. Für die Beratungsstelle in Sulingen stellte sich die Situation als besonders problematisch dar, da dort viele, durch den Landkreis initiierte Angebote bereits vorhanden waren. Das Beratungsangebot ist trotz massiver Öffentlichkeitsarbeit von Beginn an schlecht in Anspruch genommen worden.

Die Pflege- und Wohnberaterin der Beratungsstelle in Hannover hat das Projekt auf eigenen Wunsch zum 31. Dezember 2007 verlassen. Die Stelle konnte mit einer Diplom-Pädagogin zum 1. Januar 2008 nahtlos neu besetzt werden.

Zusammenfassend hat sich gezeigt, dass die Vorbereitungszeit für die Strukturentwicklung in der Meilensteinplanung zu kurz bemessen war. Zusätzlich verzögert wurde die Arbeit durch unvorhergesehene Entwicklungen. So hat der Aufbau der Beratungsstellen an den Standorten erheblich mehr Zeit in Anspruch genommen als vorgesehen. Auch bei der Einbindung in die lange bestehenden Strukturen der Beratungsstellen des SoVD sind Konflikte aufgetreten, die vorher nicht absehbar waren und zusätzliche Absprachen und Aushandlungsprozesse notwendig gemacht haben. So musste beispielsweise die Schnittstelle zur Sozialberatung des SoVD und die Zu-

sammenarbeit der BeraterInnen mit den ehrenamtlichen Kreisvorständen geklärt werden. Auch war es schwierig, dass der Beraterin in Westerstede nicht von Beginn an ein Büro zur alleinigen Nutzung zur Verfügung stand. Die Eingliederung des Projektes in die Verbandsstrukturen und die damit einhergehenden Schwierigkeiten und Aushandlungsprozesse haben gerade im ersten Jahr sehr viele zeitliche Ressourcen in Anspruch genommen.

2.1.3 Entwicklungen im Jahr 2008

Der Projektverlauf im Jahr 2008 war von Beginn an bestimmt von dem zielgerichteten Bemühen, die Fallzahlen für das Case Management zu steigern. Nachdem sich zu Beginn des Jahres abzeichnete, dass es schwierig wird, die Fallzahlen und damit die Projektziele zu erreichen, wurden in Absprache mit dem (damals zuständigen) VdAK gezielte Maßnahmen zur Erhöhung der Fallzahlen erarbeitet, die folgende Punkte umfasste:

Vertiefung der Kontakte auf der Leitungsebene

Die Frage, auf welcher Hierarchieebene Gespräche geführt werden, hat verstärkt Beachtung gefunden.

Zielgruppenspezifische Öffentlichkeitsarbeit

Die Öffentlichkeitsarbeit wurde für bestimmte Zielgruppen weiter konkretisiert. Eine solche Konzentration war im Jahr 2007 nicht ausreichend erfolgt.

Konzentration auf bestimmte Patientengruppen

Es standen ausgewählte Patientengruppen, die in krisenhaften Versorgungsphasen erfahrungsgemäß einer umfangreichen Unterstützung und Koordination im Sinne des Case Management bedürfen, im Vordergrund des Projektes.

Dazu gehörten unter anderem:

1. Patienten nach einem Sturz, meist mit Oberschenkelhalsbruch, und
2. Schlaganfallpatienten

Fokus: Case Management

In der Außendarstellung wurde das Spezifische des Methodensets Case Management stärker herausgestellt. Konkurrenz- und Akzeptanzprobleme sollten vermieden oder verringert werden, indem die Vorteile einer Kooperation hervorgehoben wurden.

Zielgerichtete Ansprache potentieller Kooperationspartner mit Schlüsselfunktion

Ein potentieller Kooperationspartner mit Schlüsselfunktion ist zum Beispiel der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK). Im Rahmen der Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit oder bei Wiederholungsbegutachtungen können Gutachter bei Bedarf auf das Unterstützungsangebot aufmerksam machen.

Ausbau und Pflege angebahnter Kontakte/Kooperationen

Die bisher angebahnten Kooperationsbezüge sollten ausgebaut und gepflegt werden. Es hat im ersten Jahr eine Vielzahl von Gesprächen an allen drei Standorten mit dem Ziel einer Kooperation stattgefunden. Dort, wo es Interesse gegeben, sich aber noch keine stabilen Kooperationsbeziehung entwickelt hatten, wurde noch einmal Kontakt aufgenommen. Dies galt zum Beispiel für die „Stroke Unit“ im Zentralklinikum Bremen, mit welcher ein erstes Gespräch mit dem Ergebnis einer grundsätzlichen Bereitschaft zur Kooperation geführt worden ist. Dennoch war daraus keine Zusammenarbeit mit Überleitung von Case Management-Fällen entstanden. In einem weiteren Gespräch sollte versucht werden zu klären, welche Gründe eine verbindliche Kooperation verhindert haben und welche Schritte erforderlich sind, diese zu erreichen.

Weitere Arbeitsschwerpunkte 2008

Wie im Bericht der wissenschaftlichen Begleitforschung ersichtlich, war die Öffentlichkeitsarbeit ein ganz wesentlicher Punkt. Fast die Hälfte aller Ratsuchenden haben den Weg in die Beratungsstellen gefunden, weil es vorab Informationsveranstaltungen oder Presseartikel gegeben hat. An allen Standorten haben die BeraterInnen Informationsveranstaltungen zu unterschiedlichen Themenbereichen organisiert und durchgeführt.

Im Laufe des Jahres 2008 hat es wesentliche Änderungen des Dokumentationsverfahrens gegeben. So wurde die bis Ende 2007 in Papierform geführte Dokumentation zu Gunsten einer Software abgeschafft. Die Software ist den Bedürfnissen der Bera-

terInnen und den Anforderungen der wissenschaftlichen Begleitforschung entsprechend angepasst worden, Wichtig war dabei insbesondere die Anpassung des Assessment für den Bereich des Case Managements. Näheres hierzu unter Punkt 2.4.

Anfang des Jahres 2008 sind sowohl der Beratungsführer als auch das Handlungskonzept veränderten Anforderungen angepasst worden. Eine weitere Anpassung ist aufgrund des längeren krankheitsbedingten Ausfalls der Projektleiterin nicht erfolgt.

Mit dem Aufbau ehrenamtlicher Helferkreise sollte 2008 begonnen werden. Es zeichnete sich an den Standorten Westerstede und Hannover auch ein Bedarf an Unterstützungsangeboten im Bereich der Alltagshilfe ab. Viele Ratsuchende äußerten den Wunsch kostengünstige und stundenweise Entlastungsangebote, insbesondere im hauswirtschaftlichen Bereich, in Anspruch nehmen zu wollen. Erste Überlegungen zur Gewinnung und Qualifizierung von ehrenamtlichen Helfern wurden angestellt und Gespräche mit Kooperationspartnern, die bei einer Schulung der Helfer mitwirken sollten, geführt. Aufgrund des schwierigen Projektverlaufes konnten diese Planungen jedoch nicht umgesetzt werden. Näheres hierzu unter Punkt 2.7.

Besonderheiten und Schwierigkeiten

Wie erwähnt, zeichnete sich Anfang des Jahres ab, dass die angestrebten Fallzahlen im Bereich des Case Managements nur schwer erreicht werden können. Die Standorte Westerstede und Hannover sind zwar in Bezug auf die Leistungsbestandteile Auskunft/ Information und Beratung gut in Anspruch genommen worden, aus den Beratungsanfragen haben sich aber kaum Case Management-Fälle ergeben. Die sich bereits im Jahr 2007 abzeichnende problematische Situation am Standort Sulingen konnte auch 2008 nicht verändert werden. Die Beratungsstelle wurde auch in Bezug auf die Leistungsbestandteile Auskunft/Information und Beratung kaum in Anspruch genommen, so dass der Standort im September 2008 aufgegeben worden ist.

In Westerstede und Hannover waren die Anfragen im Bereich Auskunft/ Information und Beratung bis Oktober 2008 konstant. Es lässt sich jedoch eine deutliche positive Verschiebung erkennen. Waren es vor 2007 noch mehr Auskünfte und Informationen, die weiter gegeben worden sind, so sind es 2008 im Verhältnis deutlich mehr und auch komplexere Beratungsanfragen, die bearbeitet wurden. Insgesamt haben

sich die Fallzahlen im Bereich des Case Managements also im Laufe des Jahres zwar erhöht, die angestrebte Zahl konnte jedoch auch an diesen beiden Standorten nicht erreicht werden.

2.1.4 Zusammenfassung

Insgesamt ist es gelungen, in Westerstede und Hannover ein sehr gut etabliertes Beratungsangebot zu schaffen. Nicht gelungen ist es jedoch, das Methodenset Case Management zu etablieren und die in der Konzeption vorgegebenen Fallzahlen zu erreichen. Auch die Umsetzung der Meilensteinplanung ist zeitlich und inhaltlich nicht wie geplant erfolgt. Dazu gehörten Meilensteine wie die Initiierung und Qualifizierung ehrenamtlicher Helferkreise, die nicht umgesetzt werden konnten.

Neben der schon erwähnten zu kurz bemessenen Vorbereitungszeit hat sich die Aufgabenstellung, ein vollkommen neues Beratungsangebot aufzubauen, dies gezielt bekannt zu machen und sowohl Beratung im Vorfeld von Pflege durchzuführen, als auch das Methodenset „Case Management“ zu implementieren, als schwer realisierbar erwiesen. Während sich für den Bereich Auskunft, Information und Beratung die im ersten Jahresbericht gezogene positive Bilanz bestätigt hat und der Ansatz, auch im Vorfeld von Pflege tätig zu werden, realisiert werden konnte, gilt dies für das Case Management nicht. Vieles deutet darauf hin, dass für dieses breite Aufgabenspektrum die zeitlichen und personellen Ressourcen nicht ausreichend bemessen waren.

2.2 Konzeptionelle und methodische Vorbereitungen

Neben einem Konzept für die Einarbeitung der BeraterInnen bestand die konzeptionelle und methodische Vorbereitung des Modellvorhabens in der Erstellung folgender Konzepte und Instrumente:

- Handlungskonzept
- Beratungsleitfaden
- Leistungskatalog

- Zielgruppen und Zugangskriterien für das Case Management
- Vorläufige Kriterien zur Beendigung von Case Management-Fällen
- Instrumente zur laufenden Falldokumentation
- Erstellung von Instrumenten für den Case Management-Prozess (bis Dezember 2007 in Papierversion, ab Januar 2008 Datenbankgestütztes Assessment)

Diese Arbeiten sind abgeschlossen, wobei Beratungsleitfaden und Handlungskonzept bis einschließlich Februar 2008 den sich jeweils ändernden Anforderungen angepasst worden sind.

Die regionalen Angebote aus dem Sektor der Altenhilfe wurden seitens der wissenschaftlichen Begleitforschung innerhalb einer Synopse erfasst und danach von den BeraterInnen laufend angepasst und ergänzt.

Nachfolgend werden der Entstehungsprozess und die Resultate einiger konzeptioneller und methodischer Arbeiten erörtert. Die fertig gestellten Materialien befinden sich zum Teil im Anhang sowie im Verlauf des weiteren Berichtes.

2.2.1 Einführungsschulung

Mit Einstellung der BeraterInnen hat im April 2007 eine zweiwöchige Einführungsschulung stattgefunden, die von der Koordinatorin entwickelt und durchgeführt worden ist. Zentrale Inhalte dieser Schulung waren:

- **Vorstellung und Rollenklärung der Projektmitarbeiterinnen:** Kennenlernen des SoVD Niedersachsen als Träger des Projektes, Klären von Erwartungen.
- **Erörterung des Projektverlaufes und der damit verbundenen Meilensteinplanung:** Klärung wichtiger Prozessschritte
- **Erörterung der Entstehungsgeschichte des Case Management**
- **Erarbeitung einer gemeinsamen Case Management-Definition:** Textliche Grundlagenarbeit
- **Grundhaltungen und Erfolgsfaktoren in Bezug auf die Arbeit mit dem Methodenset des Case Managements**

- **Vorstellung des Institut für Pflegewissenschaft als wissenschaftliche Begleitung:** Rollenklärung und Einführungspräsentationen Case Management und Beratung
- **Festlegung gemeinsamer Leitgedanken- und prinzipien zur Umsetzung des Modellvorhabens**
- **Grundlagen der Netzwerkarbeit:** Diskussion und Erörterung des Care Management Begriffs, Bedeutung der Verschränkung von Fall- und Systemebene
- **Klientenbezogene Arbeitsschritte:** Differenzierung der Bereiche Auskunft/ Information, Beratung und Case Management, Rollenspiele zur Durchführung eines Case Management Prozesses
- **Öffentlichkeitsarbeit:** Erstellung gemeinsamer Informationsmaterialien wie z.B. Flyer, Informationsblätter, Power Point Präsentationen. Erstellung erster Presseartikel für die verbandsinterne Zeitung des SoVD
- **Kooperation:** Definition der Begrifflichkeit und Festlegung gemeinsamer Vor- und Umgehensweisen
- **Aufbau ehrenamtlicher Helferkreise:** Rekrutierung, mögliche Einsatzgebiete, Aufgaben der BeraterInnen vor Ort
- **Assessment:** Vorstellung unterschiedlicher Varianten und Möglichkeiten, Diskussion des ersten in Papierform vorliegenden Dokumentationssystems
- **Handlungskonzept:** Gemeinsame Überlegungen zur inhaltlichen Gestaltung

2.2.2 Beratungsleitfaden

Der Beratungsleitfaden ist gemeinsam mit den BeraterInnen erarbeitet worden und diente als zentrale Arbeitsgrundlage. Der Leitfaden sollte in aller erster Linie helfen, eine möglichst einheitliche Arbeitsweise der Case Manager an den Standorten zu gewährleisten.

Zu Beginn des Leitfadens werden die Ziele des Modellvorhabens sowie die Zielgruppen definiert. Im Anschluss werden die Rahmenbedingungen des Projektes skizziert. Da die „Beratung“ nicht nur als separate Leistung in Einzelfällen, sondern immer auch als integraler Bestandteil des Methodensets Case Management zu verstehen ist, wird innerhalb des Leitfadens der Beratungsprozess vom ersten Kontakt bis zur Beendigung prozesshaft beschrieben.

Ebenso erörtert werden der Umgang mit schwierigen Klienten sowie spezielle, von den Beratern verwendete Methoden. Der vollständige Beratungsleitfaden befindet sich im Anhang.

2.2.3 Handlungskonzept

Weitere zentrale Arbeitsgrundlage war das Handlungskonzept. Es diente als Grundlage für die Arbeit der Pflege- und Wohnberatung und ist als ein „dynamisch-lernendes“ Konzept konzipiert worden. Das bedeutet, dass es den jeweiligen Erfordernissen angepasst wurde.

Die Weiterentwicklung und Fortschreibung des Konzeptes erfolgte durch die Projektkoordinatorin in enger Zusammenarbeit mit den Pflege- und WohnBeraterInnen. Das zugrunde liegende Konzept wurde in Anlehnung an durch das Institut für Pflegewissenschaft der Universität Bielefeld formulierte Impulse und Leitfragen erarbeitet.

Folgende gemeinsam definierte Schwerpunkte finden sich im 26-seitigen Handlungskonzept wieder:

1. Leitprinzipien und Grundhaltungen

- ✓ Leitprinzipien auf Ebene der Nutzer
- ✓ Leitprinzipien auf gesellschaftlicher Ebene

2. Grundhaltungen gegenüber Klienten

3. Verankerung von Leitprinzipien/ Grundhaltungen mit Hilfe des „Empowerment-Ansatzes“

4. Zielgruppen des Projektes

5. Case und Care Management Verständnis

6. Klientenbezogene Arbeitsschritte

- ✓ Information
- ✓ Einzel(-)Beratung
- ✓ Case Management

7. Systembezogene Arbeitsschritte

- ✓ Öffentlichkeitsarbeit
- ✓ Kooperation
- ✓ Ehrenamtlicher Helferkreis

Das gesamte Handlungskonzept befindet sich im Anhang.

2.3 Klientenbezogene Unterstützung / Fallarbeit

Zu unterscheiden und voneinander abzugrenzen waren in Bezug auf die Arbeit mit den Ratsuchenden die Bereiche Auskunft/ Information, Beratung und Case Management. Welcher Leistungsbestandteil im Einzelfall anzuwenden war, stand in Abhängigkeit zur individuellen Situation und zu den jeweiligen Ressourcen des Klienten.

2.3.1 Auskunft und Information

„Eine Auskunft bzw. Information ist eine meist einmalige Unterstützung mit dem Ziel, den Klienten bei der eigenen Problemlösung zu unterstützen. Dabei wird der Hintergrund des Problems nicht weiter erfragt.“

Nicht alle Ratsuchenden benötigten eine umfangreiche Beratung oder Unterstützung im Sinne des Case Managements. Häufig reichte die Weitergabe von Informationen. Sie erfolgte am Telefon, persönlich, schriftlich, postalisch oder per E-Mail. Ohne nach dem jeweiligen Hintergrund der Problemlage zu fragen, wurde eine Auskunft erteilt, die den Klienten in die Lage versetzte, sein Anliegen selbstständig weiter zu verfolgen.

Auf Wunsch wurden auch Adresslisten oder Prospektmaterial versendet. Zu zentralen Themen der Pflege- und Wohnberatung, z.B. Leistungen und Neuerungen der Pflegeversicherung, Wohnungsanpassung etc., wurden durch die BeraterInnen Informationsblätter erstellt und regelmäßig aktualisiert.

Erfasst wurde die Weitergabe von Informationen bis Ende 2007 mit Hilfe des sogenannten Dokumentationsbogens. Dieser wurde anonym erstellt und beinhaltete Kategorien zur Erfassung der zentralen Aspekte der Informationsweitergabe, beispiels-

weise Datum, Geschlecht, Alter, Wohnort des Klienten, sowie Hauptdiagnosen und Thema der Information.

Der Dokumentationsbogen ist Anfang 2008 durch den Karteireiter „Erstkontakt“ der Software ersetzt worden. Näheres hierzu unter Punkt 2.4.

2.3.2 Beratung

„Die Beratung reicht über die bloße Informationsvermittlung hinaus und umfasst eine Problemanalyse. Eingeschlossen ist dabei auch die Absprache von Maßnahmen, die der Nutzer selbst ausführt oder die bei Bedarf von der Beraterin stellvertretend ausgeführt werden.“

Einzel(-) Beratung

Über die Weitergabe von Informationen hinausgehend führten die BeraterInnen ausführliche Beratungen durch. Hierbei handelte es sich um Prozesse, in denen Beraterin und Klient zunächst gemeinsam die Problemlage herausarbeiteten, um darauf aufbauend Zielsetzungen zu definieren und zu deren Erreichung notwendige Maßnahmen zu planen.

