



# **Pflege- und Wohnberatung**

Modellprojekt Case und Care Management im Rahmen trägerneutraler Pflegeberatung  
gefördert durch die Spitzenverbände der Pflegekassen und das Land Niedersachsen  
Träger ist der SoVD Niedersachsen

# **Handlungskonzept**



# Pflege- und Wohnberatung

Modellprojekt Case und Care Management im Rahmen trägerneutraler Pflegeberatung  
gefördert durch die Spitzenverbände der Pflegekassen und das Land Niedersachsen  
Träger ist der SoVD Niedersachsen

## Inhaltsverzeichnis

<b>1. Vorwort</b> .....	3
<b>2. Leitprinzipien und Grundhaltungen</b> .....	3
Leitprinzipien auf Ebene der Nutzer.....	3
Leitprinzipien auf gesellschaftlicher Ebene.....	4
<b>Grundhaltungen gegenüber Kunden</b> .....	5
<b>3. Verankerung von Leitprinzipien und Grundhaltungen mit Hilfe des „Empowerment-Ansatzes“</b> .....	6
<b>4. Zielgruppen des Projektes</b> .....	7
<b>5. Case und Care Management Verständnis</b> .....	10
<b>6. Kundenbezogene Arbeitsschritte</b> .....	11
Information.....	12
Einzel(-)Beratung.....	11
Case Management.....	13
<b>7. Systembezogene Arbeitsschritte</b> .....	20
Öffentlichkeitsarbeit.....	20
Kooperation.....	20
Ehrenamtlicher Helferkreis.....	23

## 1. Vorwort

### **Das Handlungskonzept des Modellprojektes – ein „dynamisch-lernendes“ Konzept als Grundlage für die Arbeit der Pflege- und Wohnberatung**

Das im Folgenden beschriebene Handlungskonzept dient sowohl den Pflege- und Wohnberatern als auch der Projektkoordinatorin als zentrale Arbeitsgrundlage.

Das Konzept ist als „lernendes“ Konzept zu verstehen, welches „dynamisch“ den jeweiligen Erfordernissen angepasst werden kann und soll. Die Weiterentwicklung und Fortschreibung des Konzeptes erfolgt durch die Projektkoordinatorin in enger Zusammenarbeit mit den Pflege- und Wohnberatern. Das zugrunde liegende Konzept wurde in Anlehnung an, durch das Institut für Pflegewissenschaften der Universität Bielefeld formulierte, Impulse und Leitfragen erarbeitet.

## 2. Leitprinzipien und Grundhaltungen

In den folgenden Ausführungen wird neben den Leitprinzipien und Grundhaltungen das sogenannte ganzheitlich - gemeinwesenorientierte Handlungsleitbild auf die definierte Zielgruppe des Projektes bezogen. In einem nächsten Schritt werden daraus resultierende Ziele als Planungsgrundlage für die weitere Arbeit innerhalb des Projektes formuliert.

### **Leitprinzipien auf Ebene der Nutzer**

#### **Das Prinzip der Ganzheitlichkeit**

Die Nutzer des Pflege- und Wohnberatungsangebotes werden als Körper-Seele-Geist Einheit betrachtet. Die vorhandenen Ressourcen und Kompetenzen sollen in allen Lebensbereichen gestärkt und befördert werden. Bei allen Handlungen stehen nicht die Defizite des Einzelnen, sondern immer das „Gesamtsystem Mensch“ im Vordergrund.

#### **Selbstbestimmung und Selbstständigkeit**

Laut Brockhaus bezeichnet der Begriff „Selbstbestimmung“ die „Möglichkeit und Fähigkeit des Individuums - frei dem eigenen Willen gemäß zu handeln“ (Brockhaus 1993). Mit „Wille“ wird hierbei die Fähigkeit des Menschen bezeichnet, sich bewusst für ein Verhalten zu entscheiden und ein Ziel anzustreben.

Innerhalb des Projektes liegt dabei die Annahme zugrunde, dass die NutzerInnen der Pflege- und Wohnberatung das als notwendig erachtete Maß an Unterstützungs- und Hilfeleistungen selbst bestimmen. Auch hilfe- und pflegebedürftige Menschen sollen soweit wie es ihnen möglich ist, selbst Einfluss auf den jeweiligen Prozess der Hilfe nehmen. Die Ausrichtung der jeweils zu koordinierenden Dienstleistungen erfordert die Selbstständigkeit der jeweiligen Nutzer.

### **Selbstpflegekompetenz**

Der Bedarf an Selbstpflege ist von den Bedürfnissen des Menschen abhängig und steht zudem im Zusammenhang mit Alter, Entwicklungsstand sowie der Gesundheit. Selbstpflegekompetenz soll an dieser Stelle die Fähigkeit beschreiben, den Bedarf an Selbstpflege richtig einzuschätzen und die damit verbundene Entscheidung zur Durchführung der Tätigkeiten richtig zu treffen. Des Weiteren sollte die ordnungsgemäße Durchführung der Tätigkeiten sowie der Überprüfung der Effizienz derselben im Vordergrund stehen. Durch Krankheiten oder Behinderungen kann diese Kompetenz eingeschränkt oder auch ganz verloren sein, so dass dann fremde Hilfe erforderlich ist; zum Beispiel durch einen Pflege- und Wohnberater, die die notwendigen Hilfeleistungen koordinieren.

### **Datenschutz und Verschwiegenheitserklärung**

Innerhalb des Projektes soll mit einer Datenschutz- und Verschwiegenheitserklärung gearbeitet werden. Sowohl die Berater als auch die Mitarbeiterin der Koordinierungsstelle verpflichten sich Kundendaten vertraulich zu behandeln und kundenspezifische Daten nur nach entsprechender schriftlicher Einwilligung herauszugeben. Werden beispielsweise Arztberichte oder Gutachten anderer Berufsgruppen zur weiteren Verwendung bzw. zur Weiterleitung an entsprechende Kostenträger benötigt, so wird dies mit dem Kunden besprochen. Die Pflege- und Wohnberater erläutern dem Kunden ihr weiteres Vorgehen und den Inhalt einer entsprechenden Schweigepflichtsentbindung. Erst nach ausführlicher Erläuterung und erfolgter Unterschrift des Kunden werden Daten an entsprechende Stellen weitergeleitet. Es werden immer nur Schweigepflichtentbindungen für die jeweils notwendigen Instanzen eingeholt. Jede weitere Entbindung der Schweigepflicht wird mit dem Kunden ausführlich besprochen.

## **Leitprinzipien auf gesellschaftlicher Ebene**

### **Gemeinwesenorientierung**

Ziel aller Maßnahmen und Interventionen der Pflege- und Wohnberater ist die Einbindung der jeweiligen Nutzer in das soziale Umfeld und den jeweiligen Wohnbezirk. Gerade bei steigender Hilfe- und Pflegebedürftigkeit beeinflussen insbesondere Faktoren wie das Maß an Integration und sozialem Miteinander ganz entscheidend die Lebensqualität. Ziel ist es, dass die jeweiligen Dienstleister im Sinne der Nutzer innerhalb des Gemeinwesens abgestimmt zusammenarbeiten.

### **Adressatenorientierung vs. Angebotsorientierung**

Die Pflege- und Wohnberater nehmen die KundInnen als Subjekte des aktiven Geschehens und nicht als passive Objekte wahr. Die Dienstleistungen sollen dem Nutzer dienen. Die Inanspruchnahme der Dienste sollte sich im Umkehrschluss nicht an den Interessen der Dienstleister orientieren. Gemäß des Subsidiaritätsprinzipes nutzen die Pflege- und Wohnberater zunächst die Ressourcen der KundInnen, die des sozialen Umfeldes und erst dann die ehrenamtlicher und professioneller Helfer.

## **Prävention vor Rehabilitation vor Pflege und ambulante vor teilstationärer vor stationärer Versorgung**

An den oben genannten, gesetzlich verankerten Grundsätzen richtet sich die Arbeit der Pflege- und Wohnberater aus. Für den Gesamtkontext bedeutet dies, dass die oben genannten Prioritäten innerhalb des Kontaktes mit den Kunden sowohl in Bezug auf die Hilfeplanung als auch auf die Bereiche Beratung und Versorgung bezogen umgesetzt werden. Innerhalb aller genannten Bereiche sollen vernetzte Angebote koordiniert, entwickelt und vorgehalten werden.

## **Grundhaltungen gegenüber Kunden**

Im Folgenden sollen Grundhaltungen bzw. Eigenschaften definiert werden, die im Rahmen des Kontaktes mit KundInnen der Pflege- und Wohnberatung eine zentrale Rolle spielen. Die Auflistung beinhaltet die innerhalb gemeinsamer Sitzungen erarbeiteten Prioritäten und erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

### **Offenheit**

„Offenheit“ wird in der Pädagogik häufig im Sinne von Reversibilität verwendet. Damit ist in diesem Zusammenhang gemeint, die Pflege- und Wohnberater sollten ihre KundInnen nicht anders behandeln, als sie selbst von ihnen behandelt werden möchten. Reversibles Verhalten ist ein Verhalten im Sinne der sogenannten „Goldenen Regel“ und betrifft damit nicht nur das pädagogische Verhältnis von Erzieher und zu Erziehendem, sondern kann als Element sozialen Verhaltens allgemein angesehen werden und lässt sich somit auf die Arbeit der Pflege- und Wohnberater übertragen.

### **Respekt** (lat. *respectus* = 'Zurückschauen, Rücksicht, Berücksichtigung' )

„Respekt“ bezeichnet eine Form der *Achtung* und Ehrerbietung gegenüber einer anderen Person. Mit Blick auf die KundInnen der Pflege- und Wohnberatung erfolgt die Respekterweisung aus Achtung, Höflichkeit und Toleranz der anderen Person gegenüber.

### **Toleranz** (auch: **Duldsamkeit**; lat. *tolerare* = ertragen, durchstehen, aushalten oder erdulden)

„Toleranz“ beschreibt die Fähigkeit viele Formen des *Andersseins* oder *Andershandelns* zu dulden und somit nicht zu bekämpfen. Innerhalb der Pflege- und Wohnberatung sollen daraus abgeleitet, die Wünsche und Lebensumstände der jeweiligen KundInnen respektiert (s. „Respekt“) und geachtet werden, auch wenn diese nicht den persönlichen Vorstellungen der ortsansässigen Berater bzw. der Helfenden entsprechen.

### **Empathie**

Als „Empathie“ bezeichnet man die Fähigkeit eines Menschen, sich kognitiv in einen anderen Menschen hineinzusetzen, seine Gefühle zu teilen und sich damit über sein Verstehen und Handeln klar zu werden.

**Authentizität** (lat. = Echtheit, Zuverlässigkeit, Glaubwürdigkeit)

Auf Personen angewendet bedeutet Authentizität, dass das Handeln eines Menschen nicht durch externe Einflüsse bestimmt wird, sondern aus dem jeweiligen Menschen selbst stammt. So unterwandern Gruppenszwang und Manipulation beispielsweise Authentizität. Eine als *authentisch* bezeichnete Person *wirkt echt*, das heißt, sie vermittelt ein Bild von sich, das beim Betrachter als real und ungekünstelt wahrgenommen wird. Ziel ist es, dass die Mitarbeiter der Pflege- und Wohnberatung unter Berücksichtigung der anderen beschriebenen Grundhaltungen von den Betroffenen im Allgemeinen als authentisch wahrgenommen werden.

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

**Empowerment (engl.= Ermächtigung)**

Unter dem Begriff **Empowerment** sind Strategien und Maßnahmen zu verstehen, die geeignet sind, das Maß an Selbstbestimmung und Autonomie im Leben der Menschen zu erhöhen und sie in die Lage zu versetzen, ihre Belange (wieder) selbstverantwortlich und selbstbestimmt zu vertreten. Empowerment ist sowohl als Prozess der Selbstbemächtigung als auch als professionelle Unterstützung der Menschen, ihre Gestaltungsspielräume und Ressourcen wahrzunehmen und zu nutzen, zu verstehen.

Empowerment bildet in der psycho-sozialen Arbeit einen Ansatz ressourcenorientierter Intervention. Innerhalb des Verständnisses des Modellprojektes ist der Ansatz des Empowerment als Konzept, das sich durch eine Abwendung von einer defizitorientierten hin zu einer stärkenorientierten Wahrnehmung auszeichnet, zu verstehen. Der Arbeit der Pflege- und Wohnberater liegt die Annahme zugrunde, dass die Nutzer des Angebotes keine Bittsteller sondern Partner des Handelns sind, denen die Fähigkeit selbstverantwortlichen Handelns nicht abgesprochen wird. Auf das Case Management bezogen, bedeutet dies, dass der Schwerpunkt der Arbeit in der Förderung der Motivation der Nutzer, bestimmte Angebote in Anspruch zu nehmen liegt. Priorität hat immer die Unterstützung der jeweiligen KundInnen. Erst wenn es notwendig ist, werden die Pflege- und Wohnberater auch anwaltschaftlich tätig.

## 4. Zielgruppen des Projektes

Die Definitionen der Zielgruppen erfolgt zunächst allgemein und dann bezogen auf die Zielgruppen des Case Managements.

### Allgemeine Zielgruppen für den Bereich Auskunft/ Information und Beratung

- Hilfe- und Pflegebedürftige
- Angehörige von Hilfe- und Pflegebedürftigen
- Professionelle Dienstleister aus dem Bereich Altenhilfe
- Ehrenamtliche
- An den Bereichen Pflege und Wohnen interessierte Personen („Prävention“)

### Allgemeine Zielgruppen für den Bereich des Case Managements

- Ältere Hilfe- und Pflegebedürftige Menschen
- Angehörige von Hilfe- und Pflegebedürftigen (wenn der Pflegebedürftige selbst sich nicht mehr äußern kann, bzw. der/ die Angehörigen selbst großen Unterstützungsbedarf haben)

<b><u>Kriterien zur Präzisierung der Zielgruppen für das CM</u></b>		
<b>Gesundheitliche Beeinträchtigungen</b>		
<b>Beispiele</b>	<b>Indikator</b>	<b>CM – relevante Ausprägung</b>
Demenzkrankung	Psychische Beeinträchtigungen	Urteilsvermögen beeinträchtigt, Aggressivität, Verwirrtheit, Umherwandern, Fremd- und Selbstgefährdung
Parkinson Multiple Sklerose Diabetes mellitus	Chronische (irreversible) Beeinträchtigungen	Akute Krise, Komplikationen mit Mobilitätseinschränkungen, kognitive Störungen, mangelnde Selbsthilfekompetenz
Komplexes Medikamentenregime	Begleiterscheinungen	Überforderung in der Einnahme, stark beeinträchtigende Nebenwirkungen
Schlaganfall Sturz	Akuter Handlungsbedarf	Mobilitätseinschränkungen, kognitive Störungen, fehlende Selbsthilfekompetenz, Bedarf an Hilfsmitteln, evtl. Bedarf an weiteren Hilfsdiensten, allg. Bedarf zur Sicherstellung der häuslichen Situation

<b>Versorgungssituation / Soziales Umfeld</b>		
<b>Beispiele</b>	<b>Indikator</b>	<b>CM – relevante Ausprägung</b>
Soziales Hilfenetz gefährdet oder nicht ausreichend, Einschränkung der Möglichkeit der selbständigen Alltagsbewältigung	Gefährdung	Überbelastetes (durch Krankheit) oder fehlendes (z.B. durch Tod einer Pflegeperson) soz. Netzwerk, Verwahrlosung der Wohnung, Heimeinzug thematisiert
Entlassung aus dem Krankenhaus in die ursprüngliche häusliche Umgebung	Veränderung der Lebenssituation	Erstmalig pflegebedürftig, i.S. des SGB XI oder Erhöhung der PS, Hilfsmittelbedarf, Wohnraumanