

Abschlussbericht 2009

# **Externe Evaluation des Modellprojekts „Nord- licht – das Kieler Projekt“**

Auftraggeberin:  
AWO Pflege Schleswig-  
Holstein gGmbH

Ansprechpartner:

Jakob Maetzel  
0211-8873136

Dr. Wolfgang Riedel  
0211-8873131

Düsseldorf, 26.05.2010  
52 – 26504

**Das Unternehmen im Überblick****Geschäftsführer**

Christian Böllhoff

**Präsident des Verwaltungsrates**

Gunter Blickle

Berlin HRB 87447 B

**Rechtsform**

Aktiengesellschaft nach schweizerischem Recht

**Gründungsjahr**

1959

**Tätigkeit**

Prognos berät europaweit Entscheidungsträger in Wirtschaft und Politik. Auf Basis neutraler Analysen und fundierter Prognosen werden praxisnahe Entscheidungsgrundlagen und Zukunftsstrategien für Unternehmen, öffentliche Auftraggeber und internationale Organisationen entwickelt.

**Arbeitsprachen**

Deutsch, Englisch, Französisch

**Hauptsitz**

Prognos AG

Henric Petri-Str. 9

CH - 4010 Basel

Telefon +41 61 32 73-200

Telefax +41 61 32 73-300

info@prognos.com

**Weitere Standorte**

Prognos AG

Goethestr. 85

D - 10623 Berlin

Telefon +49 30 520059-200

Telefax +49 30 520059-201

Prognos AG

Schwanenmarkt 21

D - 40213 Düsseldorf

Telefon +49 211 887-3131

Telefax +49 211 887-3141

Prognos AG

Sonnenstraße 14

D - 80331 München

Telefon +49 89 515146-170

Telefax +49 89 515146-171

Prognos AG

Wilhelm-Herbst-Straße 5

D - 28359 Bremen

Telefon +49 421 2015-784

Telefax +49 421 2015-789

Prognos AG

Avenue des Arts 39

B - 1040 Brüssel

Telefon +32 2 51322-27

Telefax +32 2 50277-03

Prognos AG

Werastraße 21-23

D - 70182 Stuttgart

Telefon +49 711 2194-245

Telefax +49 711 2194-219

**Internet**

www.prognos.com

# Inhaltsverzeichnis

<b>Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse der externen Evaluation</b>	<b>1</b>
<b>1. Methodische Vorgehensweise der externen Evaluation</b>	<b>5</b>
<b>2. Systematische Beschreibung und Einordnung der Konzeption</b>	<b>9</b>
2.1 Hintergründe zur Entstehung des Projektes	9
2.2 Zielsetzungen	11
2.3 Gesundheits- und sozialpolitische Relevanz des Vorhabens	11
2.3.1 Relevanz für die Versorgungsqualität	11
2.3.2 Relevanz vor dem Hintergrund der Pflegereform 2008	17
2.4 Konzeption	21
2.4.1 Zielgruppen	21
2.4.2 Strukturen und Koordination	24
2.4.3 Versorgungsprozess	28
2.4.4 Vergleich verschiedener Ansätze zur Gestaltung des Übergangs älterer Patienten aus dem Krankenhaus in die häusliche Versorgung	31
2.4.5 Beschreibung von typischen Ansätzen	36
<b>3. Durchführung und Ergebnisse des Case Managements</b>	<b>55</b>
3.1 Der Case Management-Prozess in der Praxis	55
3.1.1 Klienten/innen	55
3.1.2 Beratung und Begleitung	56
3.1.3 Vermittlung von Leistungen	58
3.1.4 Dokumentation, Koordination, und Evaluation	59
3.1.5 Arbeitsaufwand der Case Managerin	61
3.2 Ergebnisse des Case Management-Prozesses	63
3.2.1 Versorgungsverläufe der Klienten/innen	63
3.2.2 Einschätzungen von Projektbeteiligten zum Case Management	64
<b>4. Analyse des Schnittstellen- und Informationsmanagements</b>	<b>67</b>
4.1 Koordinierung und Steuerung der Entwicklung und Implementierung	67
4.1.1 Koordinierung und Information der am Netzwerk beteiligten Akteure	67
4.1.2 Koordinierung von Entwicklungsarbeiten	69
4.1.3 Arbeitsaufwand der Projektleitung	71
4.2 Gestaltung von Kooperationsbeziehungen	72
4.2.1 Kooperation mit den ambulanten Diensten des KPV	74
4.2.2 Kooperationsbeziehungen zu den beteiligten Krankenhäusern	75
4.2.3 Kooperation mit weiteren Partnern aus der Altenhilfe und mit der Stadt	77
4.2.4 Kooperation mit niedergelassenen Ärzten und weiteren Gesundheitsdienstleistern	78

<b>5.</b>	<b>Stärken-Schwächen-Analyse</b>	<b>79</b>
5.1	Konzeption	79
5.2	Case Management-Prozess	81
5.3	Schnittstellen- und Informationsmanagement	84
<b>6.</b>	<b>Bewertung des Potenzials zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen</b>	<b>87</b>
6.1	Qualitative Beiträge des Modellvorhabens zur Verbesserung der Versorgung	87
6.2	Verwendung von Projektergebnissen in anderen Beratungsstrukturen	88
<b>7.</b>	<b>Handlungsempfehlungen</b>	<b>91</b>

## Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse der externen Evaluation

Das Modellprojekt Nordlicht hat **eine Reihe von positiv zu bewertenden Ergebnissen** erzeugt:

- Die Zielgruppen und der spezifische Interventionszeitpunkt wurden grundsätzlich überzeugend gewählt. Die Klienten/innen befanden sich nach dem Krankenhausaufenthalt in einer kritischen Versorgungssituation, in der sie im regulären Hilfesystem keine ausreichende Unterstützung erhalten.
- Die häusliche Versorgungssituation der Klienten/innen hat sich durch das Case Management verbessert und es gibt plausible Hinweise darauf, dass stationäre Aufnahmen und Überforderungssituationen vermieden werden konnten.
- Durch das Case Management sind die Angehörigen viel stärker in die Versorgung einbezogen worden, als dies zuvor der Fall war.
- Das Assessmentinstrument eignete sich gut für die Planung der unterstützenden Maßnahmen und die Dokumentation. Es ermöglichte eine ganzheitliche Berücksichtigung verschiedener Aspekte der Versorgung.
- Die Entwicklung des Assessment-Instruments mit Experten aus den beteiligten Einrichtungen hat einen wichtigen Beitrag zur Akzeptanz des Case Managements in den Einrichtungen geleistet und eine verbindliche Beteiligung erzeugt.
- Die relativ wenig festgelegte Arbeitsweise und die hohe zeitliche Flexibilität der Case Managerin haben es ermöglicht, in hohem Maße auf die individuellen Anforderungen der Klienten/innen einzugehen und haben für eine gute Erreichbarkeit der Case Managerin gesorgt.
- Grundsätzlich bewährt hat sich der Rhythmus der Kontaktaufnahme von der Case Managerin zu den ambulanten Diensten und den Klienten/innen.
- Im Case Management wurde ein Qualitätsmanagement praktiziert. Rückmeldungen der Case Managerin an die ambulanten Dienste leisteten einen wichtigen Beitrag zur Sicherung der Versorgungsqualität.
- Die Grundstruktur der Netzwerkarbeit – Projektleitung/ Geschäftsstelle bei der AWO Pflege Schleswig-Holstein bzw. dem KPV, Projektsteuerungsgruppe und Expertenworkshops – stellt

grundsätzlich eine gute Voraussetzung für eine erfolgreiche Netzwerkentwicklung dar.

- Die Netzwerkbildung auf Basis persönlicher Kontakte und gemeinsamer Erarbeitung von Instrumenten und Verfahren in Experten-Workshops hat sich auf die Zusammenarbeit sehr positiv ausgewirkt.

Einige Ergebnisse weisen jedoch auf **Schwächen in Konzeption oder Umsetzung** hin:

- Die Angliederung des Case Managements an einen Verbund ambulanter Dienste hat einige Nachteile zur Folge:
  - Das Einzugsgebiet, das Leistungsspektrum und der Kreis der teilnehmenden Klienten/innen wurden hierdurch eingeschränkt.
  - Das Case Management konnte in den Kliniken nicht Anbieter-neutral beraten.
  - Die exklusive Trägerschaft hat Vorbehalte bei den Kooperationspartnern erzeugt.
- Die Zielgruppendefinition hat sich als zu eng herausgestellt. Auf diese Weise konnte nicht die optimale Anzahl an Klienten/innen gewonnen werden.
- Hinderlich wirkte sich die relativ geringe Inanspruchnahme pflegerischer Leistungen aus. Diese tragen aber dazu bei, die häusliche Versorgungssituation zu stabilisieren und einen Wechsel in die stationäre Pflege zu vermeiden.
- Das Assessment-Instrument war nicht ausreichend praktikabel in der Anwendung. Dies hat dazu geführt, dass es von den Sozialdiensten der Kliniken nicht angewendet wurde.
- Komplementäre Angebote wie z. B. ehrenamtliche Unterstützung oder Angebote zur sozialen Teilhabe wurden nur wenig in die Versorgung eingebunden.
- Die Abläufe im Case Management weisen noch einen Regelungsbedarf zur Erhöhung der Transparenz auf.
- Es mangelte dem Projekt an verbindlichen Rahmenvereinbarungen mit den beteiligten Krankenhäusern. Solche Vereinbarungen hätten eine kontinuierliche Unterstützung auch seitens der Geschäftsführungen und aller beteiligten Berufsgruppen begünstigt und dem Projekt in den Häusern mehr Gewicht verliehen.

- Etwas weniger erfolgreich als in der konkreten Gestaltung von Versorgungsprozessen war die Netzwerkarbeit, wenn es darum ging, die Unterstützung und Mitwirkung der beteiligten Einrichtungen und Dienste zu organisieren.

Die Projektergebnisse liefern einige wertvolle **Beiträge zur Verbesserung der Versorgung:**

- Der Ansatz, eine spezifische Zielgruppe in einer kritischen Phase aufsuchend zu beraten, hat sich als sehr zielgenau erwiesen. Ein großer Teil der Klienten/innen befand sich in einer kritischen Versorgungslage, in der es ihnen viel abverlangt hätte, sich eigenständig um Beratung und Unterstützung zu kümmern.
- Der Case Management-Ansatz hat sich bewährt. Zum einen konnte die Versorgung für die einzelnen Klienten/innen optimiert werden; zum anderen wird auf diese Weise auch die Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Diensten und Einrichtungen strukturiert. Ein Assessment-Instrument als zentrales Planungs- und Dokumentationsinstrument sollte Bestandteil eines solchen Case Managements sein.
- Die hohe inhaltliche und zeitliche Flexibilität stellt ein wesentliches Qualitätskriterium des Case Managements dar. Nur auf diese Weise kann die starke Klienten/innen-Orientierung gewährleistet werden. Die Gestaltungsfreiheiten des Case Managements erfordern aber komplementär einige grundlegende Regeln und Transparenz über Entscheidungen, welche die Versorgung der Klienten/innen betreffen.
- Im Nordlicht-Projekt wurde gemessen an den Risiken sehr erfolgreich Vertrauen und Mitwirkungsbereitschaft der beteiligten Einrichtungen und Dienste auf der operativen Ebene hergestellt. Dies wurde u. a. erreicht, indem die jeweiligen Kompetenzen und Aufgabenbereiche respektiert und die Mitarbeiter aus den Einrichtungen an der Entwicklung von Verfahren und Instrumenten beteiligt wurden.
- Vertragliche Vereinbarungen mit den beteiligten Einrichtungen, eine verbindliche Einbeziehung der Leitungsebene und deren ausreichende Information sind wichtige Voraussetzungen, um eine personenunabhängige, dauerhafte Unterstützung für eine Zusammenarbeit zu erhalten.

Einige **Projektergebnisse** lassen sich produktiv **in anderen Beratungsstrukturen verwenden:**

- Es sollte eine aufsuchende Beratung von pflegebedürftigen Personen in kritischen Phasen der Versorgung vorgesehen werden. In solchen Phasen wie unmittelbar nach der Entlas-

sung aus einer Klinik kann eine intensive Begleitung in einigen Fällen den Wechsel in eine stationäre Pflegeeinrichtung verhindern helfen oder die Einrichtung einer gesetzlichen Betreuung überflüssig machen.

- Eine relativ große zeitliche und inhaltliche Flexibilität war ein Erfolgskriterium der Arbeit der Case Managerin. Wenn begleitend durch Leitlinien und aussagekräftige Dokumentationen die Transparenz erhöht wird, kann eine solche Arbeitsweise der Pflegeberatung als Orientierung dienen.
- Das Assessmentinstrument von Nordlicht bietet eine gute Ausgangsbasis zur Entwicklung eigener, angepasster Instrumente. Ein abgestimmtes und akzeptiertes Assessmentinstrument sollte als zentrales Planungs- und Dokumentationsinstrument vorgesehen werden.
- Beim Aufbau lokaler Netzwerke ist es sinnvoll, durch Einbeziehung der Beteiligten in konzeptionelle Entwicklungsarbeiten und durch Hospitationen Vertrauen und Unterstützungsbereitschaft zu fördern.
- Neben dieser eher auf der Arbeitsebene angesiedelten Netzwerkarbeit bedarf es auch einer strukturierten Vernetzung auf Einrichtungsebene, die durch verbindliche Rahmenvereinbarungen gestützt wird.

Die externe Evaluation gibt die folgenden **Handlungsempfehlungen** für den weiteren Umgang mit den Projektergebnissen:

1. Nordlicht-Verantwortliche sollten in die Entwicklungsarbeit von Pflegestützpunkten und Pflegeberatung beratend eingebunden werden.
2. Bei Vernetzungsprojekten sollte ein Modell der zweifachen Netzwerkbildung – auf der Arbeitsebene durch konzeptionelle Mitwirkung und persönlichen Austausch (z. B. im Rahmen von Hospitationen) und auf der Einrichtungsebene durch verbindliche Vereinbarungen und regelmäßige Information – verfolgt werden.
3. Case Managementverfahren und Assessment-Instrument von Nordlicht sollten als Referenz für die Entwicklung angepasster Verfahren und Instrumente genutzt werden.
4. Die Erfahrungen von Nordlicht sollten genutzt werden, um Standards für den im Rahmen der Pflegereform spezifizierten Auftrag des Entlassungsmanagements der Krankenhäuser, die Einbeziehung von Pflegeeinrichtungen und die enge Zusammenarbeit mit Pflegeberaterinnen und -beratern betreffend, zu entwickeln.

# 1. Methodische Vorgehensweise der externen Evaluation

Die externe Evaluation hatte den Auftrag,

- das Modellprojekt im Kontext gegenwärtiger Problemlagen und Reformbemühungen zu beschreiben und zu bewerten,
- das Schnittstellen- und Informationsmanagement zu analysieren sowie
- das Potenzial zur qualitativen Weiterentwicklung der Versorgungslandschaft zu ermitteln.

Während die Bewertung der Zielerreichung zu den Aufgaben der wissenschaftlichen Begleitung durch das Institut für Soziologie der Universität Kiel gehörte, betrachtete die externe Evaluation das Projekt primär aus einer übergeordneten Perspektive, d.h. im Vergleich zu alternativen Reformoptionen und vor dem Hintergrund der gegenwärtig zu bewältigen Herausforderungen in der Versorgungslandschaft. Die Informationsbasis der externen Evaluation setzte sich aus den folgenden Quellen zusammen:

- Strukturierte Interviews mit Projektbeteiligten und Kooperationspartnern
- Tätigkeitsdokumentationen der Projektleitung und der Case Managerin
- Teilnahme an Sitzungen der Projektsteuerungsgruppe und an Expertenworkshops
- Allgemeine Projektdokumente (Protokolle, Berichte, Präsentationen etc.)
- Arbeitsergebnisse des Projekts (entwickelte Instrumente und festgelegte Verfahren)
- Berichte der wissenschaftlichen Begleitforschung.

Zur Einordnung des Projekts wurden des Weiteren Informationen zu gegenwärtigen Reformbemühungen auf rechtlicher und politischer Ebene sowie zu alternativen Gestaltungsansätzen recherchiert.

Mit den folgenden Personen wurden – z. T. mehrfach im Verlauf des Projektes – strukturierte Interviews geführt:

- Anke Buhl, Geschäftsstelle Nordlicht, AWO Schleswig-HolsteingGmbH
- Katja Claus, IKK Landesverband Schleswig-Holstein
- Walter Cordes, Leiter des Sozialdienstes der Geriatrie am Städtischen Klinikum
- Stefan Dettmers, Leiter des Sozialdienstes am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein
- Dr. Hildegard Entzian, Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit Schleswig-Holstein
- Martin Hamborg, Projektleitung, AWO Pflege Schleswig-Holstein gGmbH
- Petra Katz, Geschäftsführerin des DRK ambulanter Service Schleswig-Holstein gGmbH (Mitglied im KPV)
- Marianne Kühl, Pflegedirektorin des Städtischen Klinikums
- Marika Magyar, Vorsitzende Kieler Pflegeverbund e. V.
- Armin Tank, VdEK (vormals VdAK)
- Hanne Rosner, Leitstelle „Älter werden“ der Stadt Kiel
- Odin Wittkopf, Case Managerin Nordlicht

Das Konzept der externen Evaluation sah fünf Module vor. Vorgehensweise und Datengrundlage in den Modulen sollen im Folgenden kurz dargestellt werden.

### **Modul 1: Systematische Beschreibung und Einordnung der Konzeption**

Gegenstand dieses Moduls war eine systematisierende Beschreibung des Modellprojekts und seines Umsetzungsprozesses. Ziel war eine strukturierte Gesamtübersicht über Konzeption und Umsetzung. Im Wesentlichen wurden betrachtet:

- Hintergrund des Modellvorhabens unter Berücksichtigung von Vorläuferprojekten und Vorarbeiten,
- Konzeption des Modellprojekts und konzeptionelle Änderungen während des Projektverlaufs,

- Entwicklung und Einsatz der Instrumente
- Umsetzung des Modellprojekts (organisatorische Strukturen und Prozesse)

Zur Vorgehensweise: Entstehungsgeschichte, Konzeption und Projektverlauf wurden auf der Grundlage von Projektunterlagen, Ergebnisberichten und strukturierten Interviews systematisierend beschrieben.

### **Modul 2: Bewertung der Konzeption vor dem Hintergrund alternativer Modellvorhaben**

Ziel des Moduls war eine Bewertung der Modellkonzeption vor dem Hintergrund des aktuellen Forschungsstands. Hierzu wurden laufende oder vor kurzem abgeschlossene Projekte mit ähnlichen Zielsetzungen recherchiert und Gemeinsamkeiten und Unterschiede herausgearbeitet. In diesem Modul fand keine Bewertung der tatsächlichen Umsetzung, sondern vielmehr eine vergleichende Bewertung der Konzeption statt. Letztlich sollte das Modellprojekt nicht nur an seinen eigenen Zielen, sondern auch im Vergleich zu alternativen Vorgehensweisen gemessen werden. Dem wurde durch dieses Modul Rechnung getragen.

Zur Vorgehensweise: Es wurden Modellvorhaben mit vergleichbarer Zielsetzung recherchiert. Auf der Grundlage vorliegender Veröffentlichungen und Berichte wurde ein systematischer Vergleich mit dem Modellprojekt anhand der o.g. Kriterien durchgeführt, der eine Bewertung des Modells vor dem aktuellen Forschungsstand erlaubt.

### **Modul 3: Analyse des Schnittstellen- und Informationsmanagements**

Ziel dieses Moduls war es, die Notwendigkeit, das Vorhandensein und die Funktionsfähigkeit der Kooperationsstrukturen zu analysieren. Hierbei sollten u.a. folgende Fragestellungen beantwortet werden:

- Bestehen an den notwendigen Schnittstellen Kooperationen?
- Sind die Kooperationsstrukturen ausreichend verbindlich?
- Sind die Zuständigkeiten und die vereinbarten Abläufe (effizient) geregelt?
- Werden die Interessen aller beteiligten Einrichtungen in ausgeglichener Weise berücksichtigt?
- Wie zuverlässig, vollständig und zeitnah erfolgt der Informationsfluss?

- Welche Maßnahmen zur Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements bestehen?

Zur Vorgehensweise: Als die beiden wichtigsten koordinierenden Instanzen wurden Tätigkeitsdokumentationen der Regiestelle und des Case Managers daraufhin ausgewertet, an welcher Stelle Ineffizienzen auftraten. Prognos hat für diese Dokumentationen eine systematische Vorlage erstellt, die sich gezielt auf prägnante Tätigkeitskategorien beschränkt. Ergänzend wurden strukturierte Experteninterviews mit Vertretern beteiligter Einrichtungen geführt, um eine qualitative und praxisnahe Einschätzung der Kooperations- und Koordinationsqualität zu erhalten. Darüber hinaus wurden Mitglieder der Steuerungsgruppe zu Themen wie der Weiterentwicklung des Modellprojekts interviewt.

#### **Modul 4: Stärken-Schwächen-Analyse**

In diesem Modul erfolgte eine integrative Sicht auf die Stärken und Schwächen des Modellprojektes. Ziel war es, unter Zusammenführung der Ergebnisse aus den vorherigen Modulen die Schwachstellen unter Angabe konkreter Optimierungsmöglichkeiten sowie die Aspekte, durch die sich das Modell besonders auszeichnet (Stärken) systematisch aufzuführen. Im Ergebnis gibt das Modul Hinweise auf Verbesserungspotenzial sowie die Vorteile, die mit der Umsetzung des Modellkonzepts verbunden sind.

Zur Vorgehensweise: Es handelt sich um eine zusammenfassende Auswertung der Ergebnisse von allen bisherigen Arbeitsschritten mit der Perspektive der Herausarbeitung zentraler Stärken, Schwächen und Perspektiven.

#### **Modul 5: Bewertung des Potenzials zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen**

Auf Basis der Stärken-Schwächen-Analyse sollte eine abschließende Bewertung des Modellprojekts vorgenommen werden, wobei das Potenzial zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen skizziert wurde (Modellwirkung).

Zur Vorgehensweise: Die Bewertung des Potenzials zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen erfolgte anhand der ermittelten Ergebnisse des Modellprojekts vor dem Hintergrund der Diskussion um aktuelle Problemlagen und mögliche Reformoptionen.

Die externe Evaluation hat jährlich einen Modell- und einen Sachstandsbericht verfasst. Diese dienen dazu, auf Basis vorliegender Zwischenergebnisse Einschätzungen über den Projektverlauf vorzunehmen und gegebenenfalls Anpassungen vorzuschlagen.

## 2. Systematische Beschreibung und Einordnung der Konzeption

Pflegebedürftige Menschen werden nach einem Krankenhausaufenthalt häufig in eine stationäre Einrichtung übergeleitet, obwohl der Wunsch nach Rückkehr in die eigene Häuslichkeit besteht und aus fachlicher Sicht auch möglich und sinnvoll erscheint. Hier setzte das Projekt „Nordlicht: Modellvorhaben zur Sicherung der Häuslichkeit nach einem Krankenhausaufenthalt durch assessment-gestützte Planung und Kooperation“ an.

### 2.1 Hintergründe zur Entstehung des Projektes

Initiiert wurde das Projekt durch den Kieler Pflegeverbund (KPV) als Projektnehmer. Im KPV haben sich sieben ambulante Pflegedienste (frei gemeinnützige und privatgewerbliche Träger) zusammen geschlossen. Die am KPV beteiligte AWO Pflege Schleswig-Holstein gGmbH hat die Projektsteuerung übernommen. Beteiligt sind zudem die drei großen Kieler Krankenhäuser - das Universitätsklinikum Campus Kiel, das städtische Krankenhaus und das Clinicum Lubinus und einige Rehakliniken

Die pflegerische Versorgungslandschaft in Kiel ist geprägt durch gut entwickelte ambulante Angebote, erprobte Netzwerkstrukturen und einige Erfahrung mit der Umsetzung innovativer Vorhaben. So ist der Kieler Pflegeverbund aus der Zusammenarbeit seiner Mitgliedspartner im Rahmen zahlreicher gemeinsamer Projekte entstanden. Sieben der größten Pflegeanbieter in Kiel haben sich 2004 zusammengeschlossen. Diese Kooperation von Verbänden der freien Wohlfahrtspflege und von privaten Unternehmen ist in dieser Form in Schleswig-Holstein einmalig. Der KPV versorgt ca. 1.500 und damit knapp 30% aller Pflegepatienten in Kiel. Viele Mitgliedspartner des Kieler Pflegeverbandes sind in der Pflegekonferenz der Stadt Kiel vertreten, im gerontopsychiatrischen Verbund aktiv beteiligt und in der Interessengemeinschaft Entlassungsmanagement Kiel tätig. Der Kieler Pflegeverbund war an dem Projekt zur externen Pflegeüberleitung im Universitätsklinikum Schleswig-Holstein beteiligt. 2003 wurde eine stadtweite nächtliche Rufbereitschaft für die Pflegepatienten und Kunden der Mitgliedspartner ins Leben gerufen, die Nächtliche Rufbereitschaft Kiel (NRB-Kiel). Durch die Verbundstrukturen konnten eine Spezialisierung der Angebote des KPV bzw. seiner Einrichtungen in trägerübergreifende Abstimmung erfolgen und pflegeergänzende Angebote in das Portfolio aufgenommen werden.

Die Mitglieder des KPV waren ab 1998 an der Entwicklung des Kieler Pflegeüberleitungsbogens beteiligt. Er stellt ein Instrument zur Vereinfachung und Standardisierung der Pflegeüberleitung

zwischen Krankenhaus und häuslicher Pflege dar und ist heute ein bewährtes Arbeitsmittel in der Pflegeüberleitung über die Grenzen von Schleswig-Holstein hinaus. Der Kieler Pflegeüberleitungsbogen wird seit 1999 zwischen den Kliniken und den ambulanten und stationären Einrichtungen der Altenhilfe in Kiel verbindlich genutzt und auch in anderen Regionen Schleswig Holsteins eingesetzt. Er bildet einen wichtigen inhaltlichen Anknüpfungspunkt für das Projekt „Nordlicht“ dar und trägt gleichzeitig zur Akzeptanz des Projektes bei.

Ein gut ausgebautes ambulantes Angebot bewirkt auch eine stärker ambulante Versorgung der pflegebedürftigen Menschen in Kiel<sup>1</sup>. Während die Zahl der über 75-jährigen Kieler mit rund 8% im mittleren bundesdeutschen Bereich liegt, zeichnet sich Kiel in der Pflegestatistik 2003 mit einem für eine Großstadt unterdurchschnittlichen Versorgungsanteil in der stationären Pflege aus (23,5%). Der Anteil der stationär versorgten Pflegebedürftigen für ganz Schleswig-Holstein liegt dagegen zur gleichen Zeit bei rund 37%. Ab 2004 ist jedoch eine Trendwende zu beobachten. In 2004 erhöhten sich die stationären Platzkapazitäten gegenüber 2003 um 330 Plätze auf 1.934. Ein Grund hierfür war, dass ein großes Pflegeheim in privater Trägerschaft eröffnet wurde und zudem verschiedene Träger Altenheimplätze zu Pflegeplätzen umgewidmet haben.<sup>2</sup> Vor diesem Hintergrund steigender Konkurrenz und veränderter Angebotsstrukturen sind auch die starken ambulanten Anbieter gezwungen, ihre Angebote zu positionieren und – etwa durch Kooperationen - am Markt zu festigen sowie ggf. neue Klientengruppen durch zielgruppenorientierte, ergänzende Angebote anzusprechen. Für die Umsetzung von „Nordlicht“ waren insbesondere die ausgereiften ambulanten Strukturen positiv, während die prekäre Lage der vollstationären Anbieter die regionale Akzeptanz erschwert hat.

Ein weiterer historischer Hintergrund des Projektes war, dass aus der Arbeitsgruppe zur Erarbeitung, Implementation und sporadischen Evaluation des Kieler Pflegeüberleitungsbogens die Steuerungsgruppe der Interessengemeinschaft Entlassungsmanagement (IG-EM Kiel) entstand (unter Beteiligung des Universitätsklinikum Campus Kiel, der städtischen Klinik und nachsorgenden Einrichtungen), die schon 2003 ein gemeinsames Projekt zum internen Entlassungsmanagement in der Klinik durchführte.

---

<sup>1</sup> Pflegestatistik 2003, Pflegebericht der Stadt Kiel 2006 in: Modellbericht „Nordlicht“, Januar 2007

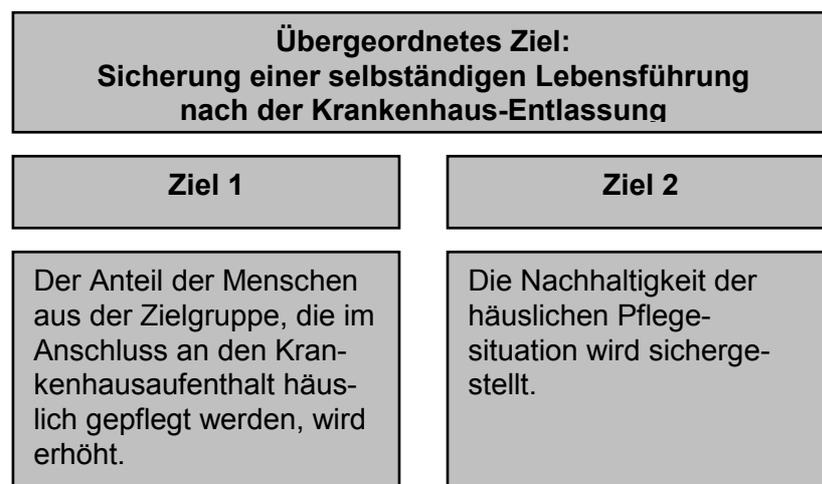
<sup>2</sup> 1.412 Pflegebedürftige wurden von 32 ambulanten Pflegediensten betreut. Dies entspricht einer Sachleistungsquote von 34%. Ambulant Betreute sind zu 57,2% in der Pflegestufe 1, 32,2% in der Stufe 2 und 10,6% in der Stufe 3. Von den 1316 vollstationär Betreuten sind 37,8% in Pflegestufe 1, 42,5% in Stufe 2 und 19,3% in Stufe 3. Demgegenüber erhalten 2707 Pflegebedürftige, das sind 66%, ausschließlich Pflegegeld, 64,5% für die Pflegestufe 1, 27,2% für Stufe 2 und 8,3% für Stufe 3. Damit werden in Kiel annähernd so viel Menschen in der Pflegestufe 3 ohne professionelle Hilfe betreut, wie im Pflegeheim (vgl. Entwurf des Berichtes zur Situation der Betreuung und Pflege älterer Menschen in Kiel 2006, (Vorlage für die Pflegekonferenz, Stand November 2006).

## 2.2 Zielsetzungen

Die übergeordnete Zielsetzung des Modellvorhabens war es, älteren Menschen durch eine differenzierte Erfassung des Pflegebedarfs und eine fachlich unterstützte Planung häuslicher Pflege- und Unterstützungsarrangements nach einem Krankenhausaufenthalt in höherem Maße als bisher eine stabile häusliche Pflegesituation zu ermöglichen.

Das Projekt richtete sich an pflegebedürftige Menschen nach einem Krankenhausaufenthalt aufgrund von Sturzverletzungen, einem Schlaganfall oder Multimorbidität mit einer gleichzeitigen Demenz oder anderen psychischen Erkrankung.

Das Ziel der Sicherung einer selbständigen Lebensführung nach dem Krankenhausaufenthalt wurde in zwei Teilziele unterteilt, anhand derer im Rahmen des Modellprojektes die Zielerreichung überprüft wurde.



## 2.3 Gesundheits- und sozialpolitische Relevanz des Vorhabens

### 2.3.1 Relevanz für die Versorgungsqualität

Es gehört zu den charakteristischen Merkmalen des deutschen Gesundheitswesens, dass es stark ausdifferenziert ist. Eine Vielzahl von Einrichtungen, Diensten und Fachqualifikationen ist auf unterschiedlichen Finanzierungsgrundlagen für eng umrissene Aufgaben und Phasen der Versorgung von Hilfebedürftigen zuständig. Neben den damit einhergehenden Möglichkeiten zur Professionalisierung bringt diese Segmentierung eine Reihe von Nachteilen und Problemen an den Schnittstellen der Versorgung

mit sich, die zu Lasten der Qualität und der Wirtschaftlichkeit der Versorgung gehen<sup>3</sup>.

Brüche in der Versorgungskontinuität beim Übergang der Patienten zwischen verschiedenen Sektoren und Institutionen des Gesundheitswesens und die Frage einer verbesserten Koordination und Integration der Leistungserbringung sind seit einiger Zeit Gegenstand der fachlichen Diskussion und auch gesundheitspolitischer Reformbemühungen, die sich in vielen Schlagworten – Disease-Management, Managed Care, Case Management – widerspiegeln. Spätestens seit der Gesundheitsreform 2000 steht das Thema weit oben in der politischen Agenda, insbesondere dadurch, dass der Gesetzgeber nach § 140 a-h die Einführung integrierter Versorgung erleichtert hat.

Die am häufigsten Versorgungsbrüche auslösende Situation ist die Entlassung aus stationären Einrichtungen, der in der Regel (schwerwiegende) akute Ereignisse vorausgehen und die häufig den Anfangspunkt eines längerfristigen Betreuungsbedarfs bildet. Dieser Übergang bzw. diese Schnittstelle gewinnt insbesondere im Rahmen pauschalierter Abrechnungssysteme an Bedeutung: Seit Einführung der DRGs stehen Kliniken vor der gesetzlichen Pflicht, angemessene Entlassungsvorbereitungen zu treffen. Gleichzeitig wird es dringlicher, durch eine professionelle Entlassungsplanung Effizienzreserven der Krankenhäuser zu nutzen und jede Entlassung zu einem möglichst frühen Zeitpunkt zu realisieren. Damit einher geht die Gefahr von „Drehtüreffekten“, also der Wiedereinweisung von Patienten in die Klinik, aus der sie erst vor kurzer Zeit entlassen wurden. Besonders für drei Problemgruppen dürfte der Bedarf nach einer qualitativ guten und umfassenden Entlassungsvorbereitung steigen<sup>4</sup>:

- Die Gruppe, die im Rahmen verkürzter Liegezeiten (z.B. nach minimalinvasiven Eingriffen) nach wenigen Tagen die Klinik wieder verlässt.
- Die Gruppe der erwartbar um ca. 20 % zahlenmäßig zunehmenden multimorbiden und pflegebedürftigen älteren Menschen, die auch nach ihrer Klinikentlassung weitere medizinische Dauerbetreuung benötigen.
- Die Gruppe von Patienten mit koordiniertem Entlassungsbedarf, die – ohne je zahlenmäßig erfasst worden zu sein – aufgrund von mangelhaftem Entlassungsmanagement anschlie-

<sup>3</sup> Vgl. Domscheit, Stefan; Wingenfeld, Klaus: Pflegeüberleitung in Nordrhein Westfalen. Konzeptionelle Entwicklungen, Problemfelder und Anforderungen. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW), Bielefeld, Oktober 1996.

<sup>4</sup> Vgl. Höhmann, Ulrike: Entwicklung des Expertenstandards: Gegenstand und Vorgehen. In: Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege. Entwicklung – Konsentierung – Implementierung. Herausgegeben vom Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP), Osnabrück, April 2004, S. 27-37.

ßende Rehabilitations- und gesundheitsfördernde Potenziale verliert, deren Lebensqualität eingeschränkt bleibt, deren Schmerzbehandlung nicht ausreichend koordiniert wird und bei der sich oft viel zu früh bzw. ggf. vermeidbar professioneller Pflege- und Hilfebedarf entwickelt.

Erwartbar sind weitere Kapazitätsreduktionen und Umstrukturierungen im stationären Bereich. Patienten werden rascher und kranker entlassen. Integrations- und Kontinuitätssicherung werden zu einer vordringlichen Aufgabe, denn das Krankenhaus wird sich künftig auf akute und intensive Behandlungssequenzen konzentrieren, die Weiterbehandlung und Pflege erfolgt – verbunden mit neuen Herausforderungen – im ambulanten Sektor.

Auch Schaeffer<sup>5</sup> sieht das Krankenhaus als „zentrale Schaltstelle der Versorgungsdistribution“, an der – speziell im Rahmen der Entlassung – die Weichen über den weiteren Verlauf der Versorgung gestellt werden. Noch Ende der 80er Jahre konstatiert sie jedoch eine mangelnde Problemsicht in der Fachöffentlichkeit bzw. in der versorgungswissenschaftlichen Forschung, aber auch in der konkreten Umsetzung der Entlassungsorganisation, wie sie sich einer Studie zeigte: Ad-Hoc-Entlassungen, Freitagsentlassungen waren keine Seltenheit. Die Entlassungsorganisation galt als Aufgabe der Medizin, die sie unter Zuhilfenahme der Sozialarbeit erfüllte. Generell wurden damit verbundene Aufgaben, die auf „care“ (Versorgung) statt auf „cure“ (Behandlung) zielten, als professionsfremd empfunden und tendenziell ignoriert oder schematisch erledigt. Im Zusammenhang mit der Entwicklung des nationalen **Expertenstandards Entlassungsmanagement in der Pflege** wurden folgende Aspekte aus den Erfahrungen und Erkenntnissen in Deutschland seit Beginn der 90er Jahre als relevant angeführt:

- Integration und auch ein ressourcenorientiertes Entlassungsmanagement kann nicht ohne konstitutive Einbeziehung der Pflege funktionieren. Die Diskussionen in Deutschland um integrierte Versorgung verengen den Blick auf die medizinische Versorgung. Statt einzig auf „cure“ zu fokussieren muss das Blickfeld auf „care“ (Versorgung) und damit auf die „caring professions“ ausgerichtet werden, um zu einem Ineinandergreifen *aller* für eine angemessene Versorgung erforderlichen Gesundheitsprofessionen zu gelangen.
- Integration ist die Aufgabe jeder einzelnen am Versorgungsprozess beteiligten Gesundheitsprofession. Dies gilt auch an der Schnittstelle zwischen stationärer und ambulanter Versorgung. Die Schaffung spezieller Instanzen – wie z.B. die Arbeit des Sozialdienstes – kann sie nicht lösen, sofern diese Institu-

---

<sup>5</sup> Vgl. Schaeffer, Doris: Gesundheitspolitische Relevanz des Entlassungsmanagement. In: Ebd., S. 11 – 26.

tionen häufig genutzt werden, um die damit verbundenen Aufgaben „wegzudelegieren“. Gleichzeitig ist eine verbesserte Kooperation aller an der Versorgung beteiligten Akteure im Sinne einer professionsübergreifenden, aufgabenorientierten Zusammenarbeit notwendig. Dies stellt die Institutionen des Gesundheitswesens in Deutschland vor besondere Herausforderungen angesichts einer ausgeprägten Hierarchie der Gesundheitsprofessionen und strikter Professionsgrenzen innerhalb der Sektoren und an den Schnittstellen.

- Integration ist von Beginn des Versorgungsprozesses an mitzudenken: d.h. die Entlassungsorganisation im Krankenhaus beginnt mit der Aufnahme. Durch frühzeitige Vorbereitung der Entlassung sind ad-hoc-Entlassungen oder ähnliche Phänomene und die damit verbundenen Probleme für die Patienten – Rückfälle, Verschlechterung des Gesundheitsstatus etc.- sowie institutionelle Effekte – Wiedereinweisungen, Drehtüreffekte etc. zu vermeiden.
- Integration bedeutet auch, die Grenzen der Institutionen und Sektoren zu überschreiten. Ein sinnvolles Entlassungsmanagement ist daher als Übergangsmanagement zu konzeptualisieren. Dies beinhaltet, Transparenz zwischen der stationären und ambulanten Betreuung zu schaffen, die Durchlässigkeit und den Informationstransfer zu verbessern. Damit verbunden ist eine Ausrichtung der Versorgungsprozesse auf die Patientenperspektive und damit auf die Frage der Kontinuität der Betreuung. Nicht rein institutionelle Erwägungen der Anbieter, z.B. Effektivitäts- und Effizienzgesichtspunkte sollten handlungsleitend sein, sondern der Patient, dessen nahtlose Weiterversorgung im Mittelpunkt des Entlassungsmanagements steht. Patienten und ihren Angehörige sind als mitgestaltende Akteure zu betrachten, die gefundene Lösungen für das Versorgungsarrangement mittragen. Dies macht eine entsprechende Beratung und Vorbereitung auf den Übergang in eine andere Versorgungsart notwendig.

Der Expertenstandard zum Entlassungsmanagement verfolgt das Ziel, das bundesweit sehr unterschiedliche Niveau in den Initiativen zum Entlassungsmanagement und zur Behebung von Schnittstellenproblemen zu vereinheitlichen und zu systematisieren und insgesamt das Qualitätsniveau anzuheben. Damit verbunden ist die Forderung, Bemühungen zur Integration und zu einem verbesserten Entlassungsmanagement systematisch zu dokumentieren und deren Ergebnisse wissenschaftlich zu evaluieren, insbesondere im Rahmen von Outcome-Studien.

### **Aufgaben des Überleitungsmanagements**

In Anlehnung an nationale und internationale Erkenntnisse der Versorgungsforschung zielt Entlassungsmanagement darauf, die

Versorgungskontinuität sicher zu stellen, abgestimmt auf die spezifische Situation des Patienten. Es muss zwei Ebenen berücksichtigen: den (inter-) professionellen Sektor und die Ebene zwischen Professionellen und Patienten/ Angehörigen. Dies beinhaltet zwei Aufgaben<sup>6</sup>:

- Abstimmung und Koordination der im poststationären Bereich erforderlichen Unterstützungs- und Versorgungsleistungen in Abstimmung mit den Betroffenen
- Stärkung der Selbststeuerungs- und Selbstmanagementfähigkeiten der Patienten und ihrer Familien im Umgang mit der meist neuen Situation

Die Expertengruppe des Standards Entlassungsmanagement legt folgende konzeptionelle Grundüberlegung zugrunde für ein qualitativ gutes Entlassungsmanagement: Um ein angemessenes poststationäres Versorgungsarrangement sicherzustellen, ist der weiterhin erforderliche Unterstützungsbedarf der Patienten und ggf. Angehörigen zu berücksichtigen

- bei krankheitsbezogenen Bewältigungsarbeiten,
- bei Bewältigungsarbeiten zur Aufrechterhaltung des Alltags,
- bei erforderlichen biographischen Rekonstruktions- und psychosozialen Bewältigungsaufgaben zur Anpassung an die meist neue Situation,
- beim Erwerb neuer Selbstmanagementkompetenzen und zur Koordination und Auswahl angemessener Hilfeleistungen.

Zuständig für die Unterstützung ist nach dem multiprofessionellen Ansatz des Expertenstandards sowohl Pflege als konstitutive koordinierende Instanz, die Medizin, die Sozialarbeit aber auch die therapeutischen Berufsgruppen mit jeweils unterschiedlichen Schwerpunktsetzungen. Für die zu berücksichtigenden Bereiche sollten Einschätz- und Assessment-Instrumente angewendet werden, die für den spezifischen Aufgabenbereich, die Anforderungen und die Besonderheiten der Institutionen und Zielgruppen zu konkretisieren sind. Das organisatorische Vorgehen, z.B. der Einsatz einer koordinierenden Instanz oder Verfahrensanweisungen zu Absprachen zwischen den Beteiligten, ist bewusst offen gelassen, denn hier können unterschiedliche Modelle, je nach örtlichen Gegebenheiten praktikabel sein.

---

<sup>6</sup> Vgl. Höhmann, Ulrike: Entwicklung des Expertenstandards: Gegenstand und Vorgehen. In: Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege. Entwicklung – Konsentierung – Implementierung. Herausgegeben vom Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP), Osnabrück, April 2004, S. 27-37.

Diese Grundgedanken finden sich bereits in dem Konzept der **Pflegeüberleitung**, das von *Joosten* in den 90er Jahren geprägt wurde<sup>7</sup>. Beide Begriffe - Entlassungsmanagement und Pflegeüberleitung - werden bislang nicht einheitlich definiert und synonym verwendet, sind jedoch von dem Begriff der „Überleitungspflege“ aufgrund der personellen Zuordnung, organisatorischen Anbindung und des Leistungsumfanges der Aufgabenfelder analytisch zu trennen. „Überleitungspflege“ bezeichnet eher die unmittelbare Betreuung des Patienten, die am Patienten erbrachte Dienstleistung, durch Pflegekräfte beim Übergang in eine andere Versorgungsform.

Pflegeüberleitung umfasst dagegen Beratungs- und Managementaufgaben, d.h. Begleitung, Moderation und Kontrolle des Prozesses der Überleitung durch eine zentrale Instanz. Um die Kontinuität der Versorgung sicher zu stellen und die Selbsthilfefähigkeiten des Patienten zu stabilisieren zählen zu den zentralen Aufgabebereichen beim Übergang vom Krankenhaus in die nachstationäre Betreuung, die materiellen und personellen Ressourcen dafür rechtzeitig sicherzustellen sowie den Informationstransfer zu gewährleisten<sup>8</sup>.

Innerhalb des Entlassungsmanagements, bzw. der synonym verwendbaren Pflege-Überleitung kann das Konzept des (darüber hinaus gehenden) **Case-Managements** eingeordnet werden: Ziel des Case-Managements ist eine berufs- und institutionenübergreifende Versorgung, die am individuellen Fall orientiert ist und über die Entlassung aus dem Krankenhaus hinaus die Aufgaben und Abläufe aller an der Versorgung beteiligten Akteure koordiniert<sup>9</sup>. Case-Management bedeutet den Einsatz zusätzlicher Personal- und Organisationsressourcen, die funktional an bestehende Institutionen anzugliedern sind. Es beinhaltet folgende Zielsetzungen:

- Deckung des Informationsbedarfs bei den Akteuren des Gesundheitswesens
- Schaffung eines zentralen Ansprechpartners für die Patienten
- Beratung, Begleitung und Anwaltschaft für den Patienten sicherstellen

---

<sup>7</sup> Vgl. Dörpinghaus, Sabine; Grützmaier, Sabine; Werbke Sebastian R.; Weidner, Frank: Überleitung und Case Management in der Pflege. Schriftenreihe des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung e.V. (Hrsg.). Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co.KG, Hannover 2004.

<sup>8</sup> Vgl. Domscheit, Stefan; Wingenfeld, Klaus: Pflegeüberleitung in Nordrhein Westfalen. Konzeptionelle Entwicklungen, Problemfelder und Anforderungen. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW), Bielefeld, Oktober 1996.

<sup>9</sup> Vgl. Dörpinghaus, Sabine; Grützmaier, Sabine; Werbke Sebastian R.; Weidner, Frank: Überleitung und Case Management in der Pflege. Schriftenreihe des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung e.V. (Hrsg.). Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co.KG, Hannover 2004.

- Umfassende Begleitung über die gesamte Länge des Krankheitsverlaufs
- Steuerung der Leistungserbringung auf der Mikro-Ebene

Wer die Rolle eines Case-Managers übernimmt – eine neutrale Instanz, die professionelle Pflege, der Kostenträger oder der Hausarzt – ist nicht festgelegt.

Pflegeüberleitungskonzepte zum Übergang von stationärer zu ambulanter Versorgung setzen einen Anfangspunkt, indem sie zu einer gezielten Vorbereitung der Betroffenen und zu einem verbesserten Informationstransfer der Beteiligten beitragen. Sie werden alleine den gesteigerten Bedarf einer abgestimmten ambulanten Versorgung der Pflegebedürftigen nicht ausreichend decken können. Bedeutsam sind hier Konzepte zum Ausbau der integrierten ambulanten Versorgung und Vernetzung der Leistungserbringung, wie sie im Kieler Modell und auch in anderen Projekten und Initiativen bereits als flankierende oder zentrale Zielsetzung vorbereitet und umgesetzt werden.

### **2.3.2 Relevanz vor dem Hintergrund der Pflegereform 2008**

Das im Juli 2008 in Kraft getretene Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung schafft rechtliche Rahmenbedingungen und Finanzierungsgrundlagen für verbesserte Beratungsstrukturen im Bereich der ambulanten Pflege und Betreuung. Betont wird auch die Bedeutung des Entlassungsmanagements, Zwei neue, miteinander verbundene Angebote sollen die Beratungslandschaft ergänzen:

#### **1. Pflegestützpunkte**

Pflegestützpunkte nach § 92 c SGB XI sollen

- eine umfassende und unabhängige Beratung in allen Fragen rund um die Pflege zu Rechten, Auswahl und Inanspruchnahme von Leistungen, Hilfeangeboten und Finanzierung bieten,
- regionale Angebote und Akteure in der Pflege vernetzen und dabei auf bestehende vernetzte Beratungsstrukturen zurückgreifen,
- ein Fallmanagement durch einen Pflegeberater /eine Pflegeberaterin anbieten.

Pflegestützpunkte sollen wohnortnah eingerichtet werden, verantwortlich für die Umsetzung sind die Pflegekassen, Rahmenbedingungen werden auf Landesebene vereinbart.<sup>10</sup>

In Schleswig-Holstein wurde zum 1. Juli 2009 zwischen den schleswig-holsteinischen Pflege- und Krankenkassen/-verbänden, dem Landkreistag und dem Städtetag ein Landesrahmenvertrag Pflegestützpunkte beschlossen. Demnach soll in jedem Kreis und jeder kreisfreien Stadt ein Pflegestützpunkt entstehen. Angesiedelt werden die Pflegestützpunkte bei den trägerunabhängigen Beratungsstellen und in gemeinsamer Trägerschaft von Kreisen und Pflegekassen betrieben.

## **2. Pflegeberatung**

Ab 1. Januar 2009 besteht ein individueller Anspruch auf Pflegeberatung. In § 7a SGB XI werden die Pflegekassen zum Angebot einer fallbezogenen Beratung ihrer pflegebedürftigen Mitglieder verpflichtet. Die Versicherten sollen ein individuelles Beratungs-, Unterstützungs- und Begleitangebot erhalten. Es ist sicherzustellen, dass im jeweiligen Pflegestützpunkt nach § 92c das Angebot einer Pflegeberatung im Sinne dieser Vorschrift in Anspruch genommen werden kann.

Anspruch auf eine Pflegeberatung nach § 7a SGB XI haben Personen, die zum Bezug von Leistungen nach SGB XI berechtigt sind. Sie sollen bei der Auswahl und Inanspruchnahme von bundes- oder landesrechtlich vorgesehenen Sozialleistungen sowie sonstigen Hilfsangeboten, die auf die Unterstützung von Menschen mit Pflege-, Versorgungs- oder Betreuungsbedarf ausgerichtet sind, unterstützt werden:

„Aufgabe der Pflegeberatung ist es insbesondere,

1. den Hilfebedarf unter Berücksichtigung der Feststellungen der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung systematisch zu erfassen und zu analysieren,
2. einen individuellen Versorgungsplan mit den im Einzelfall erforderlichen Sozialleistungen und gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen oder sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfen zu erstellen,

---

<sup>10</sup> Vgl. §92 c SGB XI; zur Erläuterung siehe auch: Kuratorium Deutsche Altershilfe (2008): Zwischenbericht „Werkstatt Pflegebedürftige“, S. 6 ff; siehe darüber hinaus auch die Darstellung auf den Webseiten des Bundesministeriums für Gesundheit: [http://www.bmg.bund.de/nn\\_1168762/SharedDocs/Standardartikel/DE/AZ/P/Glossarbereich-Pflegest\\_C3\\_BCTzpunkt.html](http://www.bmg.bund.de/nn_1168762/SharedDocs/Standardartikel/DE/AZ/P/Glossarbereich-Pflegest_C3_BCTzpunkt.html) (Zugriffsdatum: 26.05.2010).

3. auf die für die Durchführung des Versorgungsplans erforderlichen Maßnahmen einschließlich deren Genehmigung durch den jeweiligen Leistungsträger hinzuwirken,
4. die Durchführung des Versorgungsplans zu überwachen und erforderlichenfalls einer veränderten Bedarfslage anzupassen sowie
5. bei besonders komplexen Fallgestaltungen den Hilfeprozess auszuwerten und zu dokumentieren.“<sup>11</sup>

Der individuelle Versorgungsplan soll im Einvernehmen mit dem Hilfesuchenden und allen an der Pflege, Versorgung und Betreuung Beteiligten erstellt werden.

Die Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Angebote Pflegestützpunkt und Pflegeberatung zum Modellprojekt Nordlicht treten bei näherem Betrachten deutlich hervor.

**Gemeinsamkeiten** von Pflegestützpunkten und Pflegeberatung und dem Projekt Nordlicht bestehen aus Sicht der externen Evaluation in

- dem Anspruch der umfassenden einzelfallorientierten Koordination regionaler Unterstützungsangebote,
- dem zugrunde liegenden Case Management-Ansatz und
- dem Ziel, die häusliche Versorgung pflegebedürftiger Menschen möglichst lange aufrecht zu erhalten.

Hingegen gibt es auch eine Reihe von **Unterschieden**:

- Pflegestützpunkte und Pflegeberatung sollen eine Versorgung in der Fläche und für eine große Zielgruppe (pflegebedürftige Personen) gewährleisten. Nordlicht richtete sich hingegen an sehr spezifische Zielgruppen.
- Pflegestützpunkte richten sich an alle Einrichtungen und Dienste des jeweiligen Einzugsgebiets und arbeiten trägerunabhängig, Nordlicht befand sich in Trägerschaft eines Anbieter-Verbundes.
- In der Folge dieses letztgenannten Punktes konnte Nordlicht sehr intensive Kooperationen und Qualitätsentwicklungsprozesse anstoßen und unterlag gleichzeitig einigen Einschränkungen bei den in die Versorgung einzubeziehenden Angeboten. Restriktionen, denen Nordlicht aufgrund der KPV-

---

<sup>11</sup>§ 7a Absatz 1 Satz 2 SGB XI.

Trägerschaft in der Zusammenarbeit mit Krankenhäusern und anderen Anbietern unterlag, entfallen bei den Pflegestützpunkten und Pflegeberatungen (z. B. bei der Klienten/innen-Ansprache).

- Der Ansatzpunkt des Nordlicht-Case Managements zur Intervention war das Krankenhaus, der Zeitpunkt war jeweils kurz vor der Entlassung. Insofern handelte es sich um eine aufsuchende Beratung. Demgegenüber setzen Pflegestützpunkte und Pflegeberatung in der Regel voraus, dass die betroffenen Menschen zu den Einrichtungen kommen.
- Die Vernetzung im Nordlicht-Projekt basierte auf dem Aufbau persönlicher Vertrauensverhältnisse, auch durch die gemeinsame Entwicklung von Instrumenten und Verfahren. Es ist nach Einschätzung der externen Evaluation eher unwahrscheinlich, dass die Pflegestützpunkte eine ähnlich zeitintensive Form des Netzwerkaufbaus und der Netzwerkpflge betreiben können.
- Die Pflegestützpunkte und die Pflegeberatung haben im Bereich der Leistungsbeantragung und der Finanzierungsberatung einen weitergehenden Auftrag als Nordlicht.

Zusätzlich wird durch die Pflegereform über eine Änderung von § 11 Absatz 4 SGB V die **pflegerische Versorgung am Übergang pflegebedürftiger Patienten aus dem Krankenhaus in die häusliche Versorgung** gestärkt. Im Gesetzestext heißt es:

„Versicherte haben Anspruch auf ein Versorgungsmanagement insbesondere zur Lösung von Problemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche. Die betroffenen Leistungserbringer sorgen für eine sachgerechte Anschlussversorgung des Versicherten und übermitteln sich gegenseitig die erforderlichen Informationen. Sie sind zur Erfüllung dieser Aufgabe von den Krankenkassen zu unterstützen. *In das Versorgungsmanagement sind die Pflegeeinrichtungen einzubeziehen; dabei ist eine enge Zusammenarbeit mit Pflegeberatern und Pflegeberaterinnen nach § 7a des Elften Buches zu gewährleisten.*“<sup>12</sup>(Hervorhebung durch Prognos)

Für eine solche engere Verknüpfung des Entlassungsmanagements der Krankenhäuser mit der pflegerischen Versorgung hat Nordlicht viele Erkenntnisse gesammelt sowie Verfahren und Instrumente entwickelt.

---

<sup>12</sup> § 11 Absatz 4 Satz 1-4 SGB V. (In kursiver Schrift: Neuerung durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz.)

## 2.4 Konzeption

Die Konzeption des Projektes – Inhalte, Ablaufplanung und das integrierte Studiendesign – war komplex und setzte auf verschiedenen Ebenen mit unterschiedlichen, ineinander greifenden und aufeinander aufbauenden Zielsetzungen an. Im Projekt wirkten im Prinzip alle relevanten, an der Versorgung beteiligten Akteure und Institutionen mit. Eine Vielzahl von Personen war in unterschiedlichen Funktionen und Aufgabenbereichen beteiligt. Die konkrete Projektentwicklung und -durchführung entstand im Zusammenwirken von Wissenschaft und Praxis und war in die pflegerische Versorgung integriert.

Im Rahmen des Modellprojektes wurde von Kieler Experten aus ambulanten Diensten, den beteiligten Kliniken und dem Institut für Soziologie der Universität Kiel ein praxistaugliches, modulares Verfahren zum Case-Management entwickelt und in der Praxis durch eine Projektmitarbeiterin umgesetzt. Es wurde ein zielgruppenspezifisches Assessmentverfahren entwickelt, das die Bedarfserfassung einer geriatrisch-rehabilitativen Pflege mit den familiären, sozialen und räumlichen Gegebenheiten abstimmt (lebensweltlicher Ansatz). Als Folge der Bedarfserfassung wurden gemeinsam mit den Beteiligten alltagsnahe Leistungen durch intelligente Planung weiterentwickelt.

Dabei sollten die Module des Assessments erprobt, mit der Pflegeplanung der ambulanten Dienste im KPV verknüpft und bei der Notwendigkeit von SGB XII-Leistungen die Hilfeplanung gemeinsam mit den Mitarbeitern/innen der Landeshauptstadt Kiel abgestimmt werden. Die unterschiedlichen Leistungen im häuslichen Pflegearrangement, die Belastung der pflegenden Angehörigen und die Pflegeverläufe wurden dokumentiert.

### 2.4.1 Zielgruppen

Mit Zunahme des Lebensalters steigt die Wahrscheinlichkeit von Krankheit und gesundheitlichen Beeinträchtigungen, die zumeist dauerhaften Charakter haben und Fremdhilfe oder gar die Inanspruchnahme von Gesundheits- und Pflegedienste erforderlich machen. Gleichzeitig unterliegt das Gesundheitswesen einem strukturellen Wandel. Im stationären Bereich führt insbesondere die Einführung der DRGs dazu, dass Krankenhausbetten abgebaut und die Verweildauern weiterhin sinken werden. Dies führt zu neuen Anforderungen und Innovationsdruck für die nachklinische Versorgung. Erwartet wird zudem, dass der Anteil familiärer Pflege zurückgehen und die Bedeutung professioneller, ambulanter Pflege zunehmen wird.

Das Projekt richtete sich an pflegebedürftige ältere Menschen, die

- nach Sturzverletzungen (mit Schenkelhals-Fraktur),
- nach einem Schlaganfall oder
- aufgrund von Multimorbidität und diagnostizierte Demenz/Depression“ mit einer „erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz“

im Krankenhaus behandelt wurden. Demenzen und Depressionen zählen zu den im Alter am häufigsten auftretenden Einzelerkrankungen. Gleichzeitig führen Demenzen nach der Krankenhausphase häufig zum Umzug in eine stationäre Pflegeeinrichtung.

Um den in der Pflegeversicherung verankerten Grundsatz „ambulant vor stationär“ in der Pflege umzusetzen, war es aus der Sicht der Projektinitiatoren erforderlich,

- niedrighschwellige Beratungs-, Qualifizierungs- und Unterstützungsangebote auszubauen,
- Schnittstellenbrüche zu überwinden und fachspezifische Maßnahmen mit dem Vor- und dem Umfeld der Pflege zu verzahnen und
- das soziale Umfeld in die Pflege mit einzubeziehen und die Maßnahmen und Hilfen alltagsweltorientiert und flexibel an der Bedarfslage der Betroffenen auszurichten.

Insbesondere der **Apoplex** führt dazu, dass sich die Lebenssituation der Betroffenen abrupt ändert. Um bleibende Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, wurden in der Konzeption die folgenden Strategien als besonders wichtig angesehen:

- Alltagsbezogene, geriatrisch orientierte Pflege: Eine konsequent aktivierende ambulante Pflege ergänzend zu anderen therapeutischen Maßnahmen. Dies beinhaltet eine kontinuierliche Begleitung und Entlastung der pflegenden Angehörigen durch passgenaue Unterstützungsangebote.
- Risikominimierung: Verhinderung eines erneuten Schlaganfalls durch individuelle pflegerische Maßnahmen und qualifizierte Krankenbeobachtung in enger Kooperation mit dem behandelnden Arzt.
- Allgemeine Prävention: Vermeidung von Schlaganfällen, indem Angehörige und Pflegekräfte rechtzeitig die Symptome erkennen und angemessen reagieren können.

Eine **Schenkelhalsfraktur** führt ebenfalls häufig zu vermeidbarer Pflegebedürftigkeit, wenn eine mobilisierende Pflege unterbleibt. Notwendig ist hier eine spezifische Behandlungskonzeption. Der

Antragsteller hat sich federführend in der Trägergruppe gerontopsychiatrischer Verbund Kiel e.V. mit diesem Thema auseinandergesetzt. Hier liegen bereits seit 2004 Ergebnisse einer Arbeitsgruppe<sup>13</sup> vor mit dem Fokus nicht auf radikaler Sturzvermeidung, sondern der Betrachtung des Sturzes als Symptom, um eine ursachenbezogene Behandlung abzuleiten.

In beiden Zielgruppen sind psychisch kranke ältere Menschen, insbesondere Demenzkranke eine spezifische Herausforderung. Aus diesem Grund und aufgrund der besonderen Anforderungen von Demenz und Depression in der pflegerischen Versorgung wurden als dritte Risikogruppe für eine vermeidbare stationäre Dauerpflege **multimorbide ältere Menschen mit Demenz oder Depression und erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz** berücksichtigt. Hier sind individuell zugeschnittene Angebote erforderlich, die am familiären Umfeld ansetzen und dieses gezielt unterstützen.

Eine nicht angemessene Pflege führt nicht nur zu Einschränkungen für die Betroffenen, sondern auch zu erhöhten Kosten für Heilbehandlung und für vermeidbare Pflegebedürftigkeit. Insofern stehen den Ausgaben für eine verbesserte Versorgung Kosteneinsparungen gegenüber, wenn es gelingt, frühzeitig und kompetent zu mobilisieren, zu aktivieren und Präventionsmaßnahmen zu installieren.

Für den hohen Anteil der Pflegebedürftigen aus den Zielgruppen, der nach einer Krankenhausentlassung oder kurz danach in eine stationäre Pflegeeinrichtung übergeht, wird ein Ursachenbündel verantwortlich gemacht:

- hoher zeitlicher Druck, unter dem verschiedene Hilfen organisiert werden müssen;
- hohe fachliche Anforderungen, die mit einer rehabilitativen Pflege im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt verbunden sind;
- starke Segmentierung des Versorgungsangebotes im Hinblick auf Kostenträger und Leistungsanbieter;
- Kenntnisstand und subjektiven Einstellungen der Betroffenen gegenüber dem Versorgungssystem sowie Hemmschwellen, die gegebenen Möglichkeiten für die individuelle Situation nutzbar zu machen.

---

<sup>13</sup> Die Ergebnisse wurden einem runden Tisch vorgestellt, an dem alle Beteiligten einbezogen waren: u.a. Vormundschaftsrichter, ärztliche Gutachter, niedergelassene Ärzte und Klinikärzte, Gesundheitsamt, MDK, Pflegeberatungsstellen, Seniorenbeirat, Alzheimer Gesellschaft, Altenpflegeschulen sowie ambulante, teilstationäre und stationäre Pflegeeinrichtungen in Kiel

Um eine stabile häusliche Pflegesituation unter diesen Bedingungen herzustellen, sind die individuell erforderlichen medizinischen, pflegerischen und begleitenden Hilfen so zu planen, dass sie

- die räumlichen und sozialen Gegebenheiten der häuslichen Situation berücksichtigen (lebensweltlicher Ansatz),
- finanziell sichergestellt und organisatorisch umsetzbar sind,
- von den Betroffenen – Pflegebedürftige und ggf. Angehörige – akzeptiert werden (Beratung und Aushandlung als gemeinsame Entscheidung).

Die Initiatoren des Projekts sahen den Handlungsbedarf in Kiel weniger im Ausbau der Hilfeangebote als in deren Koordination: „In Kiel besteht ein differenziertes Hilfenetz von professionellen, semiprofessionellen und ehrenamtlichen Leistungen. Im Fokus des Modellvorhabens stand deshalb als steuernde Klammer ein praxistaugliches Assessment zur Planung der häuslichen Pflege und Begleitung“ (vgl. Konzept, S. 9).

## **2.4.2 Strukturen und Koordination**

### **Projektleitung**

Die Aufgabe der Projektleitung hatte die AWO Pflege Schleswig Holstein gGmbH stellvertretend für den KPV übernommen.

In der Praxis wurde dieses heterogene und anspruchsvolle Aufgabenfeld von einem Mitarbeiter mit entsprechenden Kompetenzen und Erfahrungen (z. B. in der Steuerungsarbeit in Projektgremien, kommunalen und überregionalen Gremien, Netzwerkarbeit verschiedener Institutionen, Qualitätsmanagementsystemen) vertreten. Neben der Gesamtsteuerung und Lenkung des Projektes umfasste dies die Leitung der Projektsteuerungsgruppe, die Mitarbeit in Arbeitsgruppen, die Vertretung des Projektes nach außen, die Mittelverwaltung, die Abstimmung mit dem Auftraggeber, die Verwaltung sowie die Fachaufsicht für die Case-Managerin.

### **Steuerungsgruppe**

Um einen reibungslosen, effizienten Projektverlauf sicher zu stellen und die Netzwerkarbeit auf der strategischen Ebene umzusetzen, wurde eine Steuerungsgruppe gebildet, in der die Entscheidungsträger der betroffenen Organisationen beteiligt waren. Durch die Einbindung aller regional relevanten Akteure in den Prozess und in die wesentlichen Entscheidungen des Projektes sollte sichergestellt werden, dass

- die Operationalisierung der Projektziele und das Vorgehen in den einzelnen Projektphasen abgestimmt ist,

- das Projekt frühzeitig an geänderte strukturelle Bedingungen angepasst wird,
- Versorgungslücken identifiziert und angemessene Strategien für intelligente Leistungs- und Finanzierungssysteme entwickelt werden können,
- unterschiedliche Interessen und projektrelevante Aspekte auf „kurzem Wege“ geklärt werden.

An der Steuerungsgruppe nahmen Vertreter/innen der folgenden Einrichtungen bzw. Gruppen teil:

- Kieler Pflegeverbund (KPV),
- Drei große Kieler Krankenhäuser: Universitätsklinikum Campus Kiel, Städtisches Krankenhaus und Clinicum Lubinus
- Niedergelassene Ärzteschaft –Leitung des Institutes für Allgemeinmedizin und Vertreter der niedergelassenen Nervenärzte
- Seniorenvertreterin
- Beratungsstelle „Demenz und Pflege“
- Stadt Kiel, Amt für Familie und Soziales
- Pflegekassen – AOK, IKK und VdAK (VdEK)
- Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren des Landes Schleswig-Holstein<sup>14</sup>
- AWO Schleswig-Holstein gGmbH
- AG Pflegequalität des Landespflegeausschusses Schleswig-Holstein
- Institut für Sozialwissenschaften der Christian-Albrechts-Universität (wissenschaftliche Begleitung)

### **Case-Managerin**

Es wurde eine Stelle „Case-Management“ eingerichtet, um die Menschen zu begleiten, die sich zur Teilnahme an dem Projekt entschließen. Die konkrete operative Umsetzung dieses Kernelementes des Projektes wurde durch eine Fachkraft mit entspre-

---

<sup>14</sup> Nach dem Regierungswechsel im Jahr 2009 in Schleswig-Holstein wurde das Ministerium umbenannt in „Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit“.

chenden Qualifikationen (Krankenpflegerin und Pflegedienstleitung mit Zusatzausbildung in Case Management) wahrgenommen. Die Case-Managerin nahm eine „Gatekeeper“-Funktion wahr. Zur Vorbereitung der Funktion hospitierte sie in den Kliniken, um deren Entlassungsmanagement kennen zu lernen und die eigene Tätigkeit abzugrenzen. Schwerpunkt der Arbeit bildete die individuelle Überleitungspflege, die Beratung für die Zielgruppen sowie die Vermittlung und Überprüfung angepasster Leistungen im Pflegemix. Die Case-Managerin wirkte an der Entwicklung und Erprobung der Instrumente mit, indem sie die Daten erfasste und Rückmeldungen zur Praxistauglichkeit gab. Die Case-Managerin übernahm Beratungs- und Schulungsfunktionen in den ambulanten Diensten und beteiligte sich an der abschließenden Auswertung des Projektes, indem sie Vorarbeiten für die statistischen Analysen und Rückmeldungen zu Qualitätsverbesserungen in den beteiligten Institutionen leistete.

### **Expertenworkshops**

Die wissenschaftliche Begleitung und die operativen Mitarbeiter wurden durch sektorenübergreifende und themenbezogene Expertenworkshops unterstützt und begleitet, um die Erfahrungen aus den bestehenden Strukturen für das Projekt zu nutzen und die Akzeptanz und Praxisnähe der Instrumente zu sichern. Neben den Projektmitarbeitern/innen (Projektleitung, Case-Management und wissenschaftliche Begleitung) beteiligten sich hierbei Mitarbeiter/innen aus den Kliniken (z.B. Sozialdienst) und den ambulanten Pflegediensten. Die Vergütung erfolgte durch Werkverträge für Entwicklungsleistungen bei der Erarbeitung der Case-Management-Instrumente, der Entwicklung und Erprobung von Controllinginstrumenten (z. B. Controlling der Zusammenarbeit im Netz, Bewertung von Risikopotenzialen und Versorgungslücken etc.) und der Entwicklung und Initiierung von Strukturen zum Alltagsmanagement.

### **Kieler Pflegeverbund**

Der KPV mit seinen sieben beteiligten ambulanten Diensten bietet trägerübergreifend abgestimmt eine Reihe spezialisierter, auch pflegeergänzender Angebote. Im Steuerungskreis des KPV arbeiteten alle relevanten Berufsgruppen, die den Pflegemix gestalten, zusammen. Auf dieser Grundlage konnten, als Eigenleistungen des KPVs, die für das Modell notwendigen organisatorischen Strukturen, die Freistellung von Mitarbeitern/innen für Schulungen und Tätigkeiten im Projekt sichergestellt und die Prozesse für die Kooperationen an der Nahtstelle zwischen Kliniken und ambulanten Diensten aufgebaut werden. Der KPV hatte folgende Aufgaben im Modellprojekt:

- Implementierung eines einheitlichen Verfahrens, um die Ergebnisse des Assessments in der Pflegeplanung und Dokumentation zu berücksichtigen,
- Entwicklung von Qualitätskriterien, um die Pflegeziele für die am Projekt teilnehmenden Kunden umzusetzen ggf. durch die Weiterentwicklung des gemeinsamen Leistungsspektrums,
- Rückmeldung zur Akzeptanz und Praxistauglichkeit der Prozesse und Instrumente aus Sicht der ambulanten Pflege..

### **Krankenhäuser**

Zwischen den drei großen Krankenhäusern Kiels,

- dem Universitätsklinikum Campus Kiel,
- dem Städtischen Krankenhaus,
- dem Clinicum Lubinus

und dem Kieler Pflegeverbund besteht eine langjährige Zusammenarbeit. Auf operativer Ebene waren Mitarbeiter der Krankenhaussozialdienste und Pflegeüberleitungen über die Expertenshops in die Projektentwicklung involviert. Die Leitungsebene (Leitung Krankenhaussozialdienst bzw. Pflegedirektion) war über die Mitgliedschaft in der Steuerungsgruppe bei strategischen Fragestellungen und verbindlichen Absprachen eingebunden.

### **Wissenschaftliche Begleitung**

Das Institut für Sozialwissenschaften der Christian-Albrecht-Universität Kiel, Forschungsgruppe Gerontologie beteiligte sich auf dem Erfahrungshintergrund langjähriger Forschungs- und Entwicklungstätigkeit im Segment der Altenhilfe. Die wissenschaftliche Begleitung hatte folgende Schwerpunkte:

- Synopse der relevanten Assessment-Instrumente: dies betrifft die bisher von den Kliniken und ambulanten Diensten eingesetzten Instrumente, andere praxiserprobte geriatrische Assessments und Verfahren zur Risikoeinschätzung in der ambulanten Pflege.
- Entwicklung und Konsentierung des modularen Assessment-Instrumentes in Abstimmung mit der Projektsteuerung.
- Wissenschaftliche Überprüfung der Wirksamkeit des Instrumentes im Hinblick auf die Sicherung der Häuslichkeit durch ein Kontrollgruppendesign.

## **Externe Evaluation**

In Ergänzung der wissenschaftlichen Begleitung übernahm die Prognos AG die Aufgabe der externen Evaluation in dem Projekt. Der Schwerpunkt lag darin,

- das Modellprojekt im Kontext gegenwärtiger Problemlagen und Reformbemühungen zu beschreiben,
- das Schnittstellen- und Informationsmanagement zu analysieren und
- das Potenzial zur Weiterentwicklung der Versorgungslandschaft zu ermitteln.

Dazu wurden verfügbare Projektunterlagen und -informationen (Konzepte, Modellberichte, Protokolle, Internet etc.) ausgewertet und zusammengefasst. Darüber hinaus wurden Dokumentationsinstrumente für die Tätigkeiten der Projektleitung und der Case-Managerin eingesetzt und zahlreiche Interviews mit Projektverantwortlichen geführt. Zwischenberichte sollten Impulse für den Projektverlauf geben und Entwicklungsmöglichkeiten anregen.

### **2.4.3 Versorgungsprozess**

An der Zielsetzung, den Problemlagen der Zielgruppen sowie der Funktion und den Aufgaben der Projektbeteiligten werden Inhalt und Maßnahmen des Projektes bereits deutlich. Im Kern des Modellvorhabens standen die Unterstützung der Klienten/innen der Zielgruppe und ihrer Angehörigen bei der Planung der häuslichen Pflege sowie die Begleitung durch eine Case-Managerin.

#### **2.4.3.1 Case-Management**

Das Case-Management wurde in vier Verfahrensschritten umgesetzt:

##### **Schritt 1: Case-Finding**

Der erste Schritt bestand darin, Patienten/innen in den beteiligten Kliniken, die zur Zielgruppe gehören, zu identifizieren. Diese mussten von den zuständigen Mitarbeitern/innen der Kliniken aktiv auf die Möglichkeit zur Teilnahme hingewiesen werden. Ziel innerhalb des Projektes war, dass alle Patienten/innen der Zielgruppe über das Angebot informiert werden und im Laufe des Projektes über die Hälfte der potenziellen Klienten/innen teilnehmen.

Voraussetzungen hierfür waren die Erarbeitungen

- eines Kriterien-Katalogs zur Präzisierung der Zielgruppe. Dieser basiert auf Routine-Daten der Kliniken und wird von der

wissenschaftlichen Begleitung, unterstützt durch einen Experten-Workshop, erarbeitet.

- einer mündlichen und schriftlichen Form der Information, die in der spezifischen Situation der Patienten/innen und ihrer Angehörigen als hilfreich wahrgenommen wird und die Freiwilligkeit zur Teilnahme am Projekt vermittelt.

Die Kliniken sicherten die frühzeitige, Kriterien-gestützte Auswahl der Patienten, indem sie das Case-Finding durch die zuständigen Mitarbeiter/innen in die Arbeitsablauf-Organisation einbetteten. Das Case-Finding wurde in den Kliniken dokumentiert, so dass der Zielerreichungsgrad überprüft werden konnte.

## **Schritt 2: Anamnese unter Einsatz eines Assessment-Instrumentes**

Mittels eines zu entwickelnden modularen Assessment-Instrumentes wurden die notwendigen Daten gesammelt, auf deren Basis die Hilfeplanung und die Beobachtung von Risiken in der Versorgungssituation erfolgen konnten. Das Assessment spielt für das Case-Management eine zentrale Rolle: Es soll die Bedarfe, Risiken und Ressourcen der häuslichen Situation so erfassen, dass eine fachliche Grundlage für eine umfassende, einzelfallorientierte Hilfeplanung gegeben ist. Es muss geeignet sein, an den Schnittstellen des Kooperationsverbundes aus Kliniken, Case-Management und ambulanten Pflegediensten als netzwerkübergreifendes Verfahren den Informationsfluss zu gewährleisten.

Die Module des Instrumentes wurden zielgruppenspezifisch konzipiert und aufeinander abgestimmt, um an der jeweils fachlich richtigen Stelle die erforderlichen Daten für die Planung der rehabilitativen Pflege, des Unterstützungsnetzwerkes und ggf. der Anpassung räumlicher Gegebenheiten erheben zu können.

Für die Entwicklung und Konsentierung geeigneter Module für das Assessment-Instrument war die wissenschaftliche Begleitung durch die Forschungsgruppe der Uni Kiel verantwortlich. Sie erfolgte in drei Schritten:

- Synopse über
  - in den beteiligten Kliniken bisher eingesetzte Assessment-Instrumente
  - praxiserprobte, validierte geriatrische Assessment-Instrumente
  - Instrumente der geriatrisch rehabilitativen Pflegeplanung und Risikoeinschätzung der ambulanten Pflege

- Instrumente zur Messung des Belastungserlebens pflegender Angehöriger
- Auswahl, ggf. Anpassung und Entwicklung geeigneter Module im Rahmen von Experten-Workshops
- Praxiserprobung und ggf. Testung psychometrischer Gütekriterien angepasster bzw. neuentwickelter Module

### **Schritt 3: Planung der zukünftigen häuslichen Pflegesituation**

Im dritten Schritt wurde die zukünftige häusliche Pflegesituation gemeinsam mit den Pflegebedürftigen, ggf. ihren Angehörigen oder anderen Personen des sozialen Netzes und der Case-Managerin geplant. Grundlage dafür war das entwickelte modulare Assessment- Instrument, das in der Kooperation zwischen Kliniken, Case-Managerin und ambulanten Diensten angewendet und erprobt wurde.

### **Schritt 4: Umsetzung der geplanten Maßnahmen einschließlich Klärung der Verantwortlichkeiten**

In der Hilfeplanung wurde festgelegt, wer von den beteiligten Personen für die Umsetzung der einzelnen geplanten Maßnahmen verantwortlich ist, also z.B. Mittel zur Wohnraumanpassung beantragt oder einen ambulanten Pflegedienst beauftragt.

Ein wesentlicher Bestandteil der Hilfeplanung war zudem die Kooperation aller am Unterstützungsarrangement beteiligten Institutionen bzw. Personen. Hierzu gehörten das informelle Hilfenetz ebenso wie die professionellen Unterstützungsleistungen, d. h. ambulante Pflegedienste, Hausärzte, therapeutische Hilfen oder nicht-pflegerische Dienstleistungen z. B. zur Unterstützung im Haushalt. Zudem sind die Risiken der pflegerischen Versorgung und im sozialen Gefüge der häuslichen Situation zu berücksichtigen.

Die Ergebnisse des vierten Schrittes waren mit der Pflegeplanung der kooperierenden Dienste zu verknüpfen. Die im Rahmen der Hilfeplanung auf der Basis des Assessment-Instrumentariums gewonnenen Erkenntnisse über Versorgungsbedarfe und -lücken wurden fallbezogen dokumentiert und der Steuerungsgruppe für eine systematische Auswertung, z. B. über typische Bedarfslagen, zugänglich gemacht. Verantwortlich für die Umsetzung und Dokumentation von Schritt 3 und 4 waren die genannten Klinik-Mitarbeiter/innen, die Case-Managerin und die Mitarbeiter/innen in den ambulanten Diensten.

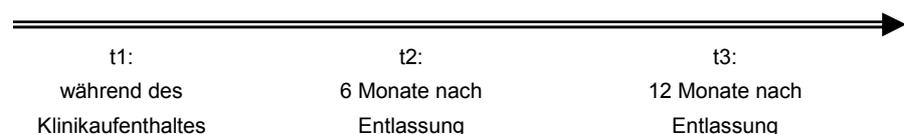
### 2.4.3.2 Wissenschaftliche Begleitung

Die Evaluation, hier im Sinne einer internen wissenschaftlichen Begleitung, sollte überprüfen, ob und wie es gelingt, die Ziele des Modellprojektes zu erreichen und auf diesem Wege das entwickelte Instrument validieren. Die Evaluation schloss sowohl die Umsetzbarkeit der Maßnahmen des Modellprojektes (Prozessevaluation) als auch deren Ergebnisse im Hinblick auf die Zielerreichung (Ergebnisevaluation) ein. Es sollte die Frage beantwortet werden: Kann durch ein systematisches, instrumentengestütztes Case-Management, das in verbindliche Kooperationsstrukturen eingebettet ist,

- a) der Anteil der Patienten, der nach einem Krankenhausaufenthalt in die eigene Häuslichkeit zurückkehrt, erhöht werden (Ziel 1) und
- b) kann dieser Übergang dadurch so gestaltet werden, dass ein tragfähiges und angemessenes Unterstützungsarrangement die Verweildauer in der eigenen Häuslichkeit verlängert? (Ziel 2).

Um dazu die Aussagen zu ermöglichen, beinhaltete die Konzeption des Projektes einen **Kontrollgruppen-Vergleich**.

Der Fallgruppe aus Patienten, die das Case-Management in Anspruch nahmen, wurde eine Kontrollgruppe aus Patienten gegenübergestellt, die den Kriterien der Zielgruppe (Kriterienraster) entsprachen, jedoch vor Einführung des Case-Managements aus den Kliniken entlassen wurden. Die Datenerhebung für den Vergleich erfolgte zu drei Zeitpunkten:



Für die Entwicklung der Datenerhebungs-Instrumente, des detaillierten Erhebungs-Design sowie die Auswertung war die wissenschaftliche Begleitung verantwortlich.

## 2.4.4 Vergleich verschiedener Ansätze zur Gestaltung des Übergangs älterer Patienten aus dem Krankenhaus in die häusliche Versorgung

### 2.4.4.1 Kategorisierung verschiedener Ansätze

Die meisten Konzepte zur Pflege-Überleitung sind vor allem für die Gruppe der alten und hochaltrigen Patienten entstanden, da eine zunehmende Zahl dieser Patienten an Demenz erkrankt. Die De-

menz gilt als häufigste Ursache von Hilfebedürftigkeit. Nicht immer ist ein inter- oder multiprofessioneller Ansatz, wie im Expertenstandard zum Entlassungsmanagement impliziert, vorausgesetzt oder umgesetzt. Häufig ist der Fokus allein auf das Handeln der Pflegenden gelegt.

In der Regel wird der Übergang vom Krankenhaus in die ambulante oder stationäre Weiterversorgung als zentral zu lösendes oder zumindest eines der zentralen Probleme definiert. Die Einbettung in Netzwerke bzw. Koordinations- oder Kooperationsstrukturen bildet dabei eine neue Dimension bzw. Weiterentwicklung.

Anhand der organisatorischen Zuordnung lassen sich idealtypisch zwei Varianten der institutionalisierten Pflege-Überleitung von einer stationären Einrichtung in die nachstationäre Versorgung unter der Federführung der Pflege unterscheiden:

- 1) Die **Zuordnung der Pflegeüberleitung zu einem eigenständigen Dienst in der Einrichtung** (z. B. als Stabstelle der Pflegedienstleitung), der mit eigenen Mitarbeiter(innen), Räumlichkeiten und z.T. mit einem eigenen Budget ausgestattet ist und Beratungs- Planungs- und Vermittlungsaufgaben im Rahmen der Pflege-Überleitung übernimmt.
- 2) Die **Zuordnung der Pflege-Überleitung zu einem ambulanten Pflegedienst**, der an das Krankenhaus angeschlossen ist und bei Bedarf die ambulante Betreuung nach Entlassung übernimmt. Alternativ ist auch die Zuordnung zu einem externen ambulanten Pflegedienst möglich, der mit dem Krankenhaus eine Kooperationsvereinbarung abgeschlossen hat.

Unter die **erste Variante** lässt sich eines der bekanntesten Modelle der Pflege-Überleitung in fest institutionalisierter Form mit eigens dafür eingerichteten Personalstellen einordnen: Das Projekt „Von der Lücke zur Brücke“ des Gemeinschaftskrankenhauses Herdecke, das seit 1992 als Vorbild und noch heute Richtungweisend gilt. Vier Aufgabenbereiche stehen im Vordergrund: Planung und Moderation der Überleitung; Aufbau und Durchführung eines Berichtssystems, Pflege von Kontakten zu den an der Überleitung beteiligten Mitarbeiter(innen) und Institutionen (Vernetzung; Mitwirkung und Durchführung von Qualifizierungsmaßnahmen. Kennzeichnend für Herdecke ist u.a. der direkte und regelmäßige Kontakt zu den Stationen und die frühzeitige Bedarfsfeststellung durch die Pflegefachkräfte für die Überleitung.

Von Bedeutung für diese organisatorische Variante ist die dienstrechtliche Einbindung der für die Pflegeüberleitung zuständigen Dienste (Pflegedienstleitung oder Krankenhausleitung) für die Akzeptanz und Unterstützung durch die weiteren beteiligten Mitarbeiter(innen). Dies betrifft z.B. auch das sensible Thema der Mitspra-

chemöglichkeiten bei der Krankenhausentlassung durch die Pflegekräfte.

Bei der **zweiten Variante** der organisatorischen Zuordnung spielt die Aufgabenteilung bzw. Aufgabenabgrenzung und somit die mögliche Konkurrenzsituation mit krankhausinternen Diensten und Mitarbeiter(innen), insbesondere mit dem Krankenhaus-Sozialdienst eine wichtige Rolle. Eine Ergänzung und somit Attraktivitätssteigerung des Leistungsangebotes der Krankenhäuser ist durch die Kooperation mit (einem) ambulanten Dienst(en) sehr leicht, da keine zusätzlichen Personalressourcen benötigt werden. Hierin liegen gleichzeitig die Grenzen des Ansatzes, sofern nicht zusätzliche Ressourcen bei den ambulanten Diensten vorgesehen sind. Es dürfte darüber hinaus schwierig sein, eine qualitativ umfassende Überleitung für Patienten zu realisieren, die durch nicht kooperierende oder angeschlossene ambulante Dienste betreut werden wollen oder können. Dies vor allem dann wenn ein erheblicher und langfristiger Betreuungsbedarf vorliegt. Gleiches gilt für Patienten, die in stationäre Pflegeeinrichtungen übergeleitet werden.

Eine weitere mögliche Variante der organisatorischen Einbindung besteht in der **Übernahme nachstationärer Aufgaben durch einen Sozialdienst**. Eines der Beispiele hierfür ist das Modell der „Sozialvisite“ des Betest-Krankenhauses Essen-Borbeck, das eines der ältesten Modelle in Deutschland ist (seit 1989)<sup>15</sup>. Die Sozialvisite unter der Federführung einer/eines Sozialarbeiters/ Sozialarbeiterin, der/ dem das Schnittstellenmanagement obliegt, beteiligt bei Abklärung und Einleitung der poststationär benötigten therapeutischen, pflegerischen und sozialen Hilfen alle an der Versorgung mitwirkenden Berufsgruppen, insbesondere Ärzte, Pflegekräfte, Therapeuten. Die Sozialvisite wurde eingeführt, um dem Wunsch der Patienten, in die häusliche Umgebung zurückzukehren, nachzukommen; den Anteil nichtindizierter Heimunterbringungen zu reduzieren; notwendige Heimunterbringungen schnell zu vermitteln und Kooperationsstrukturen mit ambulanten und komplementären Diensten aufzubauen.

Rein formal gehört es zu den Aufgaben und Leistungen eines Krankenhaus-Sozialdienstes, Entlassungen vorzubereiten und Patienten bei Bedarf nach der Entlassung zu betreuen. Projekte und Modelle zum Schnittstellenmanagement berühren die Frage der Aufgabenteilung, möglichen Synergien oder möglichen Konkurrenzverhältnissen zu den Bereichen der Sozialdienste. Diese sind vielfältig. In der Praxis werden jedoch als Schwerpunkte primär

<sup>15</sup> Vgl. Dörpinghaus, Sabine; Grützmacher, Sabine; Werbke Sebastian R.; Weidner, Frank: Überleitung und Case Management in der Pflege. Schriftenreihe des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung e.V. (Hrsg). Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, Hannover 2004.

administrative Verwaltungsaufgaben, wie die Sicherung der Finanzmittel, die Beschaffung von Heimplätzen und die Regelung von Maßnahmen der Rehabilitation oder Anschlussheilbehandlung wahrgenommen. Die Handlungsmöglichkeiten des Sozialdienstes werden z.T. dadurch eingeschränkt, dass er von ärztlichen Verordnungen abhängig ist und erst kurz vor der Entlassung eines Patienten eingeschaltet wird.

Eng verbunden mit der Organisationsform ist die Einteilung der Überleitungen in **indirekte oder delegierte Formen**. Typische Beispiele hierfür sind Stabstellen bei der Pflegedirektion/Pflegedienstleitung, Delegationen an kooperierende ambulante Dienste oder aber die Etablierung von Case-Managern. Formen der direkten Überleitung sollen zusätzliche Schnittstellenprobleme vermeiden und die Aufgabe der Pflege-Überleitung in das professionelle Handeln aller Akteure integrieren. Beispiele sind vom Sozialdienst moderierte Sozialvisiten, die Überleitung durch eigens dafür vorgesehene Pflegekräfte im Krankenhaus, Pflegeübergaben durch Bezugspflegekräfte im Krankenhaus oder Entlassungsvisiten durch Krankenhausärzte gemeinsam mit niedergelassenen Ärzten.

Der nationale **Expertenstandard Entlassungsmanagement** geht davon aus, dass die Pflegekraft aufgrund ihrer Nähe zu Patienten Angehörigen im Entlassungsprozess die entscheidende Koordinationsfunktion übernimmt. Für ein qualitativ gutes und umfassendes Entlassungsmanagement und um Versorgungsbrüche zu vermeiden, ist eine Berufsgruppen übergreifende Zusammenarbeit notwendig. Der Expertenstandard definiert dazu Standardkriterien auf der Struktur-, Prozess und Ergebnis-Ebene.

Die **Struktur-Kriterien** umfassen das Vorhandensein schriftlicher Verfahrensregeln zum Entlassungsmanagement, der notwendigen geeigneten Instrumente (Assessment, Evaluation); die Qualifikationen (z.B. zur Anwendung der Instrumente, Beratung und Schulung der Patienten, Bedarfseinschätzung, Prozessplanung etc.) und die Autorisierung der verantwortlichen Mitarbeiter(innen).

Die **Prozess-Kriterien** definieren den Zeitablauf und die Planung der wesentlichen Schritte des Entlassungsmanagement durch die verantwortlichen Mitarbeiter(innen) je nach individueller Situation des Patienten und seiner Angehörigen: Innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme erste kriteriengestützte Einschätzung des Unterstützungsbedarfes – ggf. differenziertes Assessment mit Patienten und Angehörigen – individuelle Entlassungsplanung – bedarfsgerechte Schulung und Beratung – frühzeitige Abstimmung der Entlassungsplanung mit allen intern und extern Beteiligten – Kontaktaufnahme mit den Patienten und Angehörigen und Überprüfung der Umsetzung innerhalb von 48 Stunden nach Entlassung.

Die **Ergebnis-Kriterien** greifen die Patientenperspektive auf und definieren das Ergebnis des individuellen bedarfsgerechten Entlassungsmanagements: z.B. Vorliegen einer systematischen Einschätzung des erwartbaren poststationären Unterstützungs- und Versorgungsbedarfs; individuellen Entlassungsplanung mit konkreten Handlungserfordernissen; Angebot einer bedarfsgerechten Beratung und Schulung zur Bewältigung der Pflegeerfordernisse ist erfolgt, Entlassungstermin und Versorgungsbedarf mit den weiterversorgenden Einrichtungen ist erfolgt.

Domscheidt und Wingenfeld entwerfen ein Anforderungsprofil, anhand dessen sich Konzepte der Pflegeüberleitung näher einordnen und beurteilen lassen.<sup>16</sup> Die konzeptionellen Merkmale sollen verdeutlichen, welches Leistungsspektrum Pflegeüberleitung haben kann. Sie skizzieren ein „Maximalprogramm“, das von den konkreten institutionellen Rahmenbedingungen, z. B. Personalressourcen, Aufgabenteilung mit dem Sozialdienst, abstrahiert. Zentrale Elemente sind

1. Bestimmung des Patientenkreises und des Zuständigkeitsbereichs
2. Vernetzung: Im Idealfall findet die Überleitung im Kontext einer regelmäßigen, dauerhaften, auf gegenseitige Transparenz angelegten, organisatorisch geregelten Zusammenarbeit zwischen Krankenhaus, ambulanten Diensten, Hausärzten, Selbsthilfeeinitiativen, Heimen etc. statt.
3. Frühzeitige Feststellung des Handlungsbedarfes
4. Erstellung einer Überleitungsanamnese, Planung und Kontrolle der Überleitung
5. Einsatz spezifischer Planungs- und Dokumentationsinstrumente
6. Umfassende Koordination
7. Herstellung geeigneter Kooperations- und Kommunikationsstrukturen (Sicherstellung des Informationstransfers)
8. Gewährleistung personeller Kontinuität in der Begleitung des Patienten
9. Beratungsangebote für Patienten und Angehörige

---

<sup>16</sup> Vgl. Domscheidt, Stefan; Wingenfeld, Klaus: Pflegeüberleitung in Nordrhein Westfalen. Konzeptionelle Entwicklungen, Problemfelder und Anforderungen. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW), Bielefeld, Oktober 1996.

10. Schulungen bzw. Vermittlung von Schulungsangeboten für pflegende Angehörige (z.B. Hauspflegekurse)
11. Beratungs- und Qualifizierungsangebote für die Pflegenden
12. Einbindung in die Maßnahmen der Qualitätssicherung

#### **2.4.5 Beschreibung von typischen Ansätzen**

Um die Konzeption des Kieler Projekts einordnen zu können, werden in diesem Abschnitt aktuelle Ansätze beschrieben, die sich jeweils auf andere Weise mit der Verbesserung der nachstationären Versorgung pflegebedürftiger Menschen beschäftigen.

Vorgestellt werden drei Ansätze, zwei davon werden im Rahmen der regulären Versorgung umgesetzt, ein weiterer (Klinikum Os-nabrück) wurde über ein Modellprogramm finanziert.

Bei der Auswahl wurde darauf geachtet, die Bandbreite möglicher Konzeptionen zumindest ansatzweise abzubilden. Leider können nicht alle für den Vergleich vorgesehenen Konzeptionen vorgestellt werden, da die Informationen von zwei Konzeptionen entweder nicht aussagekräftig genug waren (Wohnberatung Ahlen) oder nicht geliefert wurden (Pflegeüberleitung Herdecke).

##### **2.4.5.1 Entlassungsmanagement für Pflegebedürftige im Landkreis und der Stadt Heilbronn - Landratsamt Heilbronn, Altenhilfe-Fachberatung**

Hierbei handelt es sich um eine kommunale, sehr weitreichende Initiative, weniger um ein gefördertes Modellprojekt. Die folgenden Ausführungen beziehen sich auf schriftliche Unterlagen und Informationen zum Vorhaben, die direkt vom Landratsamt Heilbronn zur Verfügung gestellt wurden.

Initiiert wurde diese vom Landkreis und der Stadt Heilbronn mit dem Ziel, die Schnittstelle zwischen Krankenhaus und vor- bzw. nachversorgenden Pflegeeinrichtungen und somit die Versorgung von Pflegebedürftigen bei diesen Übergängen zu verbessern. Kreisweit wird dazu seit dem 1.7.2005 die Zusammenarbeit zwischen den Krankenhäusern und den vor- und nachstationären Pflegeeinrichtungen durch eine gemeinsam entwickelte Vereinbarung mit detaillierten Regelungen zum Entlassungsmanagement strukturiert und gestärkt.

Der Regelungsbedarf ergibt sich für Patienten mit Pflege- und Versorgungsbedarf, überwiegend ältere Menschen und multimorbide Patienten mit meist chronischen Erkrankungen.

Um die Vereinbarung zu erarbeiten und zu regional zu verankern wurde 2004 ein Arbeitskreis „Entlassungsmanagement“ als runder Tisch von der Sozialverwaltung der Stadt und des Landkreises Heilbronn ins Leben gerufen, dem Vertreter der Krankenhäuser (Pflegedirektion, Sozialdienst, Qualitätsmanagement), der privaten und der frei-gemeinnützigen/ kommunalen Pflegeheime und Pflegedienste, der Krankenkassen und partiell der Kreisärzteschaft angehören. Nach der Aufbauphase wurde dieser Arbeitskreis auf Dauer installiert. Er wird drei- bis viermal jährlich einberufen und vom Landkreis bzw. Stadt Heilbronn moderiert, deren Altenhilfe-Fachberater im dreijährigen Wechsel die Geschäftsführung übernehmen. Er ist verantwortlich für die Umsetzung der Vereinbarung, die Klärung der auftretenden Fragestellungen und versteht sich darüber hinaus als Forum zur Weiterentwicklung des Entlassungsmanagements und der kontinuierlichen Abstimmung der Einrichtungsgruppen. Die Teilnahme der beigetretenen Institutionen am Arbeitskreis mindestens einmal jährlich ist Bestandteil der Vereinbarung.

Nach einem einjährigen Abstimmungsprozess wurde die gemeinsame Vereinbarung am 1.7.2005 unterzeichnet, von 67 Altenhilfeeinrichtungen, den kommunalen SLK-Kliniken mit 4 Krankenhäusern im Stadt- und Landkreis, dem Weinsberger Klinikum mit seiner Klinik für Gerontopsychiatrie und der Sophie-Luisen-Klinik in Bad Rappenau als geriatrische Rehabilitationseinrichtung. Seit dem 1.1.2006 ist die Umsetzung für die Beteiligten verbindlich. Zum Stand Februar 2007 waren neben den genannten Kliniken 45 Pflegedienste in privater, frei-gemeinnütziger und kommunalen Trägerschaft (96% aller Pflegedienste im Stadt- und Landkreis Heilbronn), 38 Pflegeheime mit insgesamt 3600 Heimplätzen in privater, frei-gemeinnütziger und kommunalen Trägerschaft (90% aller Pflegeheime im Stadt- und Landkreis Heilbronn) sowie eine Pflegeheim aus einem benachbarten Landkreis beigetreten.

Die Vereinbarung steht prinzipiell allen Einrichtungen offen, um eine flächendeckende Umsetzung und Optimierung zu erzielen. Die darin beschriebenen Maßnahmen sollen möglichst reibungslose Übergänge zwischen Krankenhaus und nachversorgender Pflegeeinrichtung schaffen. Die erforderliche Nachversorgung wird von den Krankenhäusern in Abstimmung mit Patient und ggf. Angehörigen geregelt. Für den Patienten bzw. dessen Angehörigen besteht Wahlfreiheit bei der Auswahl der nachversorgenden Einrichtungen. Wesentliche Eckpunkte und Inhalte der Vereinbarung sind:

- ein verbesserter Informationsaustausch zwischen Krankenhaus, hauptsächlich vertreten durch die Sozialberatung der Krankenhäuser, und Pflegeeinrichtungen – über die Leistungsangebote der einzelnen Einrichtungen (Leistungsprofile der ambulanten Dienste), Veränderungen der Leistungsangebote oder Finanzierungsgrundlagen, über freie Platzkapazitäten (in den Pflegeheimen) und die Erreichbarkeit der Dienste.

- detaillierte Absprachen zu Verantwortlichkeiten sowie zur Organisation und Weiterversorgung von Pflegebedürftigen nach der Krankenhauserlassung – z. B. durch die Definition von Zeitkorridoren für erforderliche Vorinformationen. Krankenhäuser informieren weiterversorgende Einrichtungen möglichst frühzeitig, mindestens 24 Stunden vor Entlassung. Pflegeeinrichtungen (Dienste, Heime) geben ebenfalls innerhalb von 24 Stunden eine Rückmeldung zur Versorgung eines Patienten und sichern die rechtzeitige Weiterversorgung des Patienten, ggf. auch Kontaktaufnahme mit dem niedergelassenen Arzt. Neu eingeführt wurde an den Krankenhäusern die Mitgabe von Medikamenten bei Entlassungen. Definiert sind Verantwortlichkeiten zur Art und Weise der Kontaktaufnahme mit weiterversorgenden Einrichtungen und die Klärung sozialrechtlicher Fragen durch die Sozialberatung der Krankenhäuser. In pflegerelevanten Sonderfällen, insofern dies für eine qualitative Versorgung erforderlich ist, wird eine Pflegeverlegungsvisite durch eine Pflegefachkraft des geriatrischen Zentrums oder der entlassenden Station des Krankenhauses gemeinsam mit einer Pflegekraft der übernehmenden Einrichtung durchgeführt.
- die Einführung eines einheitlichen Pflegeverlegungsberichtes bzw. Pflegeüberleitungsbogen, der sowohl von den Krankenhäusern (bei Entlassung) als auch die Pflegeheimen und den ambulanten Diensten (bei der Überleitung in das Krankenhaus) verwendet wird und damit die Ausrichtung der einrichtungsinternen Prozesse des Entlassungsmanagements an einheitlichen Standards ermöglicht. Der Pflegeverlegungsbericht wurde im Rahmen eines Modellprojektes mit zwei Krankenhäusern und einzelnen Pflegeeinrichtungen im Landkreis Heilbronn entwickelt und erprobt und ist einer der Kernpunkte der Vereinbarung. Das dreiseitige Formular steht als Durchschreibesatz und als Datei zur Verfügung und umfasst personenbezogene Daten (Stammdaten), Soziale Angaben (zur häuslichen Versorgung, Wohnsituation) und umfangreiche Angaben zum Pflegebedarf. Laut Informationen wird das Formular häufig am PC ausgefüllt. Allein die Angabe der Erreichbarkeit und Ansprechpartner der Stationen bzw. Einrichtungen habe zu erheblichen Verbesserungen der Zusammenarbeit geführt. Derzeit wird in Zusammenarbeit mit der AOK Heilbronn und der Hochschule Heilbronn medizinische Informatik an der Entwicklung eines elektronischen Pflegeverlegungsberichtes gearbeitet, um Arbeitsabläufe weiter zu optimieren.
- die Öffnung von Fortbildungsangeboten der Krankenhäuser für Mitarbeiter/ Innen aus Pflegeheimen und Pflegediensten. In 2007 finden gemeinsame Fortbildungsveranstaltungen zum Entlassungsmanagement für Mitarbeiter aus den Krankenhäusern, Pflegeheimen und ambulanten Diensten statt, um die Akzeptanz des Verlegungsberichtes zu erhöhen und die Zusam-

menarbeit zu verbessern. Mitarbeiter in den Krankenhäusern und Angehörige sollen im Rahmen eines Projektes im Umgang mit dementiell Erkrankten sensibilisiert und geschult werden.

Um den Stand der Umsetzung der Vereinbarung zu ermitteln, wurde im September 2006 eine Umfrage bei allen Mitgliedseinrichtungen durchgeführt. Die Ergebnisse zeigten, dass der Stand der Umsetzung der Vereinbarung von den Einrichtungsgruppen unterschiedlich bewertet wurde, sich jedoch insgesamt der Informationsaustausch zwischen Krankenhäusern und vor- bzw. nachversorgenden Einrichtungen verbessert hatte.

#### 2.4.5.2 Modellprojekt Nachstationäre Versorgung – Klinikum Osnabrück

Hierbei handelte es sich um ein im Rahmen des Modellprogramms zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung gefördertes Modellprojekt mit sehr differenzierter Vorgehensweise. Die folgenden Ausführungen bezogen sich auf schriftliche Unterlagen und Informationen zum Projekt, die von der Fachhochschule Osnabrück, Frau Prof. Dr. Elke Hotze, zur Verfügung gestellt wurden.

Im Rahmen des Modellprojektes "Kompetenzförderung von pflegenden Angehörigen und Patienten in der nachstationären Versorgungssituation" sollte die Frage geklärt werden, ob die Kompetenz der pflegenden Angehörigen durch gezielte, individuelle Interventionen in der nachstationären Versorgungssituation gefördert und gleichzeitig das Belastungserleben der Angehörigen reduziert werden kann.

Initiiert und durchgeführt wurde das Projekt durch das Klinikum Osnabrück GmbH als Projektnehmer. Es wird wissenschaftlich begleitet durch die Fachhochschule Osnabrück.

Zielgruppe des Projektes waren geriatrische Patienten, die nach SGB XI pflegebedürftig sind bzw. einen entsprechenden Antrag gestellt haben und die jeweils dazugehörigen Angehörigen, in der Regel die Hauptpflegepersonen. Die Betroffenen erhielten ausschließlich Sachleistungen, es wurde kein ambulanter Pflegedienst tätig. Berücksichtigt wurden auch häusliche Pflegesituationen, in denen die Inanspruchnahme von Tagepflegeangeboten und Verhinderungspflege erfolgt.

Der Bedarf für ein entsprechendes Angebot ergab sich aus der besonderen Situation sowohl für die pflegenden Angehörigen als auch die Patienten in den ersten Wochen nach Übernahme der häuslichen Pflege im Anschluss an die geriatrische Klinik. Besondere Belastungsfaktoren in der „sensiblen“ ersten Phase waren Unsicherheit und Ängste bezüglich des korrekten Handlings des Pflegebedürftigen und der Symptomkontrolle, die ungewohnte Verantwortung und die Notwendigkeit, sich in einer neuen Rolle zu

Recht zu finden. Den Angehörigen fehlte eine individuelle Beratung und Unterstützung zur Vertiefung bereits erlernter Handlungsabläufe und ihrer Anpassung an die häuslichen Bedingungen. Es bestand die Gefahr, dass in der geriatrischen Klinik wieder erworbene Funktionen und Fähigkeiten des Pflegebedürftigen nicht zur Anwendung kommen und stattdessen seine Pflegeabhängigkeit und damit die körperliche Belastung der pflegenden Angehörigen zunimmt.

Im Rahmen der übergeordneten Fragestellung wurden folgende **Projektziele** definiert:

- Erhaltung von weitestgehender Selbständigkeit des Patienten
- Vermeidung von kurzfristigen Wiederaufnahmen
- gezielte Unterstützung der pflegenden Angehörigen und Patienten in Bezug auf die Gestaltung der nachstationären Versorgungssituation auf der Grundlage von Alltagshandeln sowie biografischer, sozialer und körperlicher Bedingungen der pflegenden Angehörigen und Patienten
- Förderung von Selbständigkeit und Kompetenz der pflegenden Angehörigen
- Reduktion der Belastung der Angehörigen in der Anfangsphase der Pflegeübernahme
- Entwicklung eines Schulungskonzeptes zur Vorbereitung der Pflegefachkräfte auf das Aufgabenfeld der nachstationären Versorgungsleistung

Für die Zielgruppe sollte eine mögliche Lösung zum Schnittstellenmanagement zwischen ambulanten und stationären Versorgungsformen, eine Verfahrensweise zur Erweiterung des Entlassungsmanagements auf die nachstationäre Versorgungssituation auf der Grundlage des nationalen Expertenstandards Entlassungsmanagement gefunden werden.

Die **Intervention** zur Erreichung dieser Ziele sah folgende konkrete Maßnahmen und Abläufe zum Entlassungsmanagement vor:

- Bereits in der Klinik für Geriatrie führte die für die Intervention verantwortliche Pflegefachkraft, nach erfolgtem Einverständnis der Betroffenen, eine Ersterhebung durch (Selbständigkeitsstatus des Patienten mittels erweitertem Barthel-Index, bisherige Maßnahmen zur Entlassungsvorbereitung, relevante Daten zu den Personen). Gleichzeitig wurde ein Termin für den ersten nachstationären Besuch vereinbart.

- Beim ersten Hausbesuch innerhalb der ersten Woche durch die verantwortliche Pflegefachkraft wurde eine Einschätzung der Versorgungssituation (Versorgungsbedarf des Patienten, Wohnsituation usw.) und des Belastungserleben der Angehörigen vorgenommen (Leitfaden-Interview durch den Zorgkompass).
- Aus den erhobenen Assessment-Daten leitete die Pflegefachkraft die spezifischen Probleme und Interventionserfordernisse für die einzelnen Fälle ab, um die in der Klinik durchgeführten Maßnahmen zur Entlassungsvorbereitung zu vertiefen. Es erfolgten gezielte Anleitungen und Schulungen der pflegenden Angehörigen hinsichtlich pflegerischer Handlungen (z.B. Prophylaxe oder Medikation) sowie Beratungen zu rechtlichen und organisatorischen Aspekten der häuslichen Pflegesituation und auch zu psycho-sozialen Problembereichen der pflegenden Angehörigen. Die Wirkung der Intervention wurde mittels eines Telefonanrufs überprüft und ggf. wiederholt.
- Vier Wochen nach der Entlassung erfolgte ein weiteres telefonisches Interview zur Erhebung des Fallverlaufes und des ev. benötigten weiteren Unterstützungsbedarfes, der in Abhängigkeit von der jeweiligen Situation und Problemstellung ggf. eine weitere Intervention nach sich zog.
- Neun Wochen nach der Entlassung führte die Projektleitung eine zweite Einschätzung der häuslichen Versorgungssituation mittels Zorgkompass durch. Gleichzeitig wurde der aktuelle Selbständigkeitsstatus des Patienten erfasst und eine Beurteilung der Intervention vorgenommen. Bei möglichen Heim- oder Wiedereinweisungen innerhalb der ersten neun Wochen nach Entlassung aus der geriatrischen Klinik führte die Projektleitung qualitative Interviews mit den pflegenden Angehörigen durch, um mögliche Gründe und Zusammenhänge zu erfassen.

Eine Reihe von Instrumenten wurde verwendet, um die konkreten Interventionen zu stützen und zu dokumentieren: Barthel-Index, erweiterter Barthel-Index, IADL-Skala nach Lawton (Selbständigkeitsstatus, klinikinternes Assessment); modifizierter Zorgkompass (Leitfadeninterview), projektspezifische Leitfäden.

### **Strukturen der Kooperation und Zusammenarbeit:**

Innerhalb des Klinikums Osnabrück bestand eine enge hausinterne Kooperation zwischen Projektmitarbeitern, dem Sozialdienst, den Überleitungspflegenden des Klinikums, den Mitarbeitern des Pflegedienstes und des medizinischen Bereichs sowie den unterschiedlichen Therapeutengruppen. Die Zusammenarbeit erfolgte insbesondere bei der Rekrutierung geeigneter Probanden aber auch in Bezug auf den Verlauf einzelner Fälle.

Eine institutionsübergreifende Zusammenarbeit erfolgte bei Bedarf fallbezogen mit Hausärzten, ambulanten Therapeuten und Anbietern ehrenamtlicher Hilfen in der Region Osnabrück.

Die Hausärzte sowie ggf. ambulante Therapeuten wurden gezielt in das nachstationäre Betreuungskonzept eingebunden. Der nachstationäre Besuch durch die Pflegekraft wurde im ärztlichen Verlegungsbrief angekündigt. Bei entsprechenden Problemsituationen wurde der Hausarzt von der Pflegekraft schriftlich oder mündlich informiert und eingeschaltet. Ambulante Therapeuten wurden dann einbezogen, wenn Probleme im Rahmen der Mobilisation oder des erforderlichen Transfers auftraten.

#### **Evaluation:**

Zur Evaluation im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitforschung wurden vergleichende Analysen der zu den unterschiedlichen Zeitpunkten erhobenen Daten sowie der unterschiedlichen Fallverläufe und Fallrekonstruktionen vorgenommen. Evaluationskriterien waren: Unterstützungsbedarf der Pflegebedürftigen, Selbständigkeitsstatus, fallspezifische Gründe für eine Wieder- oder Heimeinweisung, Unterstützungsbedarf der Angehörigen, Entlastungserleben der pflegenden Angehörigen aufgrund der nachstationären Betreuung.

Ziele der Evaluation waren:

- Entwicklung von angemessenen Verfahrensweisen zur Übermittlung von Informationen und zur Dokumentation von Assessmentergebnissen, Interventionen und Fallverläufen
- Testung des Zorgkompas als ein Instrument zur Einschätzung nachstationärer Versorgungssituationen und als Grundlage zur Planung gezielter Interventionen
- Durchführung einer Follow-up-Studie in der nachstationären Versorgungssituation
- Aussagen zur generellen Übertragbarkeit der Ergebnisse

#### **2.4.5.3      Sektorenübergreifendes Überleitungsmanagement im Berliner Qualitätsverbund Netzwerk im Alter Pankow e.V.**

Hierbei handelt es sich um ein verbindlich eingeführtes Verfahren zum Überleitungsmanagement, das die Schnittstellen-Übergänge zwischen allen im Berliner Qualitätsverbund Netzwerk im Alter Pankow e.V. teilnehmenden Einrichtungen der Altenhilfe und Gesundheitsversorgung regelt. Es ist innerhalb eines verbundinternen

Projektes trägerübergreifend entwickelt worden und wird fortlaufend evaluiert. Die folgenden Ausführungen beziehen sich auf Informationen (zur Verfügung gestellte Informationen und Inhalte der Homepage (vgl. [www.qvnia.de](http://www.qvnia.de)) zum Vorhaben und auf einen Artikel der Geschäftsführerin des Verbundes in dem die Entwicklung und der Stand Anfang 2004 geschildert werden<sup>17</sup>.

### **Der Qualitätsverbund Netzwerk im Alter – Pankow e. V.**

Der Qualitätsverbund Netzwerk im Alter - Pankow e.V. hat sich als Verein am 13.4. 2005 im Kavalierhaus der Caritas – Klinik Maria Heimsuchung in Berlin-Pankow gegründet. Er ist aus dem Modellprojekt "Netzwerk im Alter" hervorgegangen, das von 2000 bis 2003 im Rahmen des Bundesmodellprogramms „Altenhilfestrukturen der Zukunft“ durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend gefördert wurde. Im Rahmen dieses Projektes wurde auf die Initiative der Koordinierungsstelle ambulante Rehabilitation älterer Menschen Pankow des Trägers Albatros e.V. ab 1988 das Konzept zur Entwicklung eines Koordinierungs- und Steuerungssystem der ambulanten Rehabilitation älterer Menschen (PASS) erarbeitet und maßgeblich umgesetzt.

Im Ergebnis der dreijährigen Förderung gelang es, durch den Aufbau von Netzwerkstrukturen die Zusammenarbeit aller an der Versorgung älterer Menschen beteiligten Institutionen zu verbessern, Konkurrenzsituationen und Informationsdefizite abzubauen und das Qualifikationsniveau der Mitarbeiter zu erhöhen. Ein Netzwerk von 46 Partnern hatte sich gegründet mit verbindlichen Kooperationsbeziehungen.

Heute ist der QVNIA e.V. ein Verein, der sich aus den Beiträgen seiner Mitglieder finanziert. Damit wurde das Modellvorhaben erfolgreich fortgeführt. Der Verein ist Mitglied im kommunalen Netzwerk im Alter – Pankow (unter der Moderation des Bezirksamts Pankow) und bringt sich hier besonders für eine qualitätsgesicherte vernetzte Versorgung im Gesundheits- und Pflegebereich ein. Zielsetzung der Mitglieder des Vereins QVNIA e.V. ist es, die Versorgung von Menschen, die in Berlin Pankow akut oder chronisch krank, pflege- und/oder rehabilitationsbedürftig und/oder in einer Krisensituation sind, zu verbessern durch eine wohnortnahe und verbindliche Vernetzung der vorhandenen vielfältigen Angebote und Möglichkeiten, die Pankower Bürger/innen haben.

Dem QVNIA e.V. gehören derzeit 39 Mitglieder mit 65 Einrichtungen in folgenden Versorgungsbereichen an, dazu zählen Krankenhäuser, ambulante Pflegeeinrichtungen, therapeutische Praxen,

---

<sup>17</sup> Seibt, Gabriela: Sektorenübergreifendes Überleitungsmanagement im Berliner Qualitätsverbund Netzwerk im Alter . In: Lusiardi, Susanne: Überleitungsmanagement – Wege der Umsetzung in die Praxis 2004.

Komplementäre Einrichtungen (Beratungsstelle „rund ums Alter“, Tagespflegestätten, Kurzzeitpflegeeinrichtung, Sanitätshäuser), altersgerechtes Wohnen (Seniorenwohnanlagen, Betreutes Wohnen, Therapeutische Wohngemeinschaften, Ambulant betreute Wohngemeinschaften) und vollstationäre Pflegeeinrichtungen. Der Verein verfügt über eine Vereinsbeschreibung, eine Satzung, Geschäftsordnung und wird durch die Geschäftsführung geleitet und vertreten. Die Vorstandsmitglieder werden von der Mitgliederversammlung aus dem Kreis der Mitglieder für die Dauer von zwei Jahren in geheimer und direkter Wahl gewählt und repräsentieren die Mitgliederstruktur des QVNIA e.V. Die Qualitätssicherung des QVNIA e.V. wird an der schnittstellenübergreifenden Kooperation und Zusammenarbeit der Mitglieder festgemacht. Durch die koordinierte Zusammenarbeit der Mitgliedseinrichtungen soll sich die einzelfallbezogene Zusammenarbeit verbessern, um eine adäquate und wohnortnahe Versorgung von Klient/innen zu gewährleisten. Qualitätsanforderungen werden als Richtlinien auf der Ebene der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zwischen den Verbundpartnern festgelegt und kontinuierlich evaluiert. Bisher werden drei Richtlinien von den Mitgliedern umgesetzt:

- die Richtlinie zum vereinsinternen Überleitungsmanagement
- die Richtlinie zur vereinsinternen Hospitation und
- ein vernetztes Versorgungskonzept Schlaganfall.

### **Einführung und Umsetzung des verbundinternen Überleitungsmanagement**

Die Mitgliedseinrichtungen des QVNIA e.V. setzen seit dem 1.12.2003 das gemeinsame Überleitungsmanagement um. Voraus ging ein siebenmonatiges Projekt mit der Konstituierung einer bereichsübergreifenden Arbeitsgruppe „Überleitungssystem“, Überprüfung erprobter Standards aus dem Bereich Entlassungsmanagement, Abgleich mit dem Expertenstandard und Anpassung an die Netzwerkbedingungen.

Die Richtlinie Überleitungsmanagement regelt die Überleitung von Klienten zwischen den Mitgliedseinrichtungen. Seit Ende 2005 ist das Überleitungsmanagement verbindlich, d.h. alle (außer Beratungsstellen und Therapeuten) müssen den Anforderungen der Richtlinie entsprechen. Bestandteile des Überleitungsmanagements sind:

- die Richtlinie, orientiert am Expertenstandard Entlassungsmanagement des DNQPs Entlassungsmanagement mit sechs Kriterien zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität

- das Überleitungsverfahren als Prozessbeschreibung: Zwei Verfahrensanweisungen (Flow Charts): 1. für stationär, 2. für teil- und vollstationär sowie ambulant
- der Überleitungsbogen (bündelt auf drei A4-Seiten medizinische, soziale und pflegerelevante Informationen)
- die interne Evaluation der Überleitung auf der Einrichtungsebene (Einrichtungsfragebogen) und Klientenebene (Klientenfragebogen, Einverständniserklärung für Klienten)
- die Fallkonferenz (Protokoll zur Fallkonferenz)
- die Überleitungsstatistik (Erhebungsbogen zur Statistik für alle erfolgten Überleitungen)
- der Qualitätszirkel

Die **Anforderungen** der Richtlinie an die Einrichtungen:

1. erste systematische Einschätzung des weiteren Bedarfes und Anlage des Überleitungsbogen innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme
2. kontinuierliche Sammlung und Dokumentation aller überleitungsrelevanten Daten; Bündelung aller Informationen der bisher an der Behandlung beteiligten
3. frühzeitige Entlassungsplanung, Beteiligung und beratende Unterstützung des Klienten und seiner Bezugspersonen
4. Abstimmung des aktuellen Unterstützungs- und Versorgungsbedarf mit dem Klienten, Angehörigen und den an der Versorgung beteiligten Einrichtungen; Angebotes einer Pflegeübergabe und Empfehlung pflegerischer Maßnahmen durch das Fachpersonal der überleitenden Einrichtung
5. Vollständige und frühzeitige (innerhalb von 24 Stunden) Weitergabe der notwendigen Überleitungsdaten durch jeden an der Überleitung beteiligten Verbundpartner
6. Bekundungsmöglichkeit durch die Klienten der Zufriedenheit mit dem Überleitungsprozess. Reaktion auf Beschwerden der Klienten, Angehörigen, mitversorgenden Professionellen durch entsprechende Verbesserungen

Seit Ende 2004 ist der Bestandteil der internen Evaluation neu hinzugekommen. Evaluationen finden auf zwei Ebenen statt:

- Einerseits auf der Klientenebene: Einverständniserklärungen dazu werden von den versorgenden Einrichtungen eingeholt. Die telefonische Befragung der Klienten und die Auswertung der Ergebnisse erfolgt durch die Geschäftsführung.
- Des Weiteren werden durchgeführte Überleitungen auf Einrichtungsebene evaluiert. Nach erfolgter Überleitung wird die übernehmende Einrichtung von der überleitenden Einrichtung befragt. Es erfolgt eine einrichtungsinterne Auswertung und ggf. Problembeseitigung.

Sowohl die Ergebnisse der Klientenbefragung als auch die der Einrichtungen werden anonymisiert alle drei Monate im verbindlichen Qualitätszirkel vorgestellt und diskutiert. Der Qualitätszirkel

ist fester Bestandteil des Überleitungsmanagements. Er hat das Ziel, die Umsetzung der Richtlinie Überleitungsmanagement des Qualitätsverbundes Netzwerk im Alter intern zu begleiten, sicher zu stellen und qualitativ zu verbessern. Alle Mitglieder sind verpflichtet einen Delegierten (zumeist Pflegedirektoren, Pflegedienstleitungen und Qualitätsbeauftragte) zu bestimmen, der an den Treffen als festes Mitglied regelmäßig teilnehmen muss. Im Vordergrund des Qualitätszirkels steht die "Supervision" erfolgter Überleitungen, die Identifikation von Problembereichen in der Überleitung, Falldarstellungen und die gemeinsame Diskussion zu Ergebnissen. Einmal im Jahr wird das Überleitungsmanagement insgesamt überprüft, zumeist durch eine Mitgliederbefragung, und die Bestandteile entsprechend angepasst. Das Überleitungsmanagement ist geschützt, also bei einem Patentanwalt hinterlegt.

Auf übergeordneter Ebene, d.h. auf Geschäftsführungs- und Vorstandsebene, wird die Umsetzung der Verbindlichkeiten überwacht. Folgende Bestandteile werden dazu regelmäßig erhoben und auch auf der Mitgliederversammlung problematisiert: Teilnahme der Mitglieder an den Qualitätszirkeln, Beteiligung der Einrichtungen an der Evaluation, Anwendung des Überleitungsbogens, Einhalten des Urheberrechtes.

Jedes Neu-Mitglied des Verbundes erhält eine dreistündige Multiplikatorenschulung in den Bestandteilen der Qualitätssicherung im Verbund. Einmal jährlich findet eine „große“ Multiplikatorenschulung für alle Mitarbeiter der beteiligten Einrichtungen statt. Neumitglieder werden zudem nach einem dreiviertel Jahr von der Geschäftsführung besucht, um zu zeigen, wie die Verbindlichkeiten umgesetzt werden und um offene Fragen zu klären.

Über die Umsetzung der Richtlinie zur Hospitation im QVNIA e.V. wird seit Oktober 2005 ein multiprofessionelles Kennenlernen der Partner untereinander sowie ein Austausch über Angebote und Arbeitsweisen in den jeweiligen Mitgliedseinrichtungen ermöglicht. Der direkte interdisziplinäre und bereichsübergreifende Austausch zu Praxiserfahrungen, professions- und einrichtungsbezogenen Arbeitsweisen, Angeboten, über Organisationsstrukturen sowie das persönliche Vorstellen dient der Fortbildung. Durch die gegenseitige Hospitation soll die Betreuungs- und Beratungskompetenz zur Versorgung und Begleitung von Klienten und Angehörigen gesteigert werden.

In Umsetzung der Satzungsziele des QVNIA e.V. wurden von den Mitgliedseinrichtungen sektorenübergreifende Behandlungspfade erarbeitet. Diese haben das Ziel, bei komplexen Krankheitsbildern die Hilfemaßnahmen aufeinander abzustimmen. Begonnen wurde mit dem Schlaganfall. Hier soll es zu einer Angleichung der Pflege-, Beratungs- und Betreuungsstandards in der Versorgung von Schlaganfallpatienten kommen. Der sektorenübergreifende Behandlungspfad Schlaganfall wird seit April 2006 von ausgewählten

Mitgliedseinrichtungen erprobt und derzeit durch die Geschäftsführung evaluiert. Bereits umgesetzt, evaluiert und damit angeboten wird der Informationsleitfaden Schlaganfall, der über den Schlaganfall informiert und Ärzten, Angehörigen und Betroffenen die Möglichkeiten einer wohnortnahen Versorgung aufzeigt. Für das Krankheitsbild Demenz wurde ein ähnliches Vorgehen für das Jahr 2008 geplant.

#### 2.4.5.4 Vergleichende Einordnung des Nordlicht-Konzepts

Anhand der Analyse der Literatur und aus der Beschäftigung mit den vorgestellten Konzepten zum Entlassungs- bzw. Überleitungsmanagement wurden für einen Vergleich zentrale Elemente abgeleitet. Die Tabelle am Ende dieses Abschnitts stellt die verschiedenen Ansätze anhand der im Folgenden aufgeführten Aspekte gegenüber:

- Projektziele
- Organisation
- Vorerfahrungen / vorhandene Strukturen
- Zielgruppe
- Maßnahmen (Reichweite)
- Patientenorientierung
- Dokumentation
- Qualifikation / Fortbildung
- Verbindlichkeit der Umsetzung

Es zeigte sich, dass das Kieler Projekt konzeptionell in einigen Aspekten über andere, regionale Ansätze hinausgeht.

Das Projekt schafft für die Patienten der Zielgruppe, die sich für eine pflegerische und ggf. ergänzende Versorgung durch KPV-Mitglieder entscheiden, ein neues, über den regulären Versorgungsprozess hinausgehendes Angebot: Eine fachliche Beratung und Planung eines (stabilen) häuslichen Pflege- und Unterstützungsarrangements, das den Verbleib zu Hause mit höherer Wahrscheinlichkeit als zuvor ermöglichen soll. Dies impliziert jedoch auch eine Grenze des Projektes. Das Überleitungsmanagement, das organisatorisch durch eine vom KPV beschäftigte Case-Managerin umgesetzt wird, deckt nicht alle Übergänge ab, z. B. nicht jene in eine stationäre Weiterversorgung.

Das im Modell angestrebte Case-Management ist, ausgehend vom Assessmentverfahren, sehr umfassend angelegt. Die Instrumente und Verfahrensweisen des Case-Managements sollten unter Beteiligung aller am Versorgungsprozess beteiligten Berufsgruppen und Einrichtungstypen im Projekt entwickelt, erprobt und etabliert werden. Im Vergleich zu den anderen vorgestellten Ansätzen lässt das Kieler Projekt dadurch eine sehr weitgehende Verbesserung der gesamten Versorgungssituation der Zielgruppe erwarten. Im Vergleich zu den anderen vorgestellten Ansätzen ist die Zielgruppe sehr spezifisch und eng begrenzt.

Die Patientenorientierung ist eine zentrale Forderung im Expertenstandard Entlassungsmanagement. Im Kieler Projekt bildet sie einen wichtigen Bestandteil und wird z. B. im Vergleich zu den Modellen in Heilbronn und Berlin sehr stark hervorgehoben. Letztere Konzepte zielen mit unterschiedlichen Maßnahmen vor allem auf eine Intensivierung und Optimierung der Zusammenarbeit zwischen stationären und nachversorgenden (ambulanten) Einrichtungen. Umgesetzt wird dies z. B. im Berliner Fall durch die Verbundstrukturen mit hoher Verbindlichkeit und intensiver Qualitätssicherung, in Heilbronn mit eher geringer Verbindlichkeit auf der Basis einer gemeinsamen Vereinbarung. Im „Modell“ Heilbronn kann jede interessierte Einrichtung der Vereinbarung beitreten. Es ist ein explizites Ziel, die Vereinbarung in der Fläche umzusetzen. Im Berliner Modell kann ebenfalls jede Einrichtung Mitglied werden, muss jedoch den umfangreichen Qualitätsrichtlinien des Verbundes genügen.

Die „Verbundansätze“ in Berlin und in Kiel weisen eine hohe Verbindlichkeit der Zusammenarbeit mit einer Ausweitung der Anzahl teilnehmender Einrichtungen gegenüber „einrichtungsinernen Ansätzen“ wie dem Osnabrücker Modell auf. Gegenüber einer flächendeckenden Koordinierung wie im Heilbronner Modell hat dies den Nachteil, dass durch die Nichteinbeziehung aller Einrichtungen unterschiedliche Versorgungsniveaus parallel existieren können und außerdem prinzipiell Wettbewerbsbeschränkungen aufgelöst werden können.

Die Dokumentation in Kiel fällt vergleichsweise umfassend aus. Die Qualität des Versorgungsprozesses wird sehr genau erfasst, der Informationstransfer an den Schnittstellen wird umfassend sichergestellt.

Tabelle 2-1: Vergleichende Übersicht über die Ansätze zur Verbesserung der nachstationären Versorgung (1)

	Modellprojekt „Nordlicht“, Kiel	Entlassungsmanagement für Pflegebedürftige Heilbronn	Modellprojekt zur nachstationären Versorgungssituation, Osnabrück	Sektorenübergreifendes Überleitungsmanagement in Berlin-Pankow
<b>Projektziele</b>	Älteren Menschen soll durch eine differenzierte Erfassung des Pflegebedarfs und eine fachlich unterstützte Planung häuslicher Pflege- und Unterstützungsarrangements nach einem Krankenhausaufenthalt in höherem Maße als bisher eine stabile häusliche Pflegesituation ermöglicht werden.	Die Schnittstelle zwischen Krankenhaus und vor- bzw. nachversorgenden Pflegeeinrichtungen und somit die Versorgung von Pflegebedürftigen bei diesen Übergängen soll besser gestaltet werden. Dazu soll die Zusammenarbeit zwischen den Krankenhäusern und den vor- und nachstationären Pflegeeinrichtungen kreisweit intensiviert werden.	Die Kompetenz und Selbstständigkeit der pflegenden Angehörigen soll, insbesondere in der Anfangsphase der Pflegeübernahme, durch gezielte, individuelle Interventionen in der nachstationären Versorgungssituation gefördert und gleichzeitig das Belastungserleben der Angehörigen reduziert werden.	Verbindliche Regelung der Überleitung von Klienten zwischen den Mitgliedseinrichtungen, d.h. alle (außer Beratungsstellen und Therapeuten) müssen den Anforderungen der Überleitungsrichtlinie entsprechen. Verbesserung der Versorgung komplexer Erkrankungen entlang sektorenübergreifenden Behandlungspfaden.
<b>Organisation</b>	Das Projekt wird durch den Kieler Pflegeverbund (KPV) verantwortlich durchgeführt, in dem sieben ambulante Pflegedienste als Verein zusammengeschlossen sind. Mit den drei großen Kieler Krankenhäusern gibt es mündliche und schriftliche Vereinbarungen und eine intensive Einbindung. Projektsteuerungsgruppe zur Klärung konzeptionell-strategischer Fragen auf der Leitungsebene; Expertenworkshops für die Zusammenarbeit auf der operativen Ebene.	Arbeitskreis Entlassungsmanagement, eingerichtet von der Sozialverwaltung des Landkreises und der Stadt Heilbronn, unter Beteiligung von Vertretern der Versorgungseinrichtungen. Die Teilnahme steht allen Einrichtungen offen. Die konkrete Umsetzung erfolgt durch die Mitarbeiter in den beteiligten Einrichtungen, insbesondere Pflegekräfte und die Sozialberatung im Krankenhaus.	Initiiert und durchgeführt wird das Projekt durch die Klinik für Geriatrie am Klinikum Osnabrück. Die konkrete Umsetzung der Interventionen erfolgt durch verantwortliche Pflegekräfte der Klinik. Das Projekt wird im Rahmen des Modellprogramms zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung gefördert.	Der "Qualitätsverbund Netzwerk im Alter e.V." hat 39 Mitglieder mit 65 Einrichtungen und verfügt über ein professionelles Netzmanagement (Geschäftsführung). Die Überleitung erfolgt durch die Mitgliedseinrichtungen gemäß ihren Funktionen im Versorgungsprozess sowie entsprechend der Richtlinie zum Überleitungsmanagement. Steuerung und Qualitätssicherung sind Aufgaben des Qualitätsverbunds.
<b>Vorerfahrungen, vorhandene Strukturen</b>	Vorhandene Kooperationsstrukturen des KPV. Langjährige Zusammenarbeit mit den Kieler Krankenhäusern. Die KPV-Mitglieder sind in regionalen Gremien aktiv. Es gab wichtige Vorläuferprojekte, z.B. den Kieler Pflegeüberleitungsbogen.	Es gab keine relevanten Vorerfahrungen oder vorhandenen Strukturen.	Zum Projekt werden keine spezifischen Vorerfahrungen oder bestehende Strukturen erwähnt.	Aufbau von Netzwerkstrukturen während der Förderung des Bundesmodellprojekts "Netzwerk im Alter". Rückgriff auf während der Projektlaufzeit entwickelte Verfahren und Instrumente.

Tabelle 2-1: Vergleichende Übersicht über die Ansätze zur Verbesserung der nachstationären Versorgung (2)

	<b>Modellprojekt „Nordlicht“, Kiel</b>	<b>Entlassungsmanagement für Pflegebedürftige Heilbronn</b>	<b>Modellprojekt zur nachstationären Versorgungssituation, Osnabrück</b>	<b>Sektorenübergreifendes Überleitungsmanagement in Berlin-Pankow</b>
<b>Zielgruppe</b>	Ältere Menschen, die nach einem Krankenhausaufenthalt pflegebedürftig sind - aufgrund von Sturzverletzungen, einem Schlaganfall oder aufgrund von Multimorbidität mit einer gleichzeitigen Demenz oder anderen psychischen Erkrankung.	Alle Patienten in der Region mit Pflege- und Versorgungsbedarf, überwiegend ältere Menschen und multimorbide Patienten mit meist chronischen Erkrankungen	Geriatrische Patienten, die pflegebedürftig nach SGB XI sind bzw. einen entsprechenden Antrag gestellt haben und die Angehörigen, in der Regel die Hauptpflegepersonen.	Ältere Menschen in Pankow, die akut oder chronisch krank, pflege- und/oder rehabilitationsbedürftig sind. Besondere Zielgruppen sind ältere Patienten mit komplexen Erkrankungen wie Schlaganfall und Demenz und Patienten mit einem besonderen Bedarf an Nachsorge.
<b>Maßnahmen - Reichweite</b>	Optimierung der häuslichen Pflege- und Unterstützungssituation nach einem Krankenhausaufenthalt durch fachliche Beratung und Organisation der Hilfen. Umfassendes Case-Management. Das integrierte Assessmentverfahren erfasst Ressourcen und Risiken der häuslichen Betreuungssituation und gewährleistet den Informationsfluss zwischen Kliniken, Case-Management und ambulanten Diensten.	Gemeinsame und verbindliche Regelungen zu Verfahrensweisen und Verantwortlichkeiten des Entlassungsmanagements. Die Vereinbarungen sollen auf alle Schnittstellenübergänge in das und aus dem Krankenhaus angewandt werden. Beteiligung von 6 Kliniken, 96% aller Pflegedienste und 90% aller Pflegeheime im Stadt- und Landkreis Heilbronn.	Erweiterung des klinischen Entlassungsmanagements auf die nachstationäre Versorgungssituation auf der Grundlage des nationalen Expertenstandards Entlassungsmanagement. Erhebung verschiedener Aspekte der Versorgungssituation im Verlauf eines Zeitraumes von 9 Wochen nach Entlassung sowie Durchführung individueller Interventionen (z.B. Anleitung, Schulung, Beratung).	Verbindliche Überleitungsrichtlinie orientiert am Expertenstandard Entlassungsmanagement. Als Prozessbeschreibung wurde ein Überleitungsverfahren festgelegt. Fallkonferenzen und Qualitätszirkel zur Sicherung und Entwicklung einer qualitativ guten Versorgung.
<b>Patientenorientierung</b>	Berücksichtigung der familiären, sozialen und räumlichen Gegebenheiten der Betroffenen bereits im Assessment. Planung der medizinischen, pflegerischen und begleitenden Hilfen so, dass sie von den Betroffenen – Pflegebedürftige und ggf. Angehörige – akzeptiert werden (Beratung und Aushandlung als gemeinsame Entscheidung).	Die erforderliche Nachversorgung wird von den Krankenhäusern in Abstimmung mit Patient und ggf. Angehörigen geregelt.	Den Unterlagen ist nur eine indirekte Form der Patientenorientierung zu entnehmen, durch umfassende Berücksichtigung der individuellen Bedingungen für die Versorgungssituation (biografisch, sozial, körperlich).	Klientenfragebogen, Beschwerdemanagement im Qualitätsverbund, Informationsleitfäden für Patienten mit bestimmten Erkrankungen. Ein Patientenscreening-Instrument orientiert an RAI, zur Ermittlung von Patientengruppen mit besonderem Nachsorgebedarf ist in Erprobung.

Tabelle 2-1: Vergleichende Übersicht über die Ansätze zur Verbesserung der nachstationären Versorgung (3)

	<b>Modellprojekt „Nordlicht“, Kiel</b>	<b>Entlassungsmanagement für Pflegebedürftige Heilbronn</b>	<b>Modellprojekt zur nachstationären Versorgungssituation, Osnabrück</b>	<b>Sektorenübergreifendes Überleitungsmanagement in Berlin-Pankow</b>
<b>Dokumentation</b>	Erhebungsbogen Case-Finding, Pflegeüberleitungsbogen, modulares Assessmentinstrument, Patienten- bzw. Angehörigenfragebogen	Einheitlicher Pflegeüberleitungsbogen. Eine innovative Weiterentwicklung ist die geplante elektronische Fassung.	Umfangeiche Dokumentation der Interventionen: Barthel-Index, erweiterter Barthel-Index, IADL-Skala nach Lawton (Selbständigkeitsstatus, klinikinternes Assessment); modifizierter Zorgkompass (Leitfadeninterview), projektspezifische Leitfäden.	Verbindlicher Überleitungsbogen mit medizinischen, sozialen und pflegerelevanten Informationen; Einrichtungsfragebogen und Klientenfragebogen; Protokoll zur Fallkonferenz; Überleitungsstatistik Qualitätszirkel
<b>Qualifikation/ Fortbildung</b>	Fortbildung zum Thema Case-Management; Hospitationen zur Verbesserung der berufsgruppenübergreifenden Zusammenarbeit	Öffnung von Fortbildungsangeboten der Krankenhäuser für Mitarbeiter/Innen aus Pflegeheimen und Pflegediensten ist Bestandteil der Vereinbarung.	Entwicklung eines Schulungskonzeptes, um die Pflegefachkräfte für das Aufgabenfeld der nachstationären Versorgungsleistung zu qualifizieren.	Hospitationen zur Verbesserung der multiprofessionellen Zusammenarbeit; vereinsinternes Fortbildungsprogramm; Multiplikatoren-schulungen in den Bestandteilen der Qualitätssicherung im Verbund.
<b>Verbindlichkeit der Umsetzung</b>	Verbindliche Mitwirkung der ambulanten Dienste durch Vereinsmitgliedschaft zum Kieler Pflegeverbund. Zwischen Kliniken und Kieler Pflegeverbund gibt es mündliche Absprachen zur Kooperation. Laufende Absprachen sowohl auf der Leitungsebene als auch auf der operativen Ebene in Gremien. Gemeinsame Entwicklung und Abstimmung von Instrumenten und Verfahrensweisen.	Kontinuierliche Abstimmung im Arbeitskreis Entlassungsmanagement. Teilnahme mindestens einmal jährlich ist verpflichtend.	Enge hausinterne Kooperation zwischen den beteiligten Mitarbeitern. Institutionsübergreifende Zusammenarbeit erfolgt bei Bedarf fallbezogen mit Hausärzten, ambulanten Therapeuten und Anbietern ehrenamtlicher Hilfen in der Region Osnabrück.	Die Richtlinien und Vereinbarungen des Vereins sind für die Mitgliedseinrichtungen bindend. Überprüfung der Einhaltung durch Geschäftsführungs- und Vorstandsebene sowie durch interne Evaluation und Qualitätszirkel.

Nachfolgend wurden die Eigenschaften der Ansätze aufgeführt, die als „typisch“ angesehen werden können. Das bedeutet, dass diese zum einen die wesentlichen Unterschiede zu den anderen vorgestellten Ansätzen bilden und sich zum anderen in weiteren in der Umsetzung befindlichen Ansätze (und der hier nicht vorgestellten) wiederfinden.

**Kennzeichnend für das kommunale Modell des Landkreises und der Stadt Heilbronn sind**

- vergleichsweise unspezifische Ziele,
- eine weit gefasste Zielgruppe,
- ein nahezu flächendeckender Einbezug von Einrichtungen der Region,
- Maßnahmen, die viele Versorgungsbereiche einbeziehen, im Vergleich zu den anderen Ansätzen, die in geringerem Maße in die Abläufe eingreifen,
- eine relativ geringe Verbindlichkeit und Einbindung der teilnehmenden Einrichtungen.

Die **Vorteile** des Heilbronner Ansatzes liegen darin, dass für eine sehr große Zahl von Patienten Verbesserungen erzielt werden. Letztlich wird das Gesamt-Versorgungsniveau in der Region auf ein höheres Niveau gehoben. Die **Nachteile** sind mit den Vorteilen verbunden. Der Einbezug vieler Einrichtungen und die relativ geringe Verbindlichkeit der Vereinbarungen setzen der Reichweite der Qualitätsverbesserungen Grenzen. Das Heilbronner Modell bietet gute Voraussetzungen für intensivere Kooperationen von ausgewählten Partnern zu bestimmten Versorgungsaspekten.

**Das Modellprojekt zur nachstationären Versorgung in Osnabrück lässt sich wie folgt typisierend beschreiben:**

- sehr spezifische Projektziele
- einrichtungsinterne Umsetzung
- Maßnahmen, die wenige Versorgungsbereiche einbeziehen, die Qualität der Versorgung jedoch deutlich aufwerten,
- eine hohe Verbindlichkeit in der Mitwirkung der Beteiligten.

Die **Vorteile** des Osnabrücker Ansatzes liegen in den Möglichkeiten einer weitgehenden Qualitätsverbesserung in einem abgegrenzten Versorgungsbereich, welche durch die einrichtungsinter-

ne Umsetzung möglich werden. Die **Nachteile** sind wiederum die Kehrseite der Vorteile – der Kreis der einbezogenen Patienten ist gering und nur ein kleiner Teil der relevanten Versorgungsbereiche wird erfasst.

Das **Überleitungsmanagement des Qualitätsverbunds in Berlin-Pankow** ist gekennzeichnet durch

- umfassende Ziele,
- eine weit gefasste Zielgruppe,
- die verbindliche Einbeziehung vieler Einrichtungen,
- stark ausgeprägte Patientenorientierung,
- Maßnahmen, die viele Versorgungsbereiche einbeziehen und auch die Qualität der Versorgung deutlich aufwerten,
- Eine hohe Verbindlichkeit in der Mitwirkung der Beteiligten.

Die **Vorteile** des Berliner Ansatzes liegen in den Möglichkeiten, welche die verbindliche Zusammenarbeit vieler Einrichtungen in einem Verbund mit professionellem Management bietet. Für viele Patienten werden weitgehende Verbesserungen erzielt. Als **Nachteile** sind die Grenzen dieses Ansatzes aufzuführen: Zum einen partizipieren nicht alle Einrichtungen in der Region, zum anderen sind sehr weitgehende zielgruppenspezifische Maßnahmen, z. B. Begleitungen von Klienten/innen, nicht vorgesehen.

### 3. Durchführung und Ergebnisse des Case Managements

Die Konzeption des Case Management-Prozesses wurde in Abschnitt 2.4.3 beschrieben. Eine ausführliche Darstellung findet sich überdies im Bericht des Projektnehmers. In diesem Kapitel wird das Case Management in Kurzform so nachgezeichnet, wie es tatsächlich umgesetzt wurde (Abschnitt 3.1) und zu welchen Ergebnissen es geführt hat (Abschnitt 3.2).

#### 3.1 Der Case Management-Prozess in der Praxis

Die Case Managerin wurde zum 1. Februar 2007 eingestellt. Mit der dokumentierten Beratung und Begleitung von Klienten begann sie Anfang April 2008 (Fallgruppenphase), zuvor hat sie das Assessment-Instrument an Einzelfällen erprobt. Das Case Management endete zusammen mit Modellvorhaben am 31. August 2009.

##### 3.1.1 Klienten/innen

Insgesamt wurden in der Fallgruppenphase 83 Klienten von der Case Managerin im Anschluss an einen Klinikaufenthalt begleitet. Diese wiesen folgende Merkmale auf:

*Tabelle 3-1: Merkmale der Klienten/innen*

	Anzahl	Prozent
Sturzpatienten/innen	38	45,8
Apoplex-Patienten/innen	12	14,5
Multimorbide Patienten/innen	33	39,8
Männer	25	30,1
Frauen	58	69,9
Pflegestufe I	71	85,5
Pflegestufe II	12	14,5
Allein lebend	53	63,9
In Ehe-/Lebensgemeinschaft	27	32,5
In Haushalt mit Kindern o. a. Personen	3	3,6

Das Durchschnittsalter der Klienten/innen lag bei 82,6 Jahren. Die Angaben zur Wohnsituation geben bereits Hinweise auf die Versorgungsrealität der Klienten/innen, von denen der überwiegende

Teil keine unmittelbar im Haushalt lebende Unterstützungsperson hat.

Im Projekt wurden weitere Merkmale der häuslichen Versorgungssituation beschrieben. Demnach waren 20 Klienten/innen (24,1 Prozent) zugleich allein lebend und ohne Kind am selben Ort bzw. mit regelmäßigem persönlichem Kontakt. Im Rahmen des Assessment-Instruments wurden zudem bei 47 Prozent der Klienten/innen bzw. der pflegenden Angehörigen Überforderungsanzeichen dokumentiert. Die meisten Klienten/innen weisen besondere Risiken auf, ein Sturzrisiko findet sich bei 85 Prozent, das Risiko mangelnder Flüssigkeitsaufnahme bei 52 Prozent und das Risiko der Mangelernährung bei ca. einem Viertel. Bei 63 Prozent der Klienten/innen finden sich zwei oder mehr Risiken gleichzeitig.

Die ausführlichen Informationen hierzu finden sich in Abschnitt 5.2.1.2 des Berichts des Projektnehmers. An dieser Stelle ist festzuhalten, dass

- die Fallzahl relativ gering ist,
- Apoplex-Patienten unterproportional vertreten sind,
- die Pflegebedürftigkeit bei einem großen Teil der Klienten/innen noch mäßig ist,
- eine stabile familiäre Unterstützung häufig nicht gegeben ist und
- die Versorgungssituation der meisten Klienten/innen besondere Risiken aufweist.

### **3.1.2 Beratung und Begleitung**

#### **Case Finding**

Dem eigentlichen Case Management-Prozess vorgeschaltet war das Case Finding mit Hilfe eines Datenbogens, der in erster Linie dazu diente, Patienten/innen zu ermitteln, die einer der drei definierten Zielgruppen zuzuordnen sind. Das Case Finding wurde vom Sozialdienst der jeweiligen Klinik durchgeführt. Aus mehreren Gründen konnten zunächst weniger Patienten/innen für die Versorgung durch das Case Management gewonnen werden als erhofft. Zu den Gründen, die in der Steuerungsgruppe diskutiert und in Expertengesprächen angeführt wurden, zählen

- die enge Zielgruppendefinition, insbesondere bei den Patienten/innen mit Sturzverletzungen und

- die zu Beginn nicht ausreichende Mitwirkung einzelner Kliniken.

Die Kapazität der Case Managerin konnte daher nicht in vollem Maße ausgeschöpft werden.

### **Beratung vor und während der Entlassung**

Alle Klienten/innen wurden im Krankenhaus wenige Tage vor der Entlassung erstmalig von der Case Managerin beraten. Auf Basis der Informationen aus diesem Beratungsgespräch und den Informationen aus dem Case Finding erfolgte dann die Entlassungsplanung durch die Sozialdienste der Kliniken und die Case Managerin. Die Case Managerin erstellte eine Pflegeplanung für maximal 14 Tage bzw. bis zur ersten Pflegevisite eines ambulanten Dienstes. Klienten/innen, die nach dem Krankenhausaufenthalt in eine Kurzzeitpflegeeinrichtung oder eine Rehabilitationsklinik wechselten, wurden dort ein zweites Mal von der Case Managerin besucht. Die Pflegeplanung und Vereinbarungen zwischen Klienten/innen oder deren Angehörigen sind für die ambulanten Dienste verbindlich.

### **Beratung und Begleitung zuhause**

Das Case Management hatte im Erstkontakt mit den Teilnehmern die Aufgaben des Erstgespräches, der Beratung und der Anamnese. Die Pflegedienste aller Klienten/innen wurden vier Tage nach der Entlassung von der Case Managerin telefonisch kontaktiert, um die Versorgungssituation einzuschätzen.

Risiken und Überforderungsanzeichen, die sich bereits während der Erstberatung im Krankenhaus bemerkbar machten, führten dazu, dass die Case Managerin häufig außerplanmäßig in der ersten Woche einen Hausbesuch machte. Darüber hinaus wurden die Klienten/innen auch telefonisch beraten. Die telefonischen Beratungen dauerten nach Aussage der Case Managerin im Schnitt 15 Minuten, mit größeren Schwankungen. Die Klienten/innen erhielten die Handy-Nummer von der Case Managerin, die, wenn auf die Mailbox gesprochen wurde, zeitnah zurückrief. Auf diese Weise und wegen ihrer wenig festgelegten Arbeitszeiten war die Case Managerin für die Klienten/innen und auch die Kooperationspartner gut erreichbar. In beratungsintensiven Fällen oder vor Heimeinweisungen waren auch weitere Hausbesuche erforderlich. Inhaltlich wies die Beratung im Case Management-Prozess drei in etwa gleich stark vertretene Schwerpunkte auf:

- die „Stützung, Beratung und Klärung des Hilfesystems“
- pflegebezogene Fragestellungen und

- Konflikte bzw. problematische Haltungen oder Verhaltensweisen.

Spätestens 14 Tage nach der Entlassung, häufig jedoch anlassbezogen bereits früher, führte ein Pflegedienst des KPV eine Pflegevisite durch.

Die ersten regulären Hausbesuche der Case Managerin wurden vier bis sechs Wochen nach der Entlassung durchgeführt. Im Vordergrund standen die Überprüfung der Ziele und Maßnahmen, die Identifikation von Risiken und möglichen Versorgungsbrüchen sowie die Planung weiterer Maßnahmen. Weitere Hausbesuche 4 Monate nach der Entlassung dienten einer Einschätzung der Situation der Klienten/innen, der Stabilisierung des Hilfesystems und wenn nötig Anpassungen. In einigen Fällen, z. B. bei Reassessments, wurde die reguläre Begleitungszeit von 4 Monaten überschritten.

Dem Teilbericht der wissenschaftlichen Begleitung ist zu entnehmen, dass die Case Managerin durchschnittlich für die Begleitung einer Klientin/eines Klienten 8,5 Aktivitäten durchführte: telefonisch geführte Gespräche, Hausbesuche und schriftlichen Informationsaustausch. Alle Daten des Versorgungsprozesses wurden von der Case Managerin im Assessment-Instrument dokumentiert.

### 3.1.3 Vermittlung von Leistungen

#### Pflegedienste

Zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus erhielten die **75 Klienten/innen**, die in ihre eigene Wohnung zurückkehrten, von Diensten des KPV die folgenden Grundpflegeleistungen pro Woche (Angaben in Prozent):

- Tägliche Leistungen	21,3
- Mehr als zwei Leistungen pro Woche	32,0
- Zwei Leistungen pro Woche	9,3
- Maximal eine Leistung pro Woche	20,0
- Keine Leistung	17,3

Die vergleichsweise geringe Inanspruchnahme ambulanter pflegerischer Leistungen stellte für die Modellerprobung und für die Kooperation mit den Pflegediensten ein Problem dar. Zum einen reduzierten sich die Möglichkeiten, Erfahrungen zu sammeln. Zum anderen stand die geringe Zahl der an die Pflegedienste überwiese-

nen Klienten/innen in einem Missverhältnis zum Aufwand, den der KPV bei der Entwicklung des Modellprojekts hatte. Dies führte zu Unzufriedenheit in den betroffenen Diensten.

Die Vermittlung pflegerischer Leistungen verlief anders als vorgesehen. Die meisten Klienten/innen, die bereits vor ihrem Krankenhausaufenthalt durch einen Pflegedienst versorgt wurden, wollten diesen behalten, andere trafen ihre Wahl eigenständig und nur bei einer Minderheit wurde ein Pflegedienst nach den vorgesehenen Verteilungskriterien vorgenommen.<sup>18</sup> Im Ergebnis wurden einzelne Dienste bevorzugt gewählt, während andere kaum Klienten/innen erhielten.

### **Beratungsstellen**

Eine enge Zusammenarbeit bestand zur Beratungsstelle „Demenz und Pflege“ der AWO, deren Zielgruppe in erster Linie Angehörige von an Demenz erkrankten Klienten/innen ist. 17 Prozent der Klienten/innen haben das von der Case Managerin vermittelte Angebot der Beratungsstelle angenommen. Zu den Leistungen gehörte eine begleitende Beratung der Angehörigen und Pflegekurse. Mit der Städtischen Pflegeberatungsstelle wurde hingegen wenig zusammen gearbeitet. Die ursprünglich vorgesehene Zusammenarbeit in Hilfeplankonferenzen für Klienten/innen, die SGB XII-Leistungen in Anspruch nehmen, entfiel aufgrund fehlender Klienten/innen mit dieser Eigenschaft. In Einzelfällen ist die Zusammenarbeit, insbesondere in der zweiten Hälfte der Projektlaufzeit, gelungen. Es wurden nach Aussage der Case Managerin teilweise Kapazitätsgrenzen der Pflegeberatungsstelle erkennbar. In zwei Fällen, in denen die Beratungsleistungen der Case Managerin zur Wohnraumanpassung nicht ausreichten, wurde die Beratungsstelle zur Wohnraumanpassung „WOPA“ in Trägerschaft der Kieler Alzheimer-Gesellschaft hinzugezogen. Es liegen keine Zahlen zu den Kunden vor, die an Beratungsstellen vermittelt wurden.

### **Vermittlung weiterer Leistungen**

Es wurden weitere Leistungen vermittelt, so z. B. regelmäßig Hilfsmittel, Essen auf Rädern, Hausnotrufsysteme, zu denen jedoch keine Auswertungen vorgenommen wurden.

#### **3.1.4 Dokumentation, Koordination und Evaluation**

Das zentrale Dokumentationsinstrument, das zugleich die Basis für die koordinierenden Aktivitäten darstellte, ist das **Assessment-**

---

<sup>18</sup> Vgl. „Sachstandsbericht Nordlicht 2008“

**Instrument.** Dieses wurde vom Institut für Soziologie der Universität Kiel in Zusammenarbeit mit einer Gruppe von Experten aus dem Netzwerk entwickelt. Es besteht aus den folgenden acht Modulen und ist in Kapitel 4 des Berichts des Projektträgers ausführlich beschrieben:

- Modul I: Stammdaten
- Modul II: Diagnosen und Befunde
- Modul III: Risikofaktoren
- Modul IV: Soziale Rahmenbedingungen der häuslichen Pflegesituation
- Modul V: Medikamente/ Verordnungen
- Modul VI: Hilfsmittel und Wohnraumanpassung
- Modul VII: Beratung
- Modul VIII: Hilfeplan

Das Assessment-Instrument ist umfangreich und erfasst in guter Qualität die wesentlichen Aspekte, die für die Versorgung der Klienten/innen von Belang sind. Die Praktikabilität ist hingegen aufgrund des Umfangs eingeschränkt, was dazu geführt hat, dass das Assessment-Instrument in den Kliniken nicht eingesetzt wurde. Eine weitere Problematik stellt das Verfahren dar, Daten im Beisein der Klienten/innen erst handschriftlich und anschließend noch einmal elektronisch zu erfassen.

Darüber hinaus sind weitere Instrumente zum Einsatz gekommen, u. a. die Pflegeplanung des ambulanten Dienstes und Formulare, die aus dem Assessment-Instrument abgeleitet wurden und zur Information von an der Versorgung Beteiligten dienen.

Für die Gestaltung des **Case Management-Prozesses** ist ein **verbindliches Verfahren** vereinbart und in einem Dokument festgehalten worden. Dieses beinhaltet die folgenden Funktionen:

- Beratung
- Maßnahmenplanung/Hilfeplanung
- Koordination und Durchführung
- Kontrolle und Optimierung

- Evaluation und Monitoring

Das Case Management-Verfahren schreibt detailliert vor, wann welche Informationen in welcher Form weiter gegeben werden sollten und enthält die vorgesehenen Kontrollroutinen.

Ein abgestimmtes Verfahren gibt es darüber hinaus zur **Gestaltung der Schnittstelle Case Management-ambulante Versorgung**. Darin sind die Zuständigkeiten und die Mitteilungs-/Rückmeldepflichten zwischen Case Management und ambulanten Diensten – in beide Richtungen – detailliert festgelegt. Bei bestimmungsgemäßer Umsetzung gewährleisten die beiden Verfahren eine strukturierte und qualitätsgesicherte Versorgung.

### **3.1.5 Arbeitsaufwand der Case Managerin**

Zu Beginn ihrer Tätigkeit erhielt die Case Managerin von Prognos eine Vorlage, auf der sie dokumentieren sollte, wie viel Zeit sie auf bestimmte Tätigkeiten verwendet hat. Tabelle 3-2 gibt an, welcher Arbeitsaufwand der Case Managerin durchschnittlich pro Monat entstanden ist.<sup>19</sup> Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Arbeitsschwerpunkte je nach Projektphase stark schwanken.

---

<sup>19</sup> Die Angaben zum zeitlichen Aufwand der Case Managerin beruhen auf deren eigenen Schätzungen für Zwecke der externen Evaluation. Kleinere Abweichungen vom tatsächlichen Arbeitsaufwand sind daher möglich.

Tabelle 3-2: Monatlicher Aufwand der Case Managerin für bestimmte Tätigkeiten in Tagen

Tätigkeitsbereiche		Tage/Monat
Assessment- verfahren	Erhebung pflegerisch-rehabilitativer Anamnesedaten	1,0
	Erhebung sozialer Netzwerkressourcen	0,7
	Auswertung Informationen aus 1.1 u. 1.2	0,7
	Sonstiges im Zusammenhang mit Assessmentverfahren	1,1
	<b>Summe Assessmentverfahren</b>	<b>3,5</b>
Hilfeplanung/ Unter- stützungsarrangement	Planung häusliche Pflegesituation mit Pflegebedürftigen u. Angehörigen	0,9
	Festlegung von Zuständigkeiten u. Vereinbarung von Leistungen des informellen Hilfesystems	0,6
	Festlegung u. vertragliche Vereinbarung von professionellen Leistungen	0,5
	Koordinierung von Hilfeleistungen u. Sicherstellung der Kooperation	0,6
	Klärung Finanzierungsfragen	0,4
	Sonstiges im Zusammenhang mit Hilfeplanung bzw. Unterstützungsarrangement	0,2
	<b>Summe Hilfeplanung/Unterstützungsarrangement</b>	<b>3,2</b>
Qualitäts- sicherung	Überprüfung: Einhaltung von Qualitätskriterien	0,4
	Risikomanagement (pflegerische Versorgung u. Unterstützungskonstellationen)	0,5
	<b>Summe Qualitätssicherung</b>	<b>0,9</b>
Berichte, Dokumentation	Dokumentation: Problemen der Versorgung (quantitativ u. qualitativ)	0,5
	Dokumentation: Probleme der Unterstützungskonstellationen	0,5
	Zuarbeit: wissenschaftliche Begleitung	0,5
	Sonstige Berichterstellungen bzw. Dokumentationen	0,2
	<b>Summe Berichte, Dokumentation</b>	<b>1,7</b>
Büro, Netzwerk, Konzeption	Beteiligung an Gremienarbeit	0,6
	Büroorganisation	1,9
	Schulungen	0,5
	Recherche: Inhalte des Assessmentinstrument	0,4
	Mitentwicklung/Erprobung Assessmentinstrument, Verfahrensabläufe usw.	0,5
	Recherche v. Hilfs- und Betreuungsstrukturen in Kiel	0,6
	Konzeptarbeit	0,5
	Gewinnung und Information von Projektteilnehmern (KZP, REHA, ...)	0,6
	Kennenlernen der Projektteilnehmer	1,4
	Weiterbildung Case-Manager	0,3
	Netzwerkarbeit	0,8
	Interne Kommunikation	0,7
	Sonstige Arbeiten	0,7
<b>Summe Büro, Netzwerk, Kommunikation</b>	<b>9,5</b>	
<b>Aufwand insgesamt</b>		<b>18,8</b>

Die Tabelle veranschaulicht, dass ein Schwerpunkt der Arbeiten der Case Managerin auf dem Tätigkeitsbereich „Büro, Netzwerk, Konzeption“ lag, auf den die Hälfte der Arbeitszeit entfiel. Dabei spielte die eigentliche Büroarbeit mit knapp zwei Tagen im Monat eine relativ geringe Rolle. Für sämtliche Netzwerkarbeiten zusammen genommen (Gremienarbeit, Kennenlernen der Projektteilnehmer, Netzwerkarbeit, interne Kommunikation) musste die Case Managerin 3,5 Tage aufwenden.

Erhebungen und Auswertungen im Rahmen des Einsatzes des Assessment-Instruments waren mit durchschnittlich 3,5 Tagen relativ aufwändig und nahmen nahezu genauso viel Zeit in Anspruch wie der Tätigkeitsbereich „Hilfeplanung und Aufbau von Unterstützungsarrangements“.

Insgesamt fällt die große Vielseitigkeit der Tätigkeiten auf, die Kompetenzen in der Beratung, im System der Pflege und Betreuung, der Netzwerkarbeit und Moderation und in der Dokumentation erfordern. Deutlich wird jedoch auch, dass einiger Aufwand durch die Modellerprobung verursacht wird. Ohne diesen Aufwand würde der Case Managerin deutlich mehr Zeit für die Beratung und Begleitung von Klienten/innen verbleiben.

## **3.2 Ergebnisse des Case Management-Prozesses**

### **3.2.1 Versorgungsverläufe der Klienten/innen**

Die Versorgungsverläufe der 82 Klienten/innen spiegeln sich in den folgenden Zahlen (Angaben in Prozent):

- 58,5 Prozent der Klienten/innen konnten in der eigenen Wohnung verbleiben;
- 39 Prozent wechselten nach der Entlassung zunächst in eine Kurzzeitpflegeeinrichtung;
- 24,4 Prozent sind in die stationäre Pflege gewechselt, 60 Prozent, nachdem sie zuvor in einer Kurzzeitpflegeeinrichtung waren;
- 17,1 Prozent der Klienten/innen sind verstorben.

Die Entscheidung für eine Heimaufnahme fiel bei der Hälfte der Klienten/innen während des ersten Monats nach der Entlassung bzw. während eines Aufenthaltes in einer Kurzzeitpflegeeinrichtung. Dies bedeutet, dass Bemühungen zur Verringerung unnöti-

ger Heimaufnahmen die erste Zeit nach der Entlassung fokussieren müssen. Die Klienten/innenzahlen und die Kontrollgruppe war zu klein, als dass Aussagen über relevante Einflüsse des Projekts auf die Versorgungsverläufe durch Zahlen belegbar wären.

### **3.2.2 Einschätzungen von Projektbeteiligten zum Case Management**

In Expertengesprächen wurden Einschätzungen von am Projekt beteiligten Personen zum Case Management erfragt, die im Folgenden skizziert werden.

#### **Einschätzungen zu den Auswirkungen auf die Versorgungsqualität**

Alle Beteiligten waren sich darin einig, dass durch das Case Management eine deutliche Verbesserung der Versorgungsqualität erreicht wurde. Die folgenden positiven Aspekte wurden hervorgehoben:

- Die Case Managerin ist eine zuverlässige Ansprechpartnerin, die den Klienten/innen in einer sehr schwierigen Phase Sicherheit vermittelt und ihre Interessen wahrnimmt.
- Ein besonderer Vorteil besteht darin, dass die Klienten/innen sich nur an eine Stelle wenden müssen.
- Durch eine intensivere Betreuung durch die Case Managerin kann in der ersten Zeit nach der Entlassung auf eine ansonsten notwendige gesetzliche Betreuung verzichtet werden. Nach sechs Wochen können die Betroffenen ihre Versorgung meist wieder selbst regeln.
- Angehörige wurden viel stärker in Entscheidungsprozesse und in die Versorgung einbezogen als vorher.
- Case Management trägt dazu bei, dass Klienten/innen nach der Kurzzeitpflege nicht in der stationären Pflege verbleiben.
- Für die Sozialdienste der Kliniken stellt das Case Management eine wichtige Ergänzung der eigenen, zunehmend fallorientierte Pflege und Betreuung dar. Hausbesuche können Mitarbeiter der Klinik nicht machen. Hier ist ein Ansprechpartner erforderlich, der eine angemessene Versorgung zuhause gewährleisten kann.
- Die Sozialdienste versuchen eher eine Entlassung in die eigene Wohnung, da das Case Management zusätzliche Sicherheit bietet. Dies ist besonders dann wichtig, wenn Ärzte gegenüber

den Angehörigen Zweifel daran geäußert haben, dass eine Versorgung zuhause möglich ist.

- Die Arbeitsprozesse konnten nur über eine gezielte und strukturierte Netzwerkarbeit gelingen.
- Mitarbeiter/innen der ambulanten Dienste haben einen Bewusstwerdungsprozess durchgemacht und Defizite in ihrer bisherigen Arbeitsweise festgestellt.
- Die Unterstützungsnetzwerke der Projektteilnehmer vor Ort könnten besser strukturiert werden. Darüber hinaus wäre es gut, wenn durch das Case Management Impulse zur Weiterentwicklung dieser Netzwerke gegeben werden.

### **Einschätzungen zur Qualität der Arbeitsprozesse**

- Das Case Finding stellt ein Grundproblem dar. Es ist zu kompliziert und der Zeitdruck in dieser Versorgungsphase ist zu groß. Hieraus entsteht ein Umsetzungsproblem.
- Die niedrige Anzahl von Projektteilnehmern ist in hohem Maße auf die enge Zielgruppendefinition zurückzuführen, die teilweise als kontraproduktiv angesehen wird. Dies wird beispielsweise an dem Kriterium „Oberschenkelhalsbruch“ für die Zielgruppe der Patienten mit Sturzverletzungen festgemacht oder daran, dass nur Personen mit einer Pflegestufe berücksichtigt werden können.
- Das Assessment-Instrument ist für die Pflege- bzw. Hilfeplanung gut geeignet, für die Sozialdienste wie auch generell als Informationsmedium im Netzwerk war es jedoch zu umfangreich und kleinteilig.
- Die zeitliche und inhaltliche Flexibilität der Case Managerin war sachlich angemessen und hilfreich.
- Die Zusammenarbeit zwischen Case Managerin und Pflegediensten verlief zufriedenstellend. Die Einhaltung der Feedbackregeln (von den Ambulanten Diensten zur Case Managerin) könnte allerdings verbessert werden.
- Die Qualifikation der Case Managerin hat sich bewährt. Sie wurde von den Kooperationspartnern als fachlich kompetent wahrgenommen.
- Die Transparenz bei der Zuweisung von Klienten/innen zu bestimmten Diensten war nicht vollständig gegeben.

- Der Wert der gesammelten Erfahrungen wird von allen Befragten, die hierzu eine Stellungnahme angegeben haben, hoch eingeschätzt.

### **Allgemeine Hinweise und Verbesserungsvorschläge**

- Die Zielgruppendefinition sollte erweitert werden. Viele weitere Zielgruppen wären für das Case Management denkbar, so z. B. Hochbetagte, ältere Menschen mit anderen Frakturen, mit Stoffwechselerkrankungen, mit Herz-Lungen-Problematiken oder mit COPD.
- Ein Assessment ist erforderlich. Das Instrument muss jedoch praxistauglicher (kürzer) werden. Die Möglichkeit, einer ausschließlich elektronisch erfolgenden Dokumentation sollte geprüft werden. Dabei ist auf die Problematik einer möglicherweise einschüchternden Wirkung eines Laptops zu beachten.
- Als im Ansatz problematisch wurde die Trägerschaft des Kieler Pflegebundes (KPV) angesehen. So wurde kritisch angemerkt, dass nicht auch andere Verbände ambulanter Pflegedienste in Kiel für eine Kooperation angesprochen wurden. Dies hätte vermutlich eine höhere Fallzahl bewirken können. Eine weitere Stellungnahme zur KPV-Trägerschaft hob auf deren fehlende Neutralität ab.
- Es bestand Übereinstimmung darin, dass das Case Management von einer Person durchgeführt werden und diese in die Klinik kommen muss.

## 4. Analyse des Schnittstellen- und Informationsmanagements

Für das Gelingen dieses kooperationsintensiven Projekts war das Schnittstellen- und Informationsmanagement von entscheidender Bedeutung. Die Entwicklungsaufgaben und die Koordinierung verschiedener Leistungen im Case Management-Prozess bedürfen einer Koordination zwischen den beteiligten Einrichtungen, die sich u.a. auf folgende Elemente beziehen muss:

- Entwicklung von Instrumenten
- Festlegung von Abläufen und Zuständigkeiten
- Einführung von Qualitätsstandards und deren Überprüfung (Qualitätssicherung)
- Regelung des Informationsaustauschs
- Regelung von Lernprozessen
- konzeptionelle Weiterentwicklung des Projekts
- gemeinsame Entscheidungsfindungen

Im nächsten Kapitel wird zunächst die allgemeine Koordinierung und Steuerung der Entwicklungs- und Implementierungsprozesse betrachtet (Abschnitt 4.1). Es folgt eine Darstellung und Analyse der Einbeziehung einzelner Akteure in das Projekt (Abschnitt 4.2).

### 4.1 Koordinierung und Steuerung der Entwicklung und Implementierung

#### 4.1.1 Koordinierung und Information der am Netzwerk beteiligten Akteure

Die **Geschäftsführung** für das Projekt hatte die AWO Schleswig-Holstein, Unternehmensbereich Pflege stellvertretend für den Kieler Pflegeverbund als eigentlichem Projektträger übernommen. Zugleich war die Projektleitung die Vertretung der AWO im Kieler Pflegeverbund. Zum Aufgabenbereich der Projektleitung gehörten planende, koordinierende und moderierende Tätigkeiten, die Bearbeitung administrativer Anforderungen konzeptionelle Arbeiten und die externe Kommunikation (siehe Abschnitt 4.1.3). Eine Aufgabe der Projektleitung bestand in der Fachaufsicht und Beglei-

tung der Case Managerin. Zu einem fortgeschrittenen Zeitpunkt des Projektverlaufs hat eine Mitarbeiterin der Landesgeschäftsstelle die Funktion einer Ansprechpartnerin der Koordinierungsstelle übernommen.

Entscheidungen, die das Modellprojekt betrafen, wurden in einer eigens hierfür eingerichteten **Arbeitsgruppe des Kieler Pflegeverbands** (AG „Nordlicht“) abgestimmt bzw. getroffen. Die AG Nordlicht setzte sich aus den Führungskräften der am KPV partizipierenden Pflegedienste zusammen. Neben dieser Funktion als Entscheidungsgremium hatte die AG Nordlicht auch die Aufgabe, den Case Management-Prozess zu gestalten und zu begleiten (siehe Abschnitt 4.2.1). In den Zuständigkeitsbereich dieser Arbeitsgruppe fiel auch die Verantwortung für ein systematisches Qualitätsmanagement.

**Die operative Projektdurchführung** wurde von einem Team aus Projektmitarbeitern, wissenschaftlicher Begleitung und einer Vertreterin des KPV unterstützt, die konzeptionelle Arbeiten leisteten.

Laut Projektantrag sollte die **Steuerungsgruppe** die regionalen Akteure in den Prozess und in die wesentlichen Entscheidungen einbinden.<sup>20</sup> Dadurch sollte sichergestellt werden, dass

- die Operationalisierung der Projektziele und das Vorgehen in den einzelnen Projektphasen mit den relevanten Akteuren abgestimmt ist,
- das Projekt frühzeitig an geänderte strukturelle Bedingungen angepasst wird,
- Versorgungslücken identifiziert und angemessene Strategien für intelligente Leistungs- und Finanzierungssysteme entwickelt werden können und
- unterschiedliche Interessen und projektrelevante Aspekte auf kurzem Wege geklärt werden.

Die Mitglieder der Steuerungsgruppe sollten laut Projektantrag in Entscheidungen eingebunden werden. Diesem Aufgabenkatalog und auch ihrer tatsächlichen Arbeitsweise entsprechend diente die Steuerungsgruppe in erster Linie der Abstimmung, Information und Diskussion.

---

<sup>20</sup> Zur Zusammensetzung der Steuerungsgruppe vgl. Abschnitt 2.4.2

Da nicht vorgesehen war, die Mitglieder der Steuerungsgruppe regelmäßig über Projektentwicklungen zu informieren, bildete die Steuerungsgruppe das zentrale Medium für den Informationsaustausch. Grundsätzlich konnte die Auswahl der Teilnehmer als geeignet betrachtet werden. Die relativ breite Einbeziehung von Einrichtungen bzw. Akteuren, die in irgendeiner Form mit der Versorgung der Zielgruppen zu tun hatten oder für Versorgungsstrukturen verantwortlich waren, hat sich bewährt. Als Symptom für Verbesserungsbedarf ist jedoch zu bewerten, dass insbesondere die nur mittelbar von Modellprojekt berührten Funktionsträger zu einigen Sitzungen nicht erschienen waren. In den geführten Expertengesprächen wurde u. a. geäußert, dass die Mitarbeit verbindlicher hätte gestaltet werden sollen. Dies wäre z. B. dadurch zu erreichen gewesen, dass den einzelnen Mitgliedern ihr Auftrag in der Steuerungsgruppe deutlicher vermittelt worden wäre. Dabei wäre es auch von Vorteil gewesen, wenn die Mitglieder von ihren jeweiligen Institutionen mit einem eindeutigen Auftrag in die Projektsteuerungsgruppe entsandt worden wären. Das Engagement wurde sicherlich auch durch die niedrigen Fallzahlen beeinträchtigt, welche das Projekt als weniger relevant erscheinen ließen. Zugleich waren die geringen Fallzahlen den Beteiligten teilweise nicht nachvollziehbar.

In Sitzungen der Projektsteuerungsgruppe und in Gesprächen mit Beteiligten wurde zudem deutlich, dass das Informationsmanagement nicht immer ausreichend war. Insbesondere in kritischen Projektphasen mit Umsetzungsverzögerungen fühlten sich Mitglieder der Steuerungsgruppe nicht ausreichend über den Projektverlauf informiert.

Eine Einschränkung hat das Informationsmanagement während eines Antrags auf Erweiterung des Projektauftrags erfahren. Über das laufende Entscheidungsverfahren durfte die Projektleitung nicht berichten. Entsprechende Unsicherheiten über den weiteren Projektverlauf löste dies bei den Projektbeteiligten aus.

#### **4.1.2 Koordinierung von Entwicklungsarbeiten**

Die Entwicklungsarbeiten des Projekts waren gekennzeichnet durch eine intensive Einbeziehung derjenigen Akteure, die als Leistungserbringer unmittelbar auf die Erreichung der Projektziele einwirken – eine Vorgehensweise, die bei Schnittstellenprojekten unerlässlich ist. Die Projektverantwortlichen hatten hierfür sog. **Expertenworkshops** durchgeführt, in denen die Case-Management-Instrumente gemeinsam mit den örtlichen Leistungserbringern entwickelt wurden. Die Akzeptanz der neuen Instrumente wurde zusätzlich dadurch erhöht, dass an bereits etablierte Verfahren (Kieler Pflegeüberleitungsbogen, Entlassungsmanagement der Kliniken, „Umfeldcheck“ bei Sturzpatienten) angeknüpft wurde.

Die wissenschaftliche Begleitung hatte hierzu eine Abfrage an den Kliniken und eigene Recherchen durchgeführt und hierzu eine Übersicht erstellt („Synopsis“).

Der Teilnehmerkreis der Workshops setzte sich wie folgt zusammen:

- Leiter des Projektes, Case-Managerin und Leiterin der wissenschaftlichen Begleitung als unmittelbare Projektmitarbeiter/innen
- Mitarbeiter/innen der drei beteiligten Krankenhäuser: „Anders als im Konzept geplant, wurde es sinnvoll, stärker den Sachverstand aus verschiedenen Ebenen der Kliniken und Stationen einzubinden..., um im Projekt die Anforderungen der Kliniken umfassender zu berücksichtigen und diese einzubinden. Die Teilnahme an dieser Gruppe ist die größte Gewähr für die Umsetzung des Projektes in den Kliniken.“<sup>21</sup> Dem ist mit Nachdruck zuzustimmen. Von besonderer Bedeutung war in diesem Zusammenhang auch die multiprofessionelle Ausrichtung von Case-Management, die im Rahmen der Workshops durch die Teilnahme sowohl von Sozialarbeitern als auch von Pflegekräften sichergestellt werden konnte. Dies waren:
- eine Mitarbeiterin der Pflegeberatungsstelle der Stadt Kiel
- Mitarbeiter/innen der beteiligten ambulanten Pflegedienste (KPV)

Es fanden in der Projektlaufzeit acht Expertenworkshops statt, von denen die ersten drei die Entwicklung des Assessment-Instruments und des Case Managements zum Thema hatten und die nächsten zwei die Begleitung der Umsetzungsprozesse. Zwei Expertenworkshops mit Beteiligung der Pflegedienstleitungen der ambulanten Dienste sowie der Geschäftsführung des KPV widmeten sich der Bewertung der dokumentierten Versorgungsverläufe und der Konsequenzen für die weitere Projektgestaltung. In einem abschließenden Expertenworkshop wurden Ergebnisse und deren Konsequenzen für die Zeit nach Beendigung des Projekts erörtert. Insbesondere die ersten Experten-Workshops haben einen wichtigen Beitrag zur Entwicklung eines konsensfähigen Assessment-Instruments geleistet. Im weiteren Verlauf spielten die Expertenworkshops bei der Abstimmung von Verfahren im Case Management-Prozess eine wichtige Rolle.

---

21 Modellbericht „Nordlicht“, Januar 2007, Teil 1, S. 21.

### 4.1.3 Arbeitsaufwand der Projektleitung

Tabelle 4-1 zeigt die durchschnittliche Verteilung der Arbeitszeit der Projektleitung auf bestimmte Tätigkeiten.<sup>22</sup> Dabei ist zu berücksichtigen, dass es sich um Durchschnittswerte handelt. Die faktische Verteilung der Arbeitszeit variierte in den verschiedenen Projektphasen erheblich.

*Tabelle 4-1: Monatlicher Aufwand der Projektleitung für bestimmte Tätigkeiten in Tagen*

Tätigkeitsbereiche		Tage/Monat
Konzeptionelle Arbeiten	Konzeptionelle Zuarbeit zu Arbeitsgruppen	1,3
	Ausgestaltung der Kooperation	0,5
	Strategie für die Öffentlichkeitsarbeit	0,4
	Sonstige konzeptionelle Arbeiten	0,2
	<b>Summe Konzeptionelle Arbeiten</b>	<b>2,4</b>
Planung, Koordination, Moderation	Projektplanung	0,9
	Vorbereitung, Moderation, Nachbereitung von Sitzungen	1,6
	Regelmäßige interne Kommunikation	1,1
	Abstimmungsprozesse mit Kooperationspartnern	0,6
	Koordinierung von wissenschaftlicher Begleitung und externer Evaluation	0,8
	Sonstige Planungs- und Koordinierungsarbeiten	2,1
	<b>Summe Planung, Koordination, Moderation</b>	<b>7,0</b>
Administrative Arbeiten	Mittelverwaltung, Mittelvergabe	0,6
	Fachaufsicht Case-Managerin	0,6
	Inhaltliches Controlling	1,3
	Abstimmung mit dem Auftraggeber	0,6
	Berichterstellung (inkl. deren Koordinierung)	1,5
	Sonstige administrative Arbeiten	0,1
	<b>Summe Administrative Arbeiten</b>	<b>4,7</b>
Externe Kommunikation	Allgemeine Öffentlichkeitsarbeit	0,4
	Gremienarbeit	0,4
	Gewinnung von Kooperationspartnern	0,3
	Sonstige Arbeiten der externen Kommunikation	1,3
	<b>Summe Externe Kommunikation</b>	<b>2,3</b>
<b>Aufwand insgesamt</b>		<b>16,5</b>

<sup>22</sup> Die Angaben zum zeitlichen Aufwand der Projektleitung beruhen auf Schätzungen des Projektleiters für Zwecke der externen Evaluation. Kleinere Abweichungen vom tatsächlichen Arbeitsaufwand sind daher möglich.

Der Schwerpunkt lag demnach auf dem Tätigkeitsbereich „Planung, Koordinierung und Moderation“. Als verhältnismäßig zeitaufwändig stellte sich der Tätigkeitsbereich „Administrative Arbeiten“ mit durchschnittlich 4,7 Tagen im Monat dar. Dies ist zum großen Teil der Tatsache geschuldet, dass es sich um ein Modellvorhaben mit umfangreichen Dokumentationsanforderungen handelte. Insgesamt entsprach die Verteilung der Arbeitszeit auf die Tätigkeitsbereiche weitgehend dem Aufgabenprofil einer Projektleitung für ein Kooperationsprojekt. Es zeigte sich auch, dass die „externe Kommunikation“ kein zeitlich zu vernachlässigender Tätigkeitsbereich ist.

## **4.2 Gestaltung von Kooperationsbeziehungen**

Tabelle 4-2 enthält eine Übersicht der am Projekt beteiligten Partner und gibt dabei eine erste Auskunft über die Gestaltung der Kooperationsbeziehungen. Diese bestanden einerseits über das Case Management (operative Ebene) und andererseits im Zusammenhang mit dem Projekt Nordlicht als einem offenen Netzwerk (Steuerungsebene). Bereits diese Übersicht zeigt, dass die Kooperationsbeziehungen einen vergleichsweise geringen Formalisierungsgrad hatten und dass im Kernbereich des Case Management-Prozesses eine Vielzahl von Instrumenten und Verfahren eingesetzt wurden.

Tabelle 4-2: Kooperationsbeziehungen des Projekts Nordlicht (1)

Einrichtung, Dienst, andere Partner (Anzahl)	Kooperationsvereinbarungen	Instrumente und Verfahren	Mitwirkung an der Prozessteuerung
Krankenhäuser (3)	z.T. formell	Assessmentinstrument Datenbogen Multiplikatoren-schulung (Pflegekräfte) Information der Stationsleitungen Vor-Ort-Gespräche CM mit Klinikpersonal Routineaustausch über Telefon und E-Mail Hospitationen	Projektsteuerungsgruppe Expertenworkshops
Ambulante Dienste des KPV (7)	formell	Assessmentinstrument Vereinbarung von regelmäßigen Telefonaten Pflegeplanungsbogen Schulungen Hospitationen Mitteilungen der ambulanten Dienste per Faxformular an die Case Managerin über Anpassungsbedarf und Ereignisse in der Versorgung Rückmeldung von Beschwerden durch die Case Managerin Rückmeldung ausgewerteter Pflegeverläufe durch die Projektleitung Evaluationsbogen	Projektleitung KPV-interne Arbeitsgruppe Projektsteuerungsgruppe Expertenworkshops
Rehakliniken (3)	informell	Assessmentinstrument Vor-Ort-Gespräche mit Klinikpersonal Telefon- und E-Mail-Kontakte	–
Beratungsstelle - Pflege und Demenz	–	Telefonkontakte	Expertenworkshops
Pflegeberatungsstelle der Stadt	z.T. formell	Hilfepfankonferenz Telefonkontakte	Expertenworkshops
Wohnraumberatung	–	Telefonkontakte	–
Kurzzeitpflegeeinrichtungen (32)	–	Pflegeüberleitungsbogen Telefonkontakte	–

Tabelle 4-3: Kooperationsbeziehungen des Projekts Nordlicht (2)

Einrichtung, Dienst, andere Partner (Anzahl)	Kooperationsvereinbarungen	Instrumente und Verfahren	Mitwirkung an der Prozesssteuerung
Hausärzte	–	Fax (Arztbrief) vor Entlassung Info-Flyer Infoveranstaltung	Projektsteuerungsgruppe Expertenworkshop
Amt für Familie und Soziales	z.T. formell	Hilfeplankonferenz	Projektsteuerungsgruppe
Regionale Pflegekassen	–	Hilfeplankonferenz	Projektsteuerungsgruppe

Neben den in der Tabelle aufgeführten Partnern war das Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit des Landes Schleswig-Holstein in der Projektsteuerungsgruppe vertreten. Die Altenhilfandschaft der Stadt Kiel wurde via Gremienarbeit über das Projekt auf dem Laufenden gehalten. So wurde der Kieler Pflegekonferenz regelmäßig Bericht erstattet; weitere Gremien wie die AG Gerontopsychiatrie, der gerontopsychiatrische Verbund und der Arbeitskreis Gemeindenahe Psychiatrie erhielten allgemeine Informationen zum Projekt.

#### 4.2.1 Kooperation mit den ambulanten Diensten des KPV

Die Zusammenarbeit mit den ambulanten Diensten des Kieler Pflegeverbunds funktionierte auf der operativen Ebene gut. Dies wurde von Seiten der ambulanten Dienste der Projektleitung und der Case Managerin in Gesprächen bestätigt. Einen wichtigen Beitrag für eine erfolgreiche Zusammenarbeit haben die strukturierten (mit Hilfe eines Leitfadens durchgeführten) **Hospitationen der Case Managerin** in den ambulanten Diensten geleistet. Die Hospitationen berücksichtigten die Aspekte Risikomanagement, Pflegevisiten, Leistungsprofil, Einbeziehung der Case Managerin in zentrale Prozesse der Dienste und allgemeine Beobachtungen der Arbeitsweise in den Diensten. Die Hospitationen wurden dokumentiert und für die Qualitätsentwicklung ausgewertet. Es war vorgesehen, auf Basis dieser Auswertungen das Angebotsspektrum des KPV weiter zu entwickeln. Es liegen jedoch keine Informationen vor, ob es hierzu gekommen ist.

Das **Case Management-Verfahren** legte Zuständigkeiten und Abläufe zwischen Case Management und ambulanten Diensten weitgehend fest. Die Instrumente und Verfahren sowie die Mitwirkungsmöglichkeiten der ambulanten Dienste bei der Projektentwicklung gewährleisteten grundsätzlich eine wirkungsvolle und effiziente Zusammenarbeit. Problematisch wirkte sich allerdings die

bereits in Abschnitt 3.1.3 erwähnte geringe Inanspruchnahme professioneller Pflegeleistungen durch die Klienten/innen aus. Die Zusammenarbeit mit den Pflegediensten konnte aus diesem Grund nicht in größerem Ausmaß erprobt werden. Hieran schlossen sich zwei Folgewirkungen an:

- Arbeitsroutinen in der Zusammenarbeit mit der Case Managerin konnten sich nicht optimal entwickeln. Das erschwerte es, den Wissensstand über das Projekt Nordlicht bei den Mitarbeiterinnen der Pflegedienste auf einem konstanten Niveau zu halten.
- Dem Engagement für das Projekt standen auf Seiten derjenigen ambulanten Dienste, die nur eine geringe Anzahl von Klienten zugewiesen bekommen, keine angemessenen Erträge gegenüber. Dies hatte die Motivation für eine aktive Beteiligung beeinträchtigt.

Der Kriterien, die zu einer Zuweisung eines Projektteilnehmers an einen spezifischen Pflegedienst führen, sollten transparenter gemacht und die Entscheidungswege besser dokumentiert werden.

#### **4.2.2 Kooperationsbeziehungen zu den beteiligten Krankenhäusern**

Die Zusammenarbeit mit den Kliniken beruhte im Wesentlichen auf informellen Absprachen, der Einbindung von Vertretern der Sozialdienste in die Projektsteuerungsgruppe, vertraglichen Absprachen auf operativer Ebene sowie den offerierten und genutzten Möglichkeiten zur Mitarbeit bei der Projektentwicklung und -durchführung. Ein wichtiges Instrument, um eine vertrauensvolle Basis der Zusammenarbeit zu schaffen, stellten – ebenso wie bei den ambulanten Diensten – **Hospitationen** der Case Managerin in den Kliniken dar. Die Case Managerin konnte die Strukturen und die Arbeitsabläufe in den Kliniken kennen lernen und Gespräche mit den verantwortlichen Leitungen führen. Das persönliche Kennenlernen stützte die Zusammenarbeit erheblich.

In der zweiten Projekthälfte wurden gemeinsame Presseerklärungen mit den Geschäftsführungen der Kliniken abgehalten, um dem Projekt nach außen und in deren Häusern mehr Gewicht zu verleihen. Für die operative Zusammenarbeit wurde ein **Verfahren zur Gestaltung der Schnittstelle Krankenhaus – Case Management** vereinbart. Im Vergleich zu dem parallelen Verfahren an der Schnittstelle zu den ambulanten Diensten war dieses Verfahren weniger detailliert und die Arbeitsteilung weniger eindeutig.

Die Zusammenarbeit unterschied sich zwischen den Kliniken. Während sie im regulären Case Management in der Regel gelang,

war das Ausmaß des Engagements bei der Gewinnung von Klienten/innen teilweise nicht zufriedenstellend. So wurden im Jahr 2008 aus zwei Kliniken zunächst nur sehr wenige Projektteilnehmer rekrutiert. Der größte Teil der Klienten/innen stammte aus der Geriatrie am Städtischen Krankenhaus.

Der Verzicht auf formelle vertragliche Rahmenvereinbarungen unter Einbeziehung der Klinikleitungen eignete sich demnach nicht für alle Kliniken. Aus Projektdokumenten und Fachgesprächen war erkennbar, dass eine noch erfolgreichere Zusammenarbeit vor allem durch zwei beeinflussbare Umstände<sup>23</sup> verhindert wurde:

- Das Projekt wurde nicht durch alle Mitarbeiter des Krankenhauses, die Einfluss auf den Prozess nehmen können, unterstützt. So reichte beispielsweise die alleinige Kooperation mit dem Sozialdienst eines Krankenhauses nicht aus, wenn das Case Finding durch Ärzte oder Pflegekräfte im Krankenhaus erfolgte und deren Interesse am Projekt begrenzt war. Dies war vor allem bei dem Universitätsklinikum Schleswig-Holstein ein Grund für eine nicht optimale Ausschöpfung des Projektteilnehmer-Potenzials.
- Der Wechsel von Ansprechpartnern in den Kliniken unterminierte die eingespielte Zusammenarbeit.

Personengebundene, informelle Kooperationsbeziehungen müssen bei personellen Wechseln neu erarbeitet werden. Dies ist zeitaufwändig und unsicher. Durch formelle Absprachen kann die starke Abhängigkeit von Personen abgemildert werden.

Auf die Problematik fehlender vertraglicher Vereinbarungen hat die externe Evaluation bereits in ihrem Beitrag zum ersten Modellbericht 2007 hingewiesen. Zum damaligen Zeitpunkt bestanden auf Seiten der Projektleitung jedoch Bedenken wegen einer möglichen Überforderung der Kooperationsbereitschaft der Kliniken zu Beginn des Projekts.

Die Zusammenarbeit mit den Krankenhäusern darf nicht nur auf die Sozialdienste fokussieren, die selbst teilweise eine schwierige Position in ihren Häusern haben. Projektbeteiligte äußerten in Gesprächen, dass teilweise die falschen Ansprechpartner gewählt wurden. So sei zu sehr auf die Sozialdienste gesetzt worden, wohingegen Vorstand, Klinikchefs und Pflegedienste etwas vernachlässigt worden seien. Im Ergebnis auch dieses Ansprache-

---

<sup>23</sup> Daneben gab es auch eine Reihe von hinderlichen Umständen in der Zusammenarbeit mit den Kliniken, auf welche das Projekt Nordlicht keinen Einfluss nehmen konnte, so etwa der große Zeitdruck in den Kliniken, häufige Personalwechsel und Umstrukturierungen.

Problems wurden zu wenig und dann auch noch falsche Klienten/innen rekrutiert worden. Die schwierigen Beziehungen zwischen Berufsgruppen in den Krankenhäusern sind jedoch kein von außen zu behebendes Hindernis der Zusammenarbeit.

Die Instrumente und Verfahren der Zusammenarbeit mit den Krankenhäusern im operativen Bereich haben sich bewährt. Das Assessmentinstrument hat sich grundsätzlich als fachlich geeignet erwiesen. Kritik wurde jedoch daran geübt, dass es sehr umfangreich und daher zeitaufwändig ist.

Die Zusammenarbeit mit den Rehabilitationskliniken verlief unproblematisch; aus den vorliegenden Unterlagen konnte kein Optimierungsbedarf abgeleitet werden.

#### **4.2.3 Kooperation mit weiteren Partnern aus der Altenhilfe und mit der Stadt**

Beim Aufbau eines stabilen häuslichen Unterstützungsarrangements sollte die Case Managerin auch weitere, komplementäre Unterstützungsangebote einbeziehen. Hierzu zählten u. a.:

- Nichtpflegerische Angebote des KPV
- Kurzzeitpflegeeinrichtungen
- Beratungsstelle Pflege und Demenz der AWO
- Pflegeberatungsstelle der Stadt Kiel
- Wohnberatung und Wohnraumanpassung (WOPA), Alzheimer Gesellschaft Kiel
- Städtische Angebote der offenen Altenhilfe und pflegeergänzende Leistungen

Die Case Managerin hat eine umfassende **Aufstellung von Angeboten im Kieler Hilfenetz** vorgenommen. Es sollte ein Instrument entstehen, das einen schnellen Zugriff auf passgenaue Angebote ermöglicht. Im Bereich der niedrighwelligen Betreuung sowie weiterer pflegeergänzender Unterstützungsleistungen wurden ausschließlich Angebote des KPV aufgenommen, mit Ausnahme solcher Angebote, die dieser nicht in seinem Leistungsspektrum hat.

Über die Qualität der Zusammenarbeit mit den **Kurzzeitpflegeeinrichtungen** lagen mit Ausnahme einer allgemeinen Einschätzung, dass diese gut funktioniere, keine Informationen vor.

Die engste Kooperation bestand mit der **Beratungsstelle Pflege und Demenz** der AWO, an die viele Projektteilnehmer mit eingeschränkter Alltagskompetenz und einem hohen Bedarf an begleitender Beratung verwiesen wurden. Diese Zusammenarbeit verlief, den Aussagen von Case Managerin und Projektleitung zufolge, reibungslos, ohne dass hierfür spezielle Instrumente oder Verfahren eingesetzt wurden.

Die **Pflegeberatungsstelle** der Stadt Kiel wurde hingegen nur sehr selten einbezogen. Über die Gründe hierfür gab es unterschiedliche Einschätzungen. Es erschien sinnvoll, eine intensivere Kooperation mit der Pflegeberatungsstelle anzustreben. Vertraglich vereinbart war die Beteiligung der Pflegeberatungsstelle an den Hilfeplankonferenzen. Diese hatten jedoch nicht stattgefunden.

Die Zusammenarbeit mit der **WOPA** erfolgte nur punktuell, da die Wohnberatung bis zu einem gewissen Umfang auch von der Case Managerin vorgenommen wurde. Als zusätzliches Kriterium für die Einbindung dieser Beratungsstelle wurde von der Projektleitung angeführt, dass die Projektteilnehmer einen weiteren Bedarf an den Angeboten der Alzheimer Gesellschaft, die Trägerin der WOPA ist, haben.

**Angebote der offenen Altenhilfe** wie z.B. Besuchsdienste, ehrenamtliche Dienste, Selbsthilfe- oder Betreuungsgruppen wurden durch die Case Managerin kaum vermittelt. Das Projekt fokussierte auf unmittelbar notwendige Versorgungsaspekte zur Stabilisierung der häuslichen Betreuungssituation. Möglichkeiten der sozialen Teilhabe waren bei dieser Schwerpunktsetzung nachrangig.

#### **4.2.4 Kooperation mit niedergelassenen Ärzten und weiteren Gesundheitsdienstleistern**

Eine intensivere Einbindung von Hausärzten in das Projekt wurde durch die Verteilung eines Info-Flyers an alle allgemeinärztlichen Praxen und eine Informationsveranstaltung für Praxisassistentinnen anzubahnen versucht. Dies hatte jedoch keinen Erfolg, so dass die Hausärzte nur über Verbandsvertreter in der Projektsteuerungsgruppe vertreten waren. In die operative Zusammenarbeit wurden Hausärzte passiv eingebunden, indem sie bei Entlassungen von Projektteilnehmern aus der Klinik vorab Informationen per Fax erhielten.

Die Schnittstelle zu den nichtärztlichen Therapeuten wurde dahingehend verbessert, dass diese bereits vor der Entlassung der Projektteilnehmer aus der Klinik den Behandlungsauftrag erhielten.

## 5. Stärken-Schwächen-Analyse

In diesem Kapitel erfolgt eine integrative Sicht auf die Stärken und Schwächen des Modellprojektes. Ziel war es, unter Zusammenführung der Ergebnisse aus den vorherigen Modulen die Schwachstellen unter Angabe konkreter Optimierungsmöglichkeiten sowie die Aspekte, durch die sich das Modell besonders auszeichnet (Stärken) systematisch aufzuführen.

### 5.1 Konzeption

**Folgende Stärken der Konzeption sind hervorzuheben:**

- Die Zielgruppen und der spezifische Interventionszeitpunkt wurden grundsätzlich überzeugend gewählt. Die Klienten/innen befanden sich nach dem Krankenhausaufenthalt in einer kritischen Versorgungssituation, in der sie im regulären Hilfesystem keine ausreichende Unterstützung erhielten. Eine Verbesserung der Unterstützung ließ mehrere positive Effekte erwarten:
  - Es erhöht sich die Wahrscheinlichkeit dafür, dass die Klienten/innen ihre häusliche Versorgungssituation so stabilisieren können, dass stationäre Pflege oder die Wiedereinweisung in ein Krankenhaus vermieden werden können.
  - Die häusliche Versorgungsqualität kann sich durch die professionelle Hilfe beim Aufbau eines stabilen Unterstützungsarrangements deutlich verbessern und Angehörige entlastet werden.
  - Kliniken können ihre Patienten/innen im Zweifelsfall früher entlassen, da eine qualitätsgesicherte Versorgung zuhause durch das Case Management gewährleistet wird.
- Gegenüber alternativen Konzeptionen (vgl. die in den Abschnitten 2.4.5.1 und 2.4.5.3 beispielhaft beschriebenen Ansätze), konnte der Case Management-Ansatz dem Einzelfall besser gerecht werden. Der entscheidende Unterschied war durch einen zentralen Ansprechpartner gegeben, der die Klienten/innen über einen längeren innerhalb des Versorgungssystems begleitete.
- Gegenüber einem in den häuslichen Bereich erweiterten Entlassungsmanagement von Kliniken (vgl. den in Abschnitt 2.4.5.2 beschriebenen Ansatz) hatte die Angliederung des Case Managements an einen Verbund ambulanter Dienste den

Vorteil, die Koordinierung mit ambulanten und komplementären Dienstleistungen besser gewährleisten zu können.

- Ein umfassendes Assessment-Instrument als Kernelement zur Planung, Koordinierung und Dokumentation des Case Managements entspricht den fachlichen Anforderungen.
- Die Entwicklung des Assessment-Instruments mit Experten aus den beteiligten Einrichtungen leistete einen wichtigen Beitrag zur Akzeptanz des Case Managements in den Einrichtungen und erzeugte eine verbindliche Beteiligung (siehe auch Abschnitt 5.3).
- Die vergleichsweise lange Dauer der Begleitung der Klienten/innen (4 Monate) war für die Stabilisierung der häuslichen Versorgungssituation eine wichtige Voraussetzung.
- Die Aufgabenteilungen mit den ambulanten Diensten und den Sozialdiensten der Krankenhäuser berücksichtigte deren aktuelle Funktionen im Versorgungsprozess. Deren Funktionen und Kompetenzen wurden in geeigneter Form in den Case Management-Prozess integriert.
- Die Verknüpfung des Case Managements mit einem systematischen Qualitätsentwicklungsprozess, wie er in der Nordlicht-Konzeption angelegt war, nutzte die im Case Management anfallenden Informationen in sinnvoller Weise.

**Demgegenüber hat die Konzeption auch einige Schwächen:**

- Die Angliederung des Case Managements an einen Verbund ambulanter Dienste hatte einige Nachteile zur Folge:
  - Andere Anbieter ambulanter Pflege wurden aus der Versorgung ausgeschlossen – das Einzugsgebiet, das Leistungsspektrum und der Kreis der teilnehmenden Klienten/innen wurden hierdurch eingeschränkt.
  - Das Case Management konnte in den Kliniken nicht anbieterneutral beraten. Dies führte zu Zurückhaltungen bei der Werbung von Klienten/innen, um Wettbewerbsverzerrungen zu vermeiden.
  - Prinzipiell kann eine exklusive Trägerschaft Vorbehalte in den Kliniken und bei anderen Kooperationspartnern hervorrufen.
- Die Zielgruppendefinition hat sich als zu eng herausgestellt. Auf diese Weise konnte nicht die optimale Anzahl an Klienten/innen erreicht werden.

ten/innen gewonnen werden. Es mangelte zu Beginn des Projekts an aussagekräftigen Daten zur erreichbaren Anzahl an potenziellen Klienten/innen. Außerdem hatte die Zielgruppendefinition ein schwierig zu handhabendes Case Finding in den Kliniken zur Folge.

- Es mangelte an Vorstellungen darüber, in welcher Weise Leistungen, die nicht von KPV-Diensten angeboten wurden, einbezogen werden sollten. Es gab keine Zielvorstellung dazu, wie ein optimales Versorgungsarrangement unter Berücksichtigung verfügbarer komplementärer Angebote aussehen sollte.

## 5.2 Case Management-Prozess

In diesem Abschnitt soll in Ergänzung zum vorherigen Abschnitt die tatsächliche Umsetzung des Case Managements betrachtet werden.

Die nachfolgenden **Stärken der Gestaltung des Case Management-Prozesses** sind zu konstatieren:

- Die häusliche Versorgungssituation der Klienten/innen hat sich durch das Case Management verbessert und es gibt plausible Hinweise darauf, dass stationäre Aufnahmen und Überforderungssituationen vermieden werden konnten. Zwar können über die erreichten Verbesserungen nur wenige zahlenbasierte Aussagen getroffen werden, da das vorgesehene Kontrollgruppenkonzept mangels Fallzahlen keine belastbaren Auswertungen zulässt. Gespräche mit der Case Managerin und der Projektleitung sowie Auswertungen von Dokumentationen der Case Managerin zu den Versorgungsverläufen belegen jedoch solche Verbesserungen deutlich. Dies zeigt sich etwa daran, dass, laut Auswertungen der wissenschaftlichen Begleitung, sich der überwiegende Anteil der Klienten/innen in einer sehr problematischen Versorgungssituation befand, aber nur 20 Prozent der Klienten/innen in ein Heim wechselten.
- Von Seiten der ambulanten Dienste wurde als qualitative Verbesserung herausgestellt, dass mithilfe des Case Managements die Angehörigen viel stärker in die Versorgung einbezogen wurden und diese mitgestalten konnten.
- Das Qualifikationsprofil und der berufliche Erfahrungshintergrund der Case Managerin (Krankenschwester und Pflegedienstleitung sowie Fortbildung zur Case Managerin) wurde den Anforderungen gerecht. Die Kompetenz der Case Managerin wurde von Kliniken und ambulanten Diensten anerkannt.

- Die Hospitationen der Case Managerin in den ambulanten Diensten und den Kliniken haben sich trotz eines erheblichen Zeitaufwands als vorbereitende und vertrauensbildende Maßnahmen bewährt.
- Die Zielgruppenauswahl bzw. das Case Finding hat insofern treffsicher funktioniert, als die Klienten/innen den Dokumentationen zufolge sehr fragile, problematische Versorgungssituationen aufwiesen.
- Das Assessmentinstrument eignete sich gut für die Planung der unterstützenden Maßnahmen und die Dokumentation. Es ermöglichte eine ganzheitliche Berücksichtigung verschiedener Aspekte der Versorgung. Der Hilfebedarf der Klienten/innen konnte auf diese Weise sehr differenziert festgestellt werden.
- Die relativ wenig festgelegte Arbeitsweise und die hohe zeitliche Flexibilität der Case Managerin ermöglichten es, in hohem Maße auf die individuellen Anforderungen der Klienten/innen einzugehen und sorgten für eine gute Erreichbarkeit der Case Managerin.
- Die wöchentlichen Fallbesprechungen mit der Projektleitung gewährleisteten das notwendige fachliche Feedback.
- Das Verfahren zur Regelung der Versorgung an der Schnittstelle Ambulante Dienste – Case Management regelte den Informationsfluss und die Zuständigkeiten umfassend und trug zu einer qualitätsgesicherten Versorgung bei. Die Zusammenarbeit wurde sowohl von den Leitungen als auch von den Mitarbeitern/innen der ambulanten Dienste positiv eingeschätzt (vgl. hierzu den Berichtsteil der wissenschaftlichen Begleitung).
- Grundsätzlich bewährt hat sich der Rhythmus der Kontaktaufnahme von der Case Managerin zu den ambulanten Diensten und den Klienten/innen, wobei die Möglichkeiten der Abweichungen von der Regel (z. B. häufigere Hausbesuche) berücksichtigt werden müssen.
- Im Case Management wurde ein Qualitätsmanagement praktiziert. Rückmeldungen der Case Managerin an die ambulanten Dienste leisteten einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der Versorgungsqualität. In der Zusammenarbeit der Case Managerin mit den ambulanten Pflegediensten wurde ein Beschwerdemanagement vereinbart. Die Case Managerin nahm die Beschwerden von Projektteilnehmern auf, gab sie an die ambulanten Pflegedienste weiter und verfolgte den Prozess nach einem festgelegten Zeitplan. Die Pflege- und Betreuungsverläufe von Projektteilnehmern wurden von der Pro-

jektleitung ausgewertet. Die Auswertungen wurden zur Steuerung des Projekts und zur Qualitätsentwicklung genutzt.

Dem stehen einige **Schwächen bzw. Schwierigkeiten** gegenüber:

- Hinderlich wirkte sich die relativ geringe Inanspruchnahme pflegerischer Leistungen aus. Diese trugen den Auswertungen von Projektdokumentationen zufolge wesentlich dazu bei, die häusliche Versorgungssituation zu stabilisieren und einen Wechsel in die stationäre Pflege zu vermeiden.
- Das Assessment-Instrument war in der Anwendung nicht ausreichend praktikabel. Dies führte dazu, dass es von den Sozialdiensten der Kliniken nicht angewendet wurde. Auch der Informationsaustausch zwischen Case Management und ambulanten Diensten mittels Faxformularen war umständlich.
- Die zunächst handschriftliche und anschließend elektronische Erfassung von Klienten/innen-Daten erzeugte einen unverhältnismäßigen Aufwand für die Case Managerin.
- Komplementäre Angebote wie z. B. ehrenamtliche Unterstützung oder Angebote zur sozialen Teilhabe wurden nur wenig in die Versorgung eingebunden. Dies wurde auch auf die mangelnde Annahme entsprechender Angebotsvorschläge durch die Klienten/innen zurückgeführt. Als weitere Erklärung wurde erwähnt, dass solche Ergänzungen des Hilfesystems erst zu einem späteren Zeitpunkt, wenn die Grundversorgung ausreichend stabil, ist für die Klienten/innen interessant wurden.
- Das erarbeitete Konzept der Hilfeplankonferenz bei Klienten/innen mit Bezug von SGB XII-Leistungen konnte nicht erprobt werden. Die Gründe hierfür konnten nicht abschließend geklärt werden, aber es wurde von der Projektleitung der Hinweis gegeben, dass es keine entsprechenden Klienten/innen mit SGB XII-Bezug gab.
- Die Abläufe im Case Management wiesen noch einen Regelungsbedarf auf. So war beispielsweise nicht geregelt, wann Projektteilnehmer oder deren Angehörige mit einem bestimmten Beratungsbedarf an eine (und welche) Beratungsstelle verwiesen worden und wo die Grenzen der Bearbeitung spontaner Beratungsanfragen lagen. Hierdurch mangelte es teilweise an Transparenz im Versorgungsprozess.

- Die in den umfangreichen Dokumentationen enthaltenen Informationen wurden nicht ausreichend dafür genutzt, einen datengestützten Überblick über den Verlauf des Case Managements zu erhalten.

Insgesamt war es aber gelungen, ein Case Management zu etablieren, das die Qualität der Versorgungsprozesse deutlich verbessert hat. Diese Aussage beruht zum einen auf einer Einschätzung des „output“, d.h. der eingeführten Strukturen und Prozesse, zum anderen beruht sie auf Aussagen von Projektbeteiligten und auf Dokumentationen von Versorgungsverläufen. Gesicherte Erkenntnisse auf Basis wissenschaftlichen Standards genügender Kontrollgruppenauswertungen sind aufgrund der geringen Fallzahl nicht gewonnen worden. Dies war jedoch bei diesem vergleichsweise „kleinen“ Modellprojekt nicht zu erwarten.

## 5.3 Schnittstellen- und Informationsmanagement

In diesem Abschnitt werden Stärken und Schwächen bzw. Schwierigkeiten der Umsetzung des Schnittstellen- und Informationsmanagements angeführt.

### **Die folgenden Stärken wies das Projekt Nordlicht im Schnittstellen- und Informationsmanagement auf:**

- Der Kieler Pflegeverbund (KPV) wies eine hohe Organisationsfähigkeit auf und war aus dieser Perspektive für die Einführung und Erprobung von kooperativen Prozessen gut geeignet.
- Die Grundstruktur der Netzwerkarbeit – Projektleitung/ Geschäftsstelle bei der AWO Pflege Schleswig-Holstein bzw. dem KPV, Projektsteuerungsgruppe und Expertenworkshops – stellte grundsätzlich eine gute Voraussetzung für eine erfolgreiche Netzwerkentwicklung dar.
- Die Netzwerkbildung auf Basis persönlicher Kontakte und gemeinsamer Erarbeitung von Instrumenten und Verfahren in Experten-Workshops hatte sich sehr positiv auf die Zusammenarbeit ausgewirkt. Sie hat hinsichtlich der Gestaltung und Abstimmung von Versorgungsprozessen sehr gut funktioniert.
- In ähnlicher Weise haben die Hospitationen der Case Managerrin in den beteiligten Einrichtungen und Diensten zur Schaffung

einer Vertrauensbasis und einem gemeinsamen Aufgabenverständnis beigetragen.

- Der Kreis der in das Netzwerk eingebundenen Einrichtungen und Dienste war grundsätzlich gut gewählt.
- Die externe Kommunikation über Gremienarbeit hat im Laufe des Projekts gut funktioniert.

**Demgegenüber sind folgende Schwächen bzw. Schwierigkeiten aufzuführen:**

- Der KPV als Projektträger hatte den nachteiligen Aspekt, interessegebunden zu sein und auch so wahrgenommen zu werden. Dies stand im Widerspruch dazu, dass der KPV von Anfang an keine ökonomischen Interessen an dem Modellprojekt gesehen hat, sondern die Mitwirkung mit den Möglichkeiten der qualitativen Weiterentwicklung der eigenen Arbeit begründete.
- Es mangelte dem Projekt an verbindlichen Rahmenvereinbarungen mit den beteiligten Krankenhäusern. Solche Vereinbarungen hätten eine kontinuierliche Unterstützung auch seitens der Geschäftsführungen und aller beteiligten Berufsgruppen begünstigt und dem Projekt in den Häusern mehr Gewicht verliehen.
- Etwas weniger erfolgreich als in der konkreten Gestaltung von Versorgungsprozessen war die Netzwerkarbeit, wenn es darum ging, die Unterstützung und Mitwirkung der beteiligten Einrichtungen und Dienste zu organisieren. Sie hätte noch strukturierter erfolgen können. Ein Vorschlag aus den Expertengesprächen, die Arbeit der Steuerungsgruppe über Arbeitsaufträge an die Mitglieder verbindlicher zu gestalten, wies in diese Richtung.
- Es hätte regelmäßiger, etwa über einen Newsletter, über den Projektverlauf und die Planungen informiert werden können. Informationen aus den verschiedenen Dokumentationen hätten strukturierter aufgearbeitet werden können.
- In den Krankenhäusern wurden nicht immer die richtigen Ansprechpartner ausgewählt. So reichte es im Universitätsklinikum nicht aus, den Sozialdienst in die Kooperation einzubeziehen, sondern es hätten auch die Pflegedienstleitungen angesprochen werden müssen.
- Die städtische Pflegeberatungsstelle und die im Verantwortungsbereich der Stadt arbeitenden Einrichtungen und Dienste

der offenen Altenhilfe wurden wenig in die Versorgung eingebunden.

- Die während der Projektlaufzeit aufgetretene Unstimmigkeit mit der Stadt Kiel wegen der mangelnden Berücksichtigung städtischer Angebote und der gewünschten, aber letztlich nicht zustande gekommenen Einbindung der Stadt bei Klienten/innen mit gleichzeitigem Bezug von SGB XII-Leistungen, hätte durch eine offenere Kommunikation zu Beginn des Projekts vermieden werden können.

## **6. Bewertung des Potenzials zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen**

### **6.1 Qualitative Beiträge des Modellvorhabens zur Verbesserung der Versorgung**

Das Projekt Nordlicht setzte an einer entscheidenden Schwachstelle in der Versorgung pflegebedürftiger älterer Menschen an. Es hat einen spezifischen Ansatz zur Netzwerkbildung und -pflege erprobt, Verfahren und Instrumente entwickelt und eingesetzt und durch umfangreiche Auswertungen Wissen zu den Unterstützungsanforderungen der Klienten/innen gesammelt. Insbesondere vor dem Hintergrund teilweise ähnlicher Aufgabenstellungen von Pflegestützpunkten und Pflegeberatung (siehe hierzu Abschnitt 2.3.2) waren die Erfahrungen für die Bemühungen um eine Verbesserung der schnittstellenübergreifenden Versorgung und der Unterstützung häuslicher Pflegearrangements von besonderem Wert.

Die wichtigsten Beiträge des Modellprojekts Nordlicht, die aus Sicht der externen Evaluation und der befragten Projektbeteiligten zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen beitragen können, werden im Folgenden aufgeführt:

- Der Ansatz, eine spezifische Zielgruppe in einer kritischen Phase aufsuchend zu beraten, hat sich als sehr zielgenau erwiesen. Ein großer Teil der Klienten/innen befand sich in einer kritischen Versorgungslage, in der es ihnen viel abverlangt hätte, sich eigenständig um Beratung und Unterstützung zu kümmern. Ohne entsprechende Unterstützung wiederum hätten einige von Ihnen ihre häusliche Versorgung nicht aufrecht erhalten können.
- Der Case Management-Ansatz hat sich bewährt. Zum einen konnte die Versorgung für die einzelnen Klienten/innen optimiert werden; zum anderen wird auf diese Weise auch die Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Diensten und Einrichtungen strukturiert. Ein Assessment-Instrument als zentrales Planungs- und Dokumentationsinstrument sollte Bestandteil eines solchen Case Managements sein.
- Die hohe inhaltliche und zeitliche Flexibilität stellte ein wesentliches Qualitätskriterium des Case Managements dar. Nur auf diese Weise konnte die starke Klienten/innen-Orientierung gewährleistet werden. Die Gestaltungsfreiheiten des Case Mana-

gements erforderten aber komplementär einige grundlegende Regeln und Transparenz über Entscheidungen, welche die Versorgung der Klienten/innen betrafen.

- Das Assessment-Instrument eignete sich in fachlicher Hinsicht als Referenzinstrument, müsste aber hinsichtlich seiner Praktikabilität noch optimiert werden. Auf jeden Fall sollte auf eine doppelte Erfassung – erst handschriftlich, dann elektronisch – verzichtet werden.
- Im Nordlicht-Projekt wurde, gemessen an den Risiken, sehr erfolgreich Vertrauen und Mitwirkungsbereitschaft der beteiligten Einrichtungen und Dienste auf der operativen Ebene hergestellt. Dies wurde u. a. erreicht, indem die jeweiligen Kompetenzen und Aufgabenbereiche respektiert und die Mitarbeiter aus den Einrichtungen an der Entwicklung von Verfahren und Instrumenten beteiligt wurden.
- Vertragliche Vereinbarungen mit den beteiligten Einrichtungen, eine verbindliche Einbeziehung der Leitungsebene und deren ausreichende Information sind wichtige Voraussetzungen, um eine personenunabhängige, dauerhafte Unterstützung für eine produktive Zusammenarbeit zu erhalten.
- Ein Zeitraum von sechs Monaten für die Begleitung würde helfen, die häusliche Versorgungssituation noch dauerhafter zu sichern. Es hat sich herausgestellt, dass für die Klienten/innen in der ersten Zeit nach der Entlassung aus dem Krankenhaus nur die unmittelbare Sicherstellung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung relevant ist. Ein breiter angelegtes Unterstützungsarrangement, das beispielsweise auch soziale Bedürfnisse berücksichtigt, kann daher erst zu einem späteren Zeitpunkt aufgebaut werden.

## **6.2 Verwendung von Projektergebnissen in anderen Beratungsstrukturen**

Das Projekt Nordlicht wird in der jetzigen Form nicht weitergeführt. Dagegen spricht, dass gegenwärtig Beratungsstrukturen entstehen, die eine neue öffentliche Finanzierungsbasis für das Projekt unrealistisch machen. Eine eigenständige Weiterführung in der Trägerschaft des KPV scheitert an betriebswirtschaftlichen Erwägungen. Die Zielgruppe ist zu klein, das Case Management für den KPV daher nicht wirtschaftlich. Die Projektergebnisse sind jedoch für die Verwendung in anderen Beratungsstrukturen hochinteres-

sant. Hierbei sind prinzipiell zwei Arten von Beratungsstrukturen anzuführen:

- **Pflegestützpunkte und Pflegeberatung:** Aufgrund vieler Gemeinsamkeiten liegt es nach Einschätzung der externen Evaluation nahe, Ergebnisse und Erfahrungen des Projekts Nordlicht in die konzeptionelle Ausgestaltung der Pflegestützpunkte und der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI einfließen zu lassen. Da es sich um eng miteinander verbundene Angebote handelt, werden Pflegestützpunkte und Pflegeberatung in diesem Abschnitt zusammen betrachtet.
- **Qualitätsverbünde:** Die Ergebnisse des Projekts Nordlicht können auch im Rahmen von Qualitätsverbänden verwendet werden. Unter „Qualitätsverbund“ wird hier ein Konzept verstanden, in dem ein Verbund von Anbietern auf eigene Initiative die Versorgungsangebote seiner Mitglieder besser koordiniert und an Qualitätsstandards orientiert, um hierdurch Wettbewerbsvorteile zu erreichen (vgl. den Projektträger des Projekts Nordlicht „KPV“ oder den in Abschnitt 2.4.5.3 beschriebenen „Qualitätsverbund Netzwerk im Alter“).

Folgende Aspekte des Projekts Nordlicht sind für die Übertragung in andere Beratungsstrukturen besonders geeignet:

- Es sollte eine aufsuchende Beratung von pflegebedürftigen Personen in kritischen Phasen der Versorgung vorgesehen werden. In solchen Phasen wie unmittelbar nach der Entlassung aus einer Klinik kann eine intensive Begleitung in einigen Fällen den Wechsel in eine stationäre Pflegeeinrichtung verhindern helfen oder die Einrichtung einer gesetzlichen Betreuung überflüssig machen.
- Eine relativ große zeitliche und inhaltliche Flexibilität war ein Erfolgskriterium der Arbeit der Case Managerin. Wenn begleitend durch Leitlinien und aussagekräftige Dokumentationen die Transparenz erhöht wird, kann eine solche Arbeitsweise der Pflegeberatung als Orientierung dienen.
- Das Assessmentinstrument von Nordlicht bietet eine gute Ausgangsbasis zur Entwicklung eigener, angepasster Instrumente. Ein abgestimmtes und akzeptiertes Assessmentinstrument sollte als zentrales Planungs- und Dokumentationsinstrument vorgesehen werden.
- Beim Aufbau lokaler Netzwerke ist es sinnvoll, durch Einbeziehung der Beteiligten in konzeptionelle Entwicklungsarbeiten und durch Hospitationen Vertrauen und Unterstützungsbereitschaft zu fördern. Leitfäden für die Hospitationen und die Nut-

zung dieser Informationen für die Qualitätsentwicklung im Projekt Nordlicht können hierfür eine Vorlage bieten.

- Neben dieser eher auf der Arbeitsebene angesiedelten Netzwerkarbeit bedarf es auch einer strukturierten Vernetzung auf Einrichtungsebene, die durch verbindliche Rahmenvereinbarungen gestützt wird. Basis für Vertrauen und Unterstützungsbereitschaft sind hier neben einer Einbindung von Führungskräften in ein koordinierendes Gremium insbesondere auch regelmäßige und aussagekräftige Informationen.
- Ergänzende Leistungsangebote wie z. B. Angebote zur sozialen Teilhabe oder ehrenamtliche Besuchsdienste, werden nur angenommen, wenn die Versorgungssituation stabil ist. Bei der Planung von Beratungsprozessen sollten solche Präferenzverschiebungen berücksichtigt werden.
- Die Koordination und die umfassende Dokumentation bieten eine besondere Gelegenheit für die Einführung eines prozessbegleitenden Qualitätsmanagements, das auch ein Risikomanagement und ein Beschwerdemanagement beinhalten sollte. Die Erfahrungen von Nordlicht sind in dieser Hinsicht positiv zu bewerten.

## 7. Handlungsempfehlungen

Abschließend sollen einige Vorschläge gemacht werden, wie die Ergebnisse von Nordlicht für die Weiterentwicklung von Versorgungsstrukturen genutzt werden können:

1. Nordlicht-Verantwortliche sollten in die Entwicklungsarbeit von Pflegestützpunkten und Pflegeberatung beratend eingebunden werden.

Das Nordlicht-Projekt hat viele Erkenntnisse erbracht, die in der Berichtsform nicht vollständig vermittelt werden können. Es kann daher von großem Nutzen sein, wenn die Nordlicht-Verantwortlichen dieses Wissen in beratender Funktion einbringen.

2. Bei Vernetzungsprojekten sollte ein Modell der zweifachen Netzwerkbildung – auf der Arbeitsebene durch konzeptionelle Mitwirkung und persönlichen Austausch (z. B. im Rahmen von Hospitationen) und auf der Einrichtungsebene durch verbindliche Vereinbarungen und regelmäßige Information – verfolgt werden.

Diese Erfahrungen von Nordlicht sind bei Qualitätsverbänden leichter zu realisieren als bei der Einführung von Pflegestützpunkten und Pflegeberatung, da diese ein Angebot in der Fläche anbieten. Doch auch letzere können und sollten ihre Vernetzungsaktivitäten in dieser Weise ausrichten.

3. Case Managementverfahren und Assessment-Instrument von Nordlicht sollten als Referenz für die Entwicklung angepasster Verfahren und Instrumente genutzt werden.

Case Management und Assessment-Instrument sind Ergebnisse eines Entwicklungsprozesses unter Einbeziehung fachlichen und wissenschaftlichen Knowhows und es liegen vielfältige Erfahrungen mit der Anwendung vor. Es bietet sich daher an, auf Basis dieser Verfahren und Instrumente weitere Entwicklungen vorzunehmen. Dabei können die bereits festgestellten Schwächen (z. B. der Praktikabilität des Assessment-Instruments) Anlässe für Optimierungen sein.

4. Die Erfahrungen von Nordlicht sollten genutzt werden, um Standards für den im Rahmen der Pflegereform spezifizierten Auftrag des Entlassungsmanagements der Krankenhäuser, die Einbeziehung von Pflegeeinrichtungen und die enge Zusammenarbeit mit Pflegeberaterinnen und -beratern betreffend, zu entwickeln.

Wie in Abschnitt 2.3.2 beschrieben, hat die Pflegereform die pflegerische Versorgung am Übergang pflegebedürftiger Patienten aus dem Krankenhaus in die häusliche Versorgung gestärkt. Bei der konkreten Ausgestaltung des entsprechend spezifizierten Auftrags der Krankenhäuser kann Nordlicht wertvolle Hinweise geben.

# Literaturverzeichnis

Dörpinghaus, Sabine; Grützmacher, Sabine; Werbke Sebastian R.; Weidner, Frank: Überleitung und Case Management in der Pflege. Schriftenreihe des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung e.V. (Hrsg.), Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co.KG, Hannover 2004

Domscheit, Stefan; Wingefeld, Klaus: Pflegeüberleitung in Nordrhein Westfalen. Konzeptionelle Entwicklungen, Problemfelder und Anforderungen. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW), Bielefeld 1996

Hansen, Jutta: Berichte der wissenschaftlichen Begleitforschung durch das Institut für Soziologie der Universität Kiel zum Modellprojekt „Nordlicht – das Kieler Projekt“ der Jahre 2007-2009, unveröffentlicht

Höhm, Ulrike: Entwicklung des Expertenstandards – Gegenstand und Vorgehen. In: Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege. Entwicklung – Konsentierung – Implementierung, Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (Hrsg.), Osnabrück 2004

Kieler Pflegeverbund (Hrsg.): Konzeption und Berichte zum Modellprojekt „Nordlicht – das Kieler Projekt“ der Jahre 2007-2009, unveröffentlicht

Michell-Auli, Peter; Großjohann, Klaus; Kutschke, Andreas; Tebest, Ralf; Raabe, Harald: Zwischenbericht zum Modellprojekt Werkstatt Pflegestützpunkte, Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.), Köln 2008

Schaeffer, Doris: Gesundheitspolitische Relevanz des Entlassungsmanagement. In: Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege. Entwicklung – Konsentierung – Implementierung, Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (Hrsg.), Osnabrück 2004

Seibt, Gabriela: Sektorenübergreifendes Überleitungsmanagement im Berliner Qualitätsverbund Netzwerk im Alter. In: Lusiardi, Susanne et al.: Überleitungsmanagement. Wege zur Umsetzung in die Praxis, Urban & Vogel, München 2004