Auf dieser Basis konnten die Klienten anschließende Schritte entweder selbstständig einleiten, oder es erfolgte eine stellvertretende Ausführung (s.u.) durch die Beraterin. Das war dann der Fall, wenn der Klient dazu nicht in der Lage war und auch in seinem sozialen Umfeld keine dafür geeignete Person zur Verfügung stand.

Die Beratung verfolgte dabei einen ressourcenorientierten Ansatz. Im Sinne des Empowerment sollte der Klient dazu befähigt werden, die geplanten Maßnahmen selbst in die Wege zu leiten bzw. durchzuführen. Methodisch fanden hierbei insbesondere die klientenzentrierte Beratung im Sinne von Carl R. Rogers sowie die lösungsorientierte Beratung nach Bamberger Anwendung. Sofern im Einzelfall jedoch der Einsatz von Methoden anderer Konzepte sinnvoll erschien, wurde auch hierauf zurückgegriffen.

Psychosoziale Begleitung und Krisenintervention waren vielfach Bestandteile des Beratungsprozesses. So erhielten Ratsuchende psychosoziale Hilfestellungen, d.h. es wurde unterstützt, die Krisensituation möglichst dauerhaft zu lösen. Wenn deutlich

wurde, dass darüber hinaus dauerhafte psychosoziale Begleitung notwendig war, wurde dem Ratsuchenden eine darauf spezialisierte Stelle vermittelt.

Dokumentiert wurden die durchgeführten Beratungen bis Ende 2007 mit Hilfe des auch bei der Weitergabe von Informationen genutzten Dokumentationsbogens, der um ein Stammdatenblatt sowie ein Formblatt zur Erfassung des Verlaufs des Beratungsprozesses erweitert werden konnte. Auf dem Stammdatenblatt wurden objektive, für die Beratung relevante Aspekte, wie z.B. die Adresse des Klienten und seiner Angehörigen oder weiterer in den Prozess involvierter Personen dokumentiert.

Seit Anfang 2008 wurde auch dieser Bestandteil mithilfe der Software abgefragt und dokumentiert.

Folgeberatung

Häufig reichte ein Beratungsgespräch nicht aus, um alle Fragestellungen des Klienten zu bearbeiten. In diesen Fällen waren mehrere Sitzungen erforderlich. Die Folgeberatungen unterschieden sich in ihrer Form, ihrem Ablauf und den zugrunde liegenden Prinzipien nicht von den oben beschriebenen (Einzel-) Beratungen. Wichtig war es hier jedoch, dass die Beraterin den gesamten Beratungsprozess, auch über mehrere Sitzungen hinweg im Blick behielt und im vorhinein plante, welche Inhalte zu welchem Zeitpunkt des Prozesses bearbeitet werden sollten. Auch die Folgeberatung wurde, wie beschrieben, dokumentiert.

Beratung mit stellvertretender Ausführung

Sowohl bei Einzelberatungen, als auch bei Beratungen mit mehreren Sitzungen, gab es Situationen, in denen der Ratsuchende nicht in der Lage war, daran anschließende Schritte selbstständig durchzuführen. In diesen Fällen war es Aufgabe der Beraterin, Tätigkeiten stellvertretend für den Klienten auszuführen oder einen Stellvertreter für ihn zu organisieren. Dies ist z.B. in Form von Ausfüllen von Anträgen, der Kontaktaufnahme zu anderen Dienstleistungsanbietern oder durch Anregung einer gesetzlichen Betreuung erfolgt. Alle Schritte sind dabei mit dem Ratsuchenden abgestimmt worden.

Der Beratungsleitfaden galt als Rahmen für derartige Beratungsprozesse.

2.3.3 Case Management

Case Management fand in solchen Fällen Anwendung, in denen die jeweilige Problemlage komplex und die Akteursdichte so hoch war, dass eine oder mehrere Beratungen allein nicht ausreichten, um dem Klienten und seiner spezifischen Situation gerecht zu werden.

Beratungsprozesse, wie sie oben beschrieben wurden, konnten daher Teil eines Case Managements sein.

Zielsetzung

Ziel war es, mit Hilfe der Methode des Case Managements eine trägerübergreifende, Klientenorientierte Versorgung zu erreichen sowie Markttransparenz für Klienten und Dienstleister zu erlangen. Dabei sollten nicht nur professionelle Kräfte eingesetzt werden, sondern auch Verknüpfungen des sozialen Netzes des jeweiligen Klienten mit dem Dienstleistungsnetz hergestellt werden.

Im Rahmen eines detaillierten Assessments (s.u.) wurde geprüft, welche Ressourcen die jeweiligen Netze bieten und wie sie im Rahmen des Case Management-Prozesses nutzbar gemacht werden konnten.

Zugangswege

Pflegebedürftige Menschen fanden ihren Zugang zum Case Management, indem ihre Angehörigen zur Pflege- und Wohnberatung Kontakt aufnahmen, oder aber weil sie durch Dritte, z.B. Krankenhaussozialdienste weitergeleitet wurden. Angestrebte regelhafte Kooperationen sind trotz erheblicher Bemühungen an keinem der drei Standorte zustande gekommen.

Erstkontakt und Identifikation der Klienten

Im Rahmen des ersten Kontakts mit dem Klienten wurde geprüft, ob und wieweit ein Case Management in der jeweiligen Situation sinnvoll ist. Für das Case Management kamen Fälle in Frage, die zunächst folgende Kriterien erfüllten:

1. Komplexität der Problemlage
2. Hohe Akteursdichte

Zu 1.: Eine komplexe Problemlage lag vor, wenn in mehr als einem der oben genannten Bereiche Koordinationstätigkeit oder Hilfestellung seitens der Case Managerin erforderlich war. Die Tätigkeit der Case Managerin musste dabei – wie bereits beschrieben - über die normale Beratungstätigkeit hinausgehen.

Zu 2.: Eine hohe Akteursdichte war dann gegeben, wenn mindestens zwei Akteure für das Versorgungsgeschehen notwendig waren und diese koordiniert werden mussten oder wenn bereits mehrere Dienste beteiligt waren, die Kommunikation aber beeinträchtigt oder gestört war und es einer Koordination im Sinne des Klienten bedurfte.

Kriterien zur Präzisierung der Zielgruppen für das Case Management

Um die Entscheidung, ab wann ein Case Management Prozess erforderlich ist, klar und für alle einheitlich abzugrenzen, wurde folgende Indikatorenliste erarbeitet:

Gesundheitliche Beeinträchtigungen		
Beispiele	Indikator	CASE MANAGEMENT – relevante Ausprägung
Demenzerkrankung	Psychische Beeinträchtigungen	Urteilsvermögen beeinträchtigt, Aggressivität, Verwirrtheit, Umherwandern, Fremd- und Selbstgefährdung
Parkinson Multiple Sklerose Diabetes mellitus	Chronische (irreversible) Beeinträchtigungen	Akute Krise, Komplikationen mit Mobilitätseinschränkungen, kognitive Störungen, mangelnde Selbsthilfekompetenz
Komplexes Medikamentenregime	Begleiterscheinungen	Überforderung in der Einnahme, stark beeinträchtigende Nebenwirkungen
Schlaganfall Sturz	Akuter Handlungsbedarf	Mobilitätseinschränkungen, kognitive Störungen, fehlende Selbsthilfekompetenz, Bedarf an Hilfsmitteln, evtl. Bedarf an weiteren Hilfsdiensten, allg, Bedarf zur Sicherstellung der häuslichen Situation
Versorgungssituation / Soziales Umfeld		
Beispiele	Indikator	CASE MANAGEMENT – relevante Ausprägung
Soziales Hilfenetz gefährdet oder nicht ausreichend, Einschränkung der Möglichkeit der selbständigen Alltagsbewältigung	Gefährdung	Überbelastetes (durch Krankheit) oder fehlendes (z.B. durch Tod einer Pflegeperson) soz. Netzwerk, Verwahrlosung der Wohnung, Heimeinzug thematisiert
Entlassung aus dem Krankenhaus in	Veränderung der	Erstmalig pflegebedürftig, i.S. des SGB XI

die ursprüngliche häusliche Umgebung	Lebenssituation	oder Erhöhung der PS, Hilfsmittelbedarf, Wohnraumanpassung, Heimeinzug thematisiert, Ergänzung bisheriger Versorgungsleistungen erforderlich
Krankenhauseinweisung	Mehrfach nacheinander	Monatlich bis zu alle drei Monate aufgrund der selben oder einer ähnlichen Diagnose
Hohe Akteursdichte	Viele Beteiligte: Ärzte, Pflegepersonal, Sozialarbeiter, Angehörige, Betreuer etc.	Hohe Akteursdichte zum aktuellen Zeitpunkt, Probleme bei der Koordination von Dienstleistungen, mangelnde oder konfliktträchtige Kommunikation zwischen den einzelnen Akteuren
Personen bezogene Merkmale		
Beispiel	Indikator	CASE MANAGEMENT – relevante Ausprägung
Verwitweter älterer Mensch	Allein lebend	In Krisensituation gefährdet, erkennbarer Bedarf an Hilfe- und Unterstützungsleistungen rund um die Thematiken „Pflege und Wohnen“
Älterer Einwanderer	Migrationshintergrund	Kommunikationsschwierigkeiten, Kulturelle Diskrepanzen
Einkommen, Vermögensverhältnisse, Leistungsbezüge	Finanzielle Einschränkungen	Für erkennbare Bedarfe nicht ausreichend, nicht vorhanden, Schulden
Mangelnde Ressourcen (Senioren)	Persönliche Defizite	Schwierigkeiten oder Hemmschwellen beim Zugang zu geeigneten Versorgungs- und Dienstleistungsangeboten
Unspezifische Kriterien		
<ul style="list-style-type: none"> • Wunsch des Ratsuchenden¹ die Situation zu stabilisieren bzw. zu verändern 		
<ul style="list-style-type: none"> • Motivation zur gemeinsamen Umsetzung des zusammen erarbeiteten Hilfeplans 		
<ul style="list-style-type: none"> • Autorisierung des Case Managers durch den Ratsuchenden 		

Tabelle 1: Indikatorenliste Case Management

Wurde schon bei einem Erstkontakt deutlich, dass ein Case Management angezeigt ist, wurde ein Termin für ein ausführliches Assessment vereinbart, so dass sich die Case Managerin von Anfang an ein detailliertes Bild vom Klienten und seiner spezifischen Situation machen konnte. Hausbesuche waren im Rahmen des Case Managements vielfach notwendig.

¹ Ratsuchender konnte der Hilfe- und Pflegebedürftige selbst sein, aber auch ein Angehöriger etc., wenn der Hilfe- oder Pflegebedürftige sich beispielsweise nicht mehr selbst äußern konnte. Für die BeraterInnen relevant waren letztlich immer die Wünsche und Bedürfnisse des Pflege- und Hilfebedürftigen.

Assessment

Im Rahmen des Assessments wurden zunächst einmal die Stammdaten des Klienten aufgenommen. In einem weiteren Schritt wurden detaillierte Daten zu folgenden Bereichen erhoben:

- Gesundheitliche Situation
- Wohnsituation
- Soziales Umfeld des Klienten
- Wirtschaftliche Situation
- am Versorgungsgeschehen beteiligte Dienste/Einrichtungen
- Inanspruchnahme von sozialrechtlichen Leistungen

An vielen Stellen sind nur Teilbereiche des vorgegebenen Assessments für eine Einschätzung notwendig gewesen. Handelte es sich beispielsweise um einen Case Management-Prozess, in dem es vor allem um die pflegerische Versorgung und die Koordination der beteiligten Dienste ging, die Wohnsituation aber gesichert war, konnte von einer detailreichen Datensammlung zum Themenbereich „Wohnsituation“ abgesehen werden. Die Entscheidung über den notwendigen Umfang des Assessments unterlag somit der Einschätzung der Case ManagerInnen im jeweiligen Einzelfall.

Im Rahmen des Assessments erfolgte, soweit wie möglich, auch eine Einschätzung der Ressourcen, Kompetenzen und Probleme des Hilfebedürftigen durch ihn selbst, seine Pflegeperson bzw. Angehörige und durch die Case Managerin.

Als Ressourcen wurden alle Aspekte betrachtet, auf die im Verlauf des Case Managements eventuell zurückgegriffen werden konnte, um die Situation zu verbessern. Hierzu zählten soziale Aspekte, wie ein großer, hilfsbereiter Bekanntenkreis, persönliche Aspekte, wie eine starke Motivation zur Veränderung der aktuellen Lage oder auch sachliche Gesichtspunkte, wie eine gute finanzielle Situation oder eine geräumige Wohnung, in der Umbaumaßnahmen problemlos durchgeführt werden konnten. Es wurden aber auch die Problemstellen betrachtet, wie „die Auslöser der Krisensituation“, beispielsweise eine schwere Erkrankung, die den Einsatz eines Case Managements überhaupt erst notwendig machten.

Planung

Mit Hilfe des Assessments wurde die individuelle Situation des Klienten genau eingeschätzt. Im Anschluss daran legten Case Managerin und Klient gemeinsam innerhalb eines schriftlich fixierten Hilfeplans Ziele und Maßnahmen fest. Dabei wurde jeweils erörtert, welche Ziele realistisch und schnell umzusetzen sind und welche Ziele nur schrittweise durch die genaue Planung weiterer Maßnahmen erreicht werden konnten.

Der sogenannte Hilfeplan wurde im Rahmen des Case Managements erstellt. Dieser diente sowohl den BeraterInnen als auch den Klienten als Steuerungsinstrument eines dauerhaften und zielgerichteten Handelns zur Stabilisierung der Situation.

Sowohl innerhalb der schriftlich fixierten Nah- als auch innerhalb der Fernziele² wurden, sofern möglich, Fristen zur Durchführung vereinbart. So konnte gemeinsam mit dem Klienten überlegt werden, welchen Zielen zeitlich besondere Dringlichkeit zukam und welche eventuell erst zu einem späteren Zeitpunkt des Prozesses bearbeitet werden konnten.

Den so festgelegten Zielen wurden Maßnahmen zur Zielerreichung zugeordnet. Es wurde auch festgelegt, wer für welche Maßnahmen zuständig ist. Auch hier fand der innerhalb des Handlungskonzeptes definierte Ansatz des Empowerments insofern Anwendung, als der Klient die Maßnahmen soweit es ihm möglich war, selbst initiieren oder dazu befähigt werden sollte. War er selbst zur Durchführung oder Überwachung der Maßnahmen nicht in der Lage, wurde geprüft, ob auf Personen aus seinem Umfeld zurückgegriffen werden konnte. Erst wenn auch hier keine Ressourcen bestanden, trat die Case Managerin handelnd auf.

Bis Ende 2007 erfolgte die Dokumentation über einen sogenannten Verlaufsbogen. Seit Anfang 2008 sind alle Case Management Fälle in die Datenbank eingepflegt worden.

² Die ProjektmitarbeiterInnen haben sich in Absprache mit der wissenschaftlichen Begleitforschung auf die Begrifflichkeiten Nah- und Fernziele geeinigt. Die Begrifflichkeiten erschienen im Gegensatz zu den in der einschlägigen Literatur benannten „Rahmen- und Handlungszielen“ eindeutiger.

Durchführung

Nach Planung der notwendigen Maßnahmen erfolgte deren praktische Umsetzung. Die jeweiligen Zuständigkeiten wurden bereits durch den Hilfeplan geklärt. Wichtig war es hier, die Rolle der Case Managerin zu definieren. Sie selbst ist keine direkte Akteurin des Geschehens, sondern übernimmt die Koordination. Aus diesem Grunde wurden die Case ManagerInnen von Anfang an allen an der Umsetzung des Hilfeplans Beteiligten als Ansprechpartner vorgestellt. Hierbei musste immer beachtet werden, dass keine Konkurrenzsituation entsteht.

Monitoring

Wie bereits erwähnt, oblag der Case Managerin insbesondere die Koordination der durchzuführenden Maßnahmen. Im Rahmen des weiteren Verlaufs, erfolgte dann das so genannte Monitoring. Die Case Managerinnen standen regelmäßig mit allen Beteiligten in Kontakt und haben geprüft, ob und in welcher Form die geplanten Maßnahmen umgesetzt wurden. Auch die Case ManagerInnen selbst haben ihr Handeln regelmäßig geprüft, ob zusätzliche Schritte notwendig sind oder ob sie sich aus dem Geschehen zurückziehen sollten.

In dieser Phase des Case Managements wurde jeweils deutlich, wie weit es im Einzelfall gelungen ist, im Vorfeld die Rolle und Funktion der Case Managerin deutlich zu machen und wie groß die Akzeptanz der Case Managerin auf Systemebene war.

Reassessment

Der gesamte Prozess wurde in regelmäßigen Abständen durch die Case ManagerInnen reflektiert. Es hat sich als hilfreich erwiesen, bereits in Zusammenhang mit der Formulierung des Hilfeplans auch Zeitpunkte zu definieren, zu denen geprüft werden soll, ob sich die Ausgangssituation in wesentlichen Aspekten geändert hat und/oder eine Überarbeitung des Hilfeplanes notwendig ist. Gab es Änderungsbedarf, wurde das ursprüngliche Assessment in relevanten Teilbereichen überarbeitet oder angepasst. Zudem wurde geprüft, ob auch der Hilfeplan verändert oder ganz neu gestaltet werden musste. War beispielsweise die häusliche Pflege einer Person inzwischen gesichert, konnte der Blick auf die pflegenden Angehörigen gelenkt und überlegt werden, ob hier Möglichkeiten zur Entlastung in Form von stundenweisen Betreuungsangeboten oder anderer Unterstützung bestanden.

Änderungen innerhalb des Hilfeplans konnten durch die Datenbank gestützte Dokumentation schnell nachvollzogen werden.

Evaluation

Es gibt unterschiedliche Anlässe, einen Case Management Prozess zu beenden. So zum Beispiel wenn deutlich wird, dass alle Nah- und Fernziele erreicht wurden und die häusliche Situation soweit gesichert ist, dass der Klient und sein Umfeld nun in der Lage sind, die Situation selbst zu regulieren bzw. stabil zu halten.

In der abschließenden Evaluation des gesamten Case Management-Prozesses haben die Case Managerinnen zunächst geprüft und dokumentiert, ob die festgelegten Ziele erreicht worden sind. In Einzelfällen ist der Hilfeplan nochmals angepasst worden. Zudem wurde reflektiert, ob es im Laufe des Prozesses Schwierigkeiten gab und ob diese, z.B. durch gezielte Maßnahmen auf struktureller Ebene in Zukunft behoben werden könnten. Zusätzlich zu der Einschätzung des Case Managers wurde mit Hilfe eines Abschlussfragebogens auch eine Bewertung des Klienten eingeholt.

Beendigung

Nach erfolgter Evaluation und einer nachgehenden Kontrolle (d.h. die Case Managerin versichert sich zwei bis drei Monate nach Beendigung noch einmal, ob die Situation stabil ist), konnte der Case Management Prozess beendet werden. Zusätzlich wurde darauf hingewiesen, dass sich der Klient jederzeit wieder bei der Pflege- und Wohnberatung melden kann, falls erneute Probleme auftreten oder wieder Unterstützung benötigt wird. Der Zeitpunkt des Abschlusses eines Case Managements wurde wie der gesamte Fallverlauf innerhalb der Dokumentation vermerkt.

Zusammengefasst lassen sich folgende Kriterien für die Beendigung eines Case Management-Prozesses nennen:

1. Der Klient und (soweit notwendig) die anderen am Versorgungsgeschehen Beteiligten wurden auf die Beendigung des Prozesses vorbereitet.
2. Erreichen der Ziele des gemeinsam erarbeiteten Hilfeplans im Sinne einer erfolgreichen Umsetzung der geplanten Maßnahmen.
3. Das Versorgungssystem um den Hilfe- / Pflegebedürftigen funktioniert eigenständig ohne weitere Notwendigkeit der Koordination durch die Case Managerin.

Die Vorbereitung des Klienten und der Akteure auf die Beendigung des Prozesses erfolgte in jedem Fall. In einigen Fällen wurde der Case Management-Prozess beendet, ohne dass es zu einer Umsetzung des Hilfeplans gekommen ist, bzw. ohne dass das Versorgungssystem wie gewünscht eigenständig funktionierte. Dies war beispielsweise der Fall, bei

- dem Wunsch des Hilfebedürftigen nach vorzeitiger Beendigung des Case Management-Prozesses,
- nicht ausreichender bzw. fehlender Kooperationsbereitschaft des Hilfebedürftigen
- Tod des Hilfebedürftigen,
- Übernahme des Case Management-Prozesses durch eine andere Instanz („Adressatenorientierung“),
- fehlender Kooperationsbereitschaft aller anderen Akteure/ Dienstleister (keine Akzeptanz als Case Manager auf Systemebene)
- fehlende oder nicht ausreichende Möglichkeiten zur Umsetzung von geplanten Maßnahmen aufgrund nicht behebbarer Versorgungslücken

2.4 Laufende Dokumentationsarbeiten

Klientendaten wurden während der gesamten Projektlaufzeit innerhalb standardisierter gemeinsam festgelegter und entwickelter Instrumente festgehalten. Anfang 2008 ist die zuvor handschriftlich erfolgte Dokumentation durch eine Beratungssoftware ersetzt worden. Nachfolgend sollen die für das Modellprojekt wichtigsten Funktionen der Datenbank kurz vorgestellt werden.

2.4.1 Erfassung Klientenbezogener Daten bis Ende 2007

Von April bis Dezember 2007 ist jede Informations- oder Beratungsanfrage innerhalb eines projekteigenen Dokumentationsbogens vermerkt worden. Ebenso wurde das in Absprache mit der wissenschaftlichen Begleitforschung entwickelte Assessment in Papierform eingesetzt.

2.4.2 Erfassung Klientenbezogener Daten ab 2008

Seit Januar 2008 wurden alle Daten mithilfe einer Software erfasst. Die Datenbank ist den Bedürfnissen und Anregungen der BeraterInnen entsprechend angepasst worden. Nachfolgend werden die wichtigsten Funktionen kurz erörtert.

Dokumentation Erstkontakt

Generell wurden zunächst alle Anfragen zu den Leistungsmodulen: Auskunft/Information, Beratung und Case Management erfasst. Anhand von Kriterien wurden für den Beratungs- oder Case Management-Prozess wichtige Details erfragt. Die Kriterien, welche Daten abgefragt werden, sind projektintern festgelegt und in die Datenbank eingefügt worden. So ist eine individuelle, auf das Modellprojekt zugeschnittene Benutzeroberfläche entstanden.

Zur wissenschaftlichen Auswertung der Daten wurde eine sogenannte „Identifikationsnummer“ vergeben, so dass Fallverläufe ausgewertet, persönliche Daten von der wissenschaftlichen Begleitforschung aber nicht eingesehen werden konnten.

Dokumentation Anonyme Anfragen

Im Verlauf des Projektes wurde deutlich, dass viele Menschen telefonisch Kontakt zur Beratungsstelle aufnehmen und lediglich eine Auskunft oder Information wünschen. In solchen Fällen wurden keine umfangreichen Daten erfragt. Vielfach wollten Ratsuchende auch weder Namen noch Telefonnummer nennen. In den Bereichen „Auskunft/ Information“ und „Beratung“ sind in der Datenbank daher eine Reihe „anonymer Anfragen“ erfasst worden.

Datenauswertung

Anhand individuell festgelegter Kriterien können Ergebnisse bzw. statistische Daten herausgefiltert werden. Alle von den BeraterInnen eingegebenen fallspezifischen Daten können mithilfe eines speziellen Abfragemodus ausgewertet werden, zum Beispiel „Wer hat Kontakt zur Beratungsstelle in Hannover aufgenommen, einen Termin zum Beratungsgespräch vereinbart und Fragen zum Bereich der Pflegeversicherung gehabt?“

Gesamtauswertung

Zur eigenen Übersicht hatten die BeraterInnen ein Statistiktool zur Verfügung, so dass nach einem „Klick“ ersichtlich wurde, wie viele Ratsuchende an den einzelnen Standorten seit Januar 2008 die Leistungsbestandteile Information/ Auskunft, Beratung oder Case Management in Anspruch genommen haben. Diese Daten konnten als Orientierungswert bei der täglichen Arbeit genutzt und innerhalb von Teamsitzungen noch einmal reflektiert werden.

Assessment mit alltagspraktischer Orientierung

Die Beratungssoftware enthält ein Assessment, das sich in der Grundstruktur an den AEDL's nach Krohwinkel³ orientiert. Innerhalb der Software bestand die Möglichkeit, unterschiedliche Assessmentvarianten zu wählen. Für das Projekt wurde das in der Ursprungsversion sehr umfangreiche Assessment auf eine in der Beratungspraxis praktikablere Version gekürzt.

Hilfeplan

Die innerhalb des Assessments angegebenen Bereiche, innerhalb derer Interventionsbedarf bestand, wurden von der Software automatisch in den Hilfeplan übertragen. Unterschieden wurden innerhalb des Hilfeplans jeweils drei Prioritätenstufen im Bereich der Intervention:

- Stufe 1: Beobachtungsbedarf
- Stufe 2: Handlungsbedarf
- Stufe 3: dringender Handlungsbedarf

Die Prioritätenstufen und die bei dringendem Interventionsbedarf automatisch erfolgte Erinnerung erleichterten die Strukturierung und Umsetzung des Hilfeplans.

Datenauswertung der wissenschaftlichen Begleitforschung

Für die Auswertung von Case Management – Prozessen wurden die von der wissenschaftlichen Begleitforschung vorgegebenen relevanten Kriterien ebenso elektronisch erfasst.

2.5 Internes Qualitätsmanagement

Es wurde ein Leistungskatalog entwickelt, in dem alle durch die Pflege- und Wohnberatung erbrachten bzw. zu erbringenden Leistungsbestandteile verbindlich festgelegt worden sind. Für den Leistungsbereich „Auskunft und Information“ ist Anfang 2008 ein für alle verbindlicher Qualitätsstandard festgeschrieben worden. Die Erarbeitung von Qualitätsstandards für die weiteren Leistungsbereiche konnte aufgrund des Projektverlaufs nicht mehr vorgenommen werden.

³ Die „Aktivitäten und existentiellen Erfahrungen des Lebens“ von Krohwinkel (1984)

Es haben insgesamt drei Sitzungen (Mitte und Ende 2007, Anfang 2008) zur Bewertung des Projektverlaufes stattgefunden, an denen jeweils alle Beteiligten des IPW und des SoVD teilgenommen haben. Darüber hinaus fand, bis auf wenige Ausnahmen, monatlich ein Treffen mit folgender Besetzung statt:

- Koordinierungsstelle
- Case Managerinnen
- eine Mitarbeiterin des IPW

Ursprünglich war geplant, dass Koordinierungsstelle und wissenschaftliche Begleitforschung sich bezüglich weiterer Vorgehensweisen austauschen. Es hat sich jedoch gezeigt, dass alle von den Treffen profitieren. Deshalb haben die Treffen mit der wissenschaftlichen Begleitforschung immer in Kombination mit den ohnehin geplanten Teamsitzungen der ProjektmitarbeiterInnen stattgefunden, um unnötige Wege zu verhindern und Zeitressourcen so optimal wie möglich zu nutzen.

Die Case ManagerInnen wurden von der Koordinierungsstelle kontinuierlich beraten und begleitet. Mithilfe regelmäßiger Teamsitzungen, Fallbesprechungen und Protokollen wurde die projekt- und verbandsinterne Kommunikation sichergestellt.

Im Folgenden werden der Leistungskatalog sowie die Qualitätsstandards für den Bereich Auskunft und Information dargestellt.

2.5.1 Leistungskatalog

Produkt	Leistung	Zuständigkeit
„Beratung“		
Auskunft	<ul style="list-style-type: none"> • Kontakt zu Ratsuchendem • Beantwortung einfacher Fragestellungen, die keine weitere Beratung notwendig machen (persönlich, schriftlich oder telefonisch) • Ggf. Zusendung von Informationsmaterial 	CM
Wohnberatung	<ul style="list-style-type: none"> • Kontakt zu Ratsuchendem erfolgt von Ratsuchendem selbstständig o. über Kooperationspartner (tel. o. pers.) • Verabredung und Vorbereitung Beratungstermin • Beratung, ggf. im Rahmen eines Hausbesuchs • Ggf. Weitergabe von Informationsmaterialien • Psychosoziale Begleitung • ggf. Krisenintervention • Assessment Wohnsituation • Kontakt zu Kooperationspartnern • Einholen/Weiterleiten Attest/Verordnung • Antragstellung Leistungsträger • Hilfeplan • Monitoring • Dokumentation • Evaluation • Nachgehende Kontrolle 	CM
Pflegeberatung	<ul style="list-style-type: none"> • Kontakt zu Ratsuchendem erfolgt von Ratsuchendem selbstständig oder über Kooperationspartner (telefonisch oder persönlich) • Verabredung und Vorbereitung Beratungstermin • Beratung, ggf. im Rahmen eines Hausbesuchs • Ggf. Weitergabe von Informationsmaterialien • Psychosoziale Begleitung • ggf. Krisenintervention • Assessment Pflegesituation • Kontakt zu Kooperationspartnern • Einholen/Weiterleiten Attest/Verordnung • Antragstellung Leistungsträger • Widerspruchsberatung • Organisation der pflegerischen Versorgung, z.B. in Form von Kurzzeitpflege, Tagespflege, ambulanter Pflege etc. • Vermittlung von komplementären Angeboten, z.B. Pflegekurse oder Selbsthilfegruppen für pflegende Angehörige • Hilfeplan • Monitoring • Dokumentation • Evaluation • Nachgehende Kontrolle 	CM
Widerspruchsberatung	<ul style="list-style-type: none"> • Verabredung und Vorbereitung Beratungstermin • Beratungstermin ggf. Weiterleitung an Sozialberater • Monitoring • Dokumentation 	CM / ggf. SB

	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluation 	
Organisation von Kurzzeitpflege oder Pflegevertretung bei Ausfall einer Pflegeperson	<ul style="list-style-type: none"> • Verabredung und Vorbereitung Beratungstermin • Durchführung Beratungstermin • Monitoring • Dokumentation • Evaluation 	CM
„Case Management“		
Case Management	<p>Case Management stellt einen Prozess dar, der grundsätzlich folgende Bestandteile aufweist:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Assessment • Hilfeplan • Monitoring • Dokumentation • Evaluation <p>Je nach Bedarf können im Rahmen dieses Prozesses oben beschriebene Leistungen aus der Produktgruppe „Beratung“ erbracht werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Auskunft • Pflegeberatung • Wohnberatung • Widerspruchsberatung • Organisation von Kurzzeitpflege/ Pflegevertretung • Vernetzung 	CM CM
„Vernetzung“		
Öffentlichkeitsarbeit	<ul style="list-style-type: none"> • Information durch Broschüren, Flyer, Materialien zur Pflege- und Wohnthematik • Informationsveranstaltungen: Vorstellen des neuen Angebotes vor Ort und darüber hinaus • Kontakt zu Medien, Erstellung von Zeitungsartikeln • Pflege der Homepage des Projektes 	CM/ KS
Kooperation	<ul style="list-style-type: none"> • Kontaktpflege zu Kooperationspartnern • Teilnahme an interorganisationalen AGs, z.B. Arbeitskreisen zum Thema Wohnen im Alter, Pflegekonferenzen etc. 	CM/ KS
„Organisation“		
EDV	<ul style="list-style-type: none"> • Überwachung, Wartung u. Aktualisierung der Hard- und Software • Schulung der MitarbeiterInnen in EDV- und Kommunikationstechnik 	LV
Kommunikation	<ul style="list-style-type: none"> • Briefverkehr • Faxverkehr • Emailverkehr • Telefonverkehr 	CM

Organisation	<ul style="list-style-type: none"> • Empfang von BesucherInnen • Eingabe in Datenbank • Termin- und Aufgabenverwaltung • Verwaltung Informationsmaterial (Neubeschaffung etc.) 	VW-KV / CM CM CM KS
Finanzverwaltung	<ul style="list-style-type: none"> • Mittelverwaltung • Zahlungsverkehr 	LV
Personalverwaltung	<ul style="list-style-type: none"> • Gehaltsabrechnung • Meldung bei Finanzamt und Sozialversicherungsträgern • Führen von Urlaubs- und Krankheitskartei 	LV
Materialwirtschaft	<ul style="list-style-type: none"> • Ersatzbeschaffung von Büromaterial • Ersatz- oder Neubeschaffen von Geräten 	VW-KV LV

Tabelle 2: Leistungskatalog

2.5.2 Qualitätsstandards

Qualitätsstandard Auskunft/ Information	
Definition	Mit „Auskunft/Information“ ist die Vermittlung von Wissen auf eine gezielte Frage gemeint. Die BeraterInnen gehen hierbei nicht detailliert auf Angaben zur Problemlage und zur Lebenssituation im Einzelfall ein.
Inhaltliche Verortung	Als Leistungen stehen „Auskunft und Information“ entweder für sich alleine oder sind integraler Bestandteil eines Beratungs- bzw. Case Management Prozesses. Die Aufnahme der Gesamtsituation durch die Beraterin ist nicht notwendig. Auskünfte und Informationen werden zu folgenden, dass Alter betreffenden Themen, erteilt: Pflege, Wohnen, Dienstleistungsangebote, Kostenträger, Betreuungsfragen und beispielsweise Finanzierungsmöglichkeiten.
Ziele	Ziel einer Auskunft/ Information ist es, die Fragen des Ratsuchenden zu beantworten und ihm weitergehende Kontakthinweise zu geben, damit dieser sich selbst weiterhelfen kann. Prävention ist vorrangiges Ziel einer Auskunft/ Information. Wird ein darüber hinaus gehender Hilfebedarf erkannt, wird ein Beratungsgespräch angeboten. Festgestellt werden soll in diesem Zusammenhang, ob die selbstständige Lebensführung noch gewährleistet ist oder ob in diesem Kontext eine intensivere Beratung bzw. ein Case Management erforderlich ist.
Struktur	Voraussetzungen: <ul style="list-style-type: none"> • Sprechzeiten • Ständige telefonische Erreichbarkeit durch AB • Technische Ausstattung (EDV zwecks Internetrecherche) • Vorliegen eines Dokumentationsbogens • Verfügbarkeit von Informationsmaterialien zu folgenden Themen: Pflegeversicherung, Wohnungsanpassung, Betreutes Wohnen, Pflegedienste (vor Ort), Kurzzeitpflege, Verhinderungspflege

Prozess	<p>Ort der Weitergabe von Auskunft/ Information:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beratungsstelle, telefonische oder schriftliche Weitergabe (inkl. Email) <p>Wer gibt Auskünfte/ Informationen?:</p> <ul style="list-style-type: none"> • BeraterInnen <p>Methodisches Vorgehen: Das Erteilen von Auskünften/ Informationen erfolgt am Telefon, per Email, Brief oder innerhalb eines persönlichen Gespräches. Ferner wird bei Bedarf Informationsmaterial ausgehändigt oder versandt.</p> <ul style="list-style-type: none"> • (Kurz-)Dokumentation jeder Weitergabe von Informationen/ Auskünften • Nachrichten AB: Rückruf, während der Woche binnen 24 Stunden • Bereitstellung von Informationsmaterialien zu oben genannten Themen • Recherche zu gewünschten Themenbereichen • Weitervermittlung (Beratungsstellen/ Dienstleister etc.)
Ergebnis	Der Ratsuchende ist bezüglich seiner Fragestellung informiert und kann ggf. selbst weiter tätig werden. Reicht eine Auskunft/ Information nicht aus, findet auf Wunsch ein weiteres Gespräch statt (Beratung).

Tabelle 3: Qualitätsstandard Auskunft/ Information

2.6 Zielgruppenorientierte Öffentlichkeitsarbeit

Seit März 2007 hat eine zielgruppenorientierte Öffentlichkeitsarbeit stattgefunden. So sind Artikel in örtlichen Tageszeitungen, Senioren-Magazinen sowie Anzeigen in Seniorenratgebern geschaltet worden. Ebenso hat es einen kurzen Fernseauftritt sowie ein ausführliches Radiointerview gegeben. Zudem wurde die verbandsinterne Zeitung des SoVD (Auflage: 250.000) monatlich genutzt, um die im Konzept genannte Zielgruppe zu informieren und auf das Angebot aufmerksam zu machen.

Anstelle einer Informationsbroschüre sind einzelne Informationsmaterialien zu verschiedenen Themen wie z.B. den Neuerungen der Pflegeversicherung erarbeitet worden. Auf diese Weise konnten Ratsuchende über für sie relevante Themenbereiche spezifisch informiert werden. Ein adressatenorientierter Flyer stand ebenfalls zur Verfügung.



Abbildung 3 : Screenshot Homepage

Seit Mai 2007 ist die Internetpräsenz www.pflegeberatung-nds.de online. Alle Informationsmaterialien sowie aktuelle im Niedersachsen-Echo erschienenen Artikel sind hier hinterlegt worden.

Ab April 2007 wurden an allen Standorten bzw. in den zugehörigen Landkreisen Informationsveranstaltungen angeboten. Zielgruppen der Informationsveranstaltungen waren Dienstleister aus dem Bereich der Altenhilfe (z.B. ambulante Pflegedienste, Krankenhaussozialdienste, Besuchsdienste) und Senioren. Die Beratungsstellen in Westerstede und Sulingen sind 2007 mit einer offiziellen Feier eröffnet worden. Auch in Hannover hat es Anfang Mai 2007 eine Auftaktveranstaltung zur Bekanntmachung des Angebotes gegeben.

2.7 Gewinnung ehrenamtlicher Mitarbeiter

Bei der Konzeptionierung des Modellvorhabens wurde davon ausgegangen, dass der SoVD als Träger über ein erhebliches Potential an Menschen verfügt, die zu ehrenamtlichem Engagement bereit sind. Auch örtliche Unterstützerkreise sollten mithilfe verbandsinterner Kontakte aufgebaut werden. Dabei sollten auch Aktionen des Verbandes wie „Gut-tun-tut-gut“ einbezogen und genutzt werden.

In der Meilensteinplanung war die Initiierung eines ehrenamtlichen Helferkreises für das Jahr 2007 vorgesehen. Aufgrund der Verzögerungen in der Umsetzung der Meilensteine wurde der Aufbau des Helferkreises verschoben und erst im Frühjahr 2008 mit den ersten Überlegungen zur Initiierung und Konzeption unter Berücksichtigung der jeweils standortspezifischen Strukturen begonnen. An den Standorten Westertede und Hannover zeichnete sich insbesondere ein Bedarf an niedrigschwelligen Angeboten im Bereich der Haushalts- und Einkaufshilfen ab. Am Standort Sulingen gab es aufgrund der geringen Annahme des Beratungsangebotes keine Überlegungen zum Aufbau eines ehrenamtlichen Helferkreises.

Es lassen sich folgende Gründe für die nicht gelungene Initiierung ehrenamtlicher Helferkreise benennen:

- Fehlende zeitliche Ressourcen der Projektmitarbeiterinnen aufgrund methodischer und konzeptioneller Vorarbeiten bei gleichzeitiger Durchführung der Beratungstätigkeit.
- Ab Anfang 2008 Fokussierung der Maßnahmen zur Erhöhung der Fallzahlen im Bereich des Case Managements.
- Im Vorfeld unterschätzte Schwierigkeiten zur Mobilisierung ehrenamtlichen Engagements im Rahmen des Modellvorhabens.

Es ist deutlich geworden, dass die Mobilisierung zu ehrenamtlicher Mitarbeit eine zeitintensive Aufgabe darstellt und es erheblicher Information und Werbung bedarf. Auch die verbandsinterne Schnittstelle zur Aktion „Gut-tun-tut-gut“ konnte nicht wie gewünscht genutzt werden. Aufgrund dieser Schwierigkeiten ist der Aufbau eines Ehrenamtlichen Helferkreises an keinem der Standorte gelungen.

2.8 Schwerpunkt „Implementierung von Case und Care Management“

Zunächst werden die in der Konzeption zur Beantragung des Modellvorhabens benannten Bereiche

- Zielsetzungen
- Case und Care Management und
- Outcomes

noch einmal skizziert. Im Anschluss folgt ein Abgleich, inwieweit die beschriebenen Ziele und Outcomes erreicht werden konnten.

2.8.1 Die Konzeption⁴

Zielsetzungen

Mit dem Modellprojekt sollte insgesamt gezeigt werden, dass

- mit einem Beratungs- und Unterstützungsangebot im Sinne des Case und Care Management ein Umzug in eine stationäre Pflegeeinrichtung hinausgezögert oder vermieden werden kann.
- die Implementierung von Case und Care Management zu Kosteneinsparungen bei den Pflegekassen und den Trägern der Sozialhilfe führt.

Das Vorhaben sollte Aufschluss darüber geben:

- wie eine Finanzierung des Beratungsangebotes über die Modellphase hinaus sicher gestellt werden kann,
- wie und unter welchen Voraussetzungen ein solches Beratungsangebot flächendeckend eingeführt werden kann.

Der Case Management-Prozess

Der Konzeption entsprechend sollte die Auswahl der Klienten für einen Case Management-Prozess nach folgenden Kriterien erfolgen:

- **Einzugsbereich** – maßgeblich sollte der Einzugsbereich der beteiligten Kreisverbände sein, welche weitgehend mit den politischen Landkreisen identisch sind

⁴ Vgl. Vorliegendes schriftliches Konzept zum Modellvorhaben

- **Pflegebedürftigkeit** – es sollten die Voraussetzungen mindestens Pflegestufe I vorliegen
- **Pflegebedürftige leben allein** und/ oder die **Versorgung ist instabil** oder gefährdet und es besteht ein komplexer Hilfebedarf
- **Compliance** – Die Bereitschaft des Pflegebedürftigen und/ oder der Angehörigen zur Mitarbeit

Nach Auswahl der Klienten für das Case Management sollte mithilfe eines Assessmentinstrumentes eine systematische, umfassende und standardisierte Erhebung der Situation erfolgen. Instrumente zur Erhebung sollten entwickelt werden.

Vorgesehen war die Aufnahme der Situation und Festlegung der Maßnahmen innerhalb eines gemeinsam gestalteten Hilfeplans. Die Case ManagerInnen sollten je nach Bedarfslage koordinieren oder intervenieren. Zu Evaluationszwecken sollte regelmäßig überprüft werden, ob der aufgestellte Hilfeplan noch der aktuellen Bedarfslage entspricht oder angepasst werden muss.

Care Management

Ein gut funktionierendes Case Management muss auf vernetzte Strukturen zugreifen können. Vorrangige Ziele des Modellprojektes waren daher:

- Bündelung und Koordinierung bestehender Hilfsangebote
- Vermeidung von Brüchen beim Übergang zwischen verschiedenen Versorgungsformen

Darüber hinaus sollte überprüft werden, inwieweit die Trägerneutralität echte, für das Case Management erforderliche Kooperationen mit Leistungsträgern, Leistungsanbietern, Sozialhilfeträgern und anderen Beteiligten möglich macht.

Outcomes – Zu erwartende Ergebnisse

Ausgehend von den im Konzept genannten Zielen des Vorhabens wurden folgende Ergebnisse auf den drei Ebenen erwartet:

- **Regionale Ebene:** Es wird ein vernetztes und erprobtes Beratungs- und Case Management Angebot geben
- **Beteiligte Klienten:** Für die in den Case Management Prozess einbezogenen Beteiligten wird es eine stabile, möglichst häusliche Versorgung mit individuellen und passgenauen Hilfen geben
- **Konzeptionelle Ebene:** Am Ende des Projektes wird ein schriftlicher Bericht stehen, der die Erfahrungen und Erkenntnisse aus der praktischen Erprobung wiedergibt. Dieser wird Empfehlungen und Aussagen zur Umsetzung des Case Managements und zur Übertragbarkeit des Modellprojektes enthalten. Im Rahmen des Care Management sollten vorhandene Versorgungsstrukturen überprüft, bewertet und auf bestehende Lücken hingewiesen werden. Dies sollte exemplarisch für die beteiligten Regionen erfolgen, aber auch mit Blick auf die Übertragbarkeit in andere Regionen überprüft werden. Der Bericht sollte auch Stellung zur Finanzierbarkeit des Beratungsangebotes nehmen und Aufschluss darüber geben, inwieweit sich eine Eigenbeteiligung der Ratsuchenden bewährt hat und als Finanzierungsbasis dienen kann. Letztlich sollten auch Aussagen zu eventuellen Kosteneinsparungen bei Pflegekassen und Trägern der Sozialhilfe gemacht werden.

2.8.2 Die praktische Umsetzung

Die definierten Ziele, durch die Arbeit mit dem Methodenset Case Management und eine damit einhergehende intensive Beratung und Begleitung den Einzug in eine stationäre Alteneinrichtung hinauszuzögern oder gar zu verhindern, spielte in der Beratungspraxis eine große Rolle. Viele Pflegebedürftige oder ihre Angehörigen suchten mit diesem klar formulierten Ziel die Beratungsstellen auf. Einigen Ratsuchenden wurden allerdings erst durch die intensive Begleitung und Beratung durch die Case Manager Möglichkeiten und Ressourcen, die häusliche Situation zu sichern, bewusst. Empirisch nachweisen lässt sich ein solcher Effekt allerdings aufgrund der geringen Fallzahlen nicht. Vielmehr sind es die innerhalb von Teamsitzungen und Einzelgesprächen geäußerten Wahrnehmungen der BeraterInnen, die darauf schließen lassen, dass viele Hilfesuchende von punktuellen oder umfassenden Beratun-

gen in Bezug auf die Möglichkeiten der Sicherstellung eines Verbleibs in den eigenen vier Wänden profitierten.

In den Fällen, in denen die häusliche Situation aufgrund unterschiedlichster Problemlagen auch mit Hilfe intensiver Begleitung durch die Case ManagerInnen nicht sichergestellt werden konnte, wurden die Ratsuchenden - wie zuvor in der Konzeption des Modellvorhabens formuliert - bei der Auswahl einer geeigneten stationären Einrichtung unterstützt. In solchen Situationen wurde immer wieder deutlich, wie wichtig die Neutralität der Beratungsstellen für die Ratsuchenden ist. Viele äußerten, dass sie zuvor bei anderen Trägern schon die Erfahrung gemacht hatten, dass diese ausschließlich eigene Angebote offerieren. Die Neutralität der Beratungsstellen des Modellprojektes wurde von den Ratsuchenden immer wieder als besonders positiv hervorgehoben.

Die Implementierung eines Case und Care Management-Ansatzes ist nur ansatzweise gelungen. Als schwierig erwies sich der Umstand, dass der Träger vielen Akteuren im Bereich der Altenhilfe nicht bekannt war. Bei Vorstellungen des Modellvorhabens mussten deshalb häufig zunächst Vorbehalte gegen einen bisher unbekanntem Träger ausgeräumt und eine Vertrauensbasis geschaffen werden. Zum Teil wurde darauf hingewiesen, dass sich die Akteure gewünscht hätten, bereits im Vorfeld über das Vorhaben informiert worden zu sein. Erst wenn die Vorbehalte weitgehend ausgeräumt waren, konnten die Ziele und die Methoden (Case Management) des Projektes dargestellt werden. Dennoch ist es nicht gelungen, stabile Kooperationsbeziehungen und Care-Strukturen im Sinne eines Netzwerkes, auf das die BeraterInnen im Einzelfall steuernd zugreifen konnten, aufzubauen.

Aufgrund der hohen Nachfrage nach Auskunft/ Information und Beratung ist zudem die gerade zu Beginn notwendige Arbeit auf Netzwerkebene, d.h. Projektvorstellungen und Mitarbeit in Arbeitskreisen, Pflegekonferenzen und anderen Gremien nicht in dem Maße erfolgt, wie es notwendig gewesen wäre. Durch die Aufgabenvielfalt sind die BeraterInnen an die Grenzen ihrer personellen und zeitlichen Ressourcen gestoßen.

Das relativ breite Spektrum des aufzubauenden Beratungs- und Unterstützungsangebotes hat sich zudem als schwer umsetzbar erwiesen. Eine konzeptionelle Beschränkung auf Beratung oder Implementierung des Case Management-Ansatzes wäre für den Projektverlauf förderlich gewesen.

Hinsichtlich der Zielgruppen haben sich die Erfahrungen anderer Beratungsstellen und Modellvorhaben bestätigt. Nicht alle Menschen, die eine Pflege- und Wohnberatungsstelle aufsuchen, benötigen Hilfe und Unterstützung im Sinne eines Case Managements. So lassen sich die drei bereits beschriebenen Bereiche „Auskunft/Information“, „Beratung“ und „Case Management“ unterscheiden (siehe Punkt 2.3). Erfahrungsgemäß ist der Anteil der Personen, die eine umfassende Begleitung im Sinne eines Case Managements benötigen, deutlich geringer als der Anteil der Personen, die eine Auskunft oder Beratung brauchen.

Die gemeinsame Erarbeitung des Beratungsleitfadens und des Handlungskonzepts war hilfreich, um eine einheitliche Arbeitsweise der BeraterInnen sicherzustellen. Auch die gemeinsame Entwicklung eines Assessmentinstrumentes sowie die damit einhergehende Umstellung der zunächst handschriftlich dokumentierten Fallverläufe auf eine elektronische Variante haben sich als positiv erwiesen. So konnten mithilfe der flexibel strukturierbaren Software immer wieder neue Anforderungen und Erkenntnisse der Beratungspraxis zeitnah in die Software integriert und für alle umgehend zugänglich gemacht werden.

Die Anbindung an das bestehende Beratungsangebot des Trägers hat sich als vorteilhaft erwiesen. Es konnte auf eine bereits bestehende Infrastruktur zurückgegriffen und aufgebaut werden. Allerdings ist die Einbindung des Projektes in die bereits bestehenden Strukturen nicht ohne Konflikte verlaufen. Gerade in einer für das Projekt sehr wichtigen Phase hat die Lösung der auftretenden Schwierigkeiten und Konflikte erhebliche Zeitressourcen in Anspruch genommen. So war es der Beraterin in Westertede beispielsweise aufgrund einer Doppelbelegung des Büros über einige Wochen nicht möglich, ihrer Beratungstätigkeit wie geplant nachzugehen. Auch mussten zentrale Zielsetzungen und damit einhergehende Arbeitsweisen des Projektes mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Sozialberatung des SoVD geklärt werden. Schnittstellen und Unterschiede in den Arbeitsabläufen mussten in verschiedenen

Gesprächen deutlich gemacht werden. Dies spiegelt sich unter anderem auch in den Auswertungen der wissenschaftlichen Begleitforschung wider, in der deutlich wird, dass auch verbandsintern erst nach längerer Projektlaufzeit zielgerichtete „Fallüberleitungen“ stattgefunden haben.

Das am 1. Juli 2008 in Kraft getretene Pflegeweiterentwicklungsgesetz, das zum Zeitpunkt der Beantragung des Modellvorhabens nicht absehbar war, hat die Umsetzung zusätzlich belastet. So stellten Akteure der Altenhilfe immer wieder kritische Fragen hinsichtlich der Sinnhaftigkeit der Förderung des Modellvorhabens. War man dem Projekt vor Bekanntwerden der gesetzlichen Neuregelungen noch offen begegnet, so war 2008 eine deutliche Distanzierung einzelner Akteure zu beobachten. Viele Dienstleister waren verunsichert und sahen seit Einführung des Gesetzes in dem Modellvorhaben keine sinnvolle Ergänzung. Einzelne Akteure machten deutlich, sich als „Pflegestützpunkt bewerben“ oder „etablieren“ zu wollen und das Vorhaben daher nicht mehr unterstützen zu können.

Insgesamt konnten folgende Ergebnisse erzielt werden:

- **Regionale Ebene:** Das Beratungsangebot ist an den Standorten Westerstede und Hannover zu einer festen Größe geworden. Das heißt, das Angebot ist vielen Menschen und den meisten Dienstleistern und Akteuren im Bereich der Altenhilfe bekannt. Man kann nach zwei Jahren jedoch weder von stetigen Kooperationsbeziehungen, noch vom erfolgten Aufbau eines Netzwerkes sprechen.
- **Beteiligte Klienten:** Für die in den Case Management Prozess einbezogenen Beteiligten an den Standorten Hannover und Westerstede wurde eine stabile, in den meisten Fällen häusliche Versorgung mit individuellen und passgenauen Hilfen geschaffen.
- **Konzeptionelle Ebene:** Am Ende des Projektes mit nun verkürzter Projektlaufzeit steht ein schriftlicher Bericht, der den Projektverlauf und die Erfahrungen aus der praktischen Erprobung darstellt.

3. Zusammenfassung

Trotz des skizzierten problematischen Projektverlaufes ist es gelungen, an zwei der ursprünglich drei Standorte ein gut frequentiertes Beratungsangebot aufzubauen. Die Beratungsstellen an den Standorten Westerstede und Hannover haben sich gut in die Versorgungslandschaft eingefügt und sind, wie dem Bericht der wissenschaftlichen Begleitforschung zu entnehmen ist, gut in Anspruch genommen worden. Waren es zunächst anteilmäßig vorwiegend Auskünfte und Informationen, die weitergegeben wurden, so hat sich der Anteil innerhalb des Projektverlaufes deutlich zu Gunsten des Leistungsbestandteils Beratung verschoben. Daraus resultierend ist zum Projektende auch eine Erhöhung der Zahlen im Bereich des Case Managements erfolgt. Es bestätigt sich die im Jahresbericht 2007 getroffene Aussage, dass die Bekanntmachung des Angebotes und der Aufbau beständiger Kooperationsbeziehungen Zeit braucht. Die Prozesse ließen sich trotz intensiver Bemühungen nicht beschleunigen.

An diesen beiden Standorten konnten die bisherigen Angebote im Bereich der Altenhilfe also sinnvoll ergänzt werden. In Gesprächen mit potentiellen Kooperationspartnern, Ratsuchenden und ihren Angehörigen wurde immer wieder deutlich, dass es vor allem an trägerunabhängigen Pflege- und Wohnberatungsstellen fehlt.

In Bezug auf die Arbeit mit dem Methodenset des Case Management ist festzuhalten, dass es in Einzelfällen gelungen ist, die häusliche Situation mithilfe zielgerichteter gemeinsam festgelegter Maßnahmen sicherzustellen. Auch ist es an beiden Standorten punktuell gelungen, mit Dienstleistern gut zusammenzuarbeiten. Es kann jedoch weder von einer regelhaften und verbindlichen Zusammenarbeit mit einzelnen Akteuren noch von einer Arbeit auf Netzwerkebene im Sinne des Care Management gesprochen werden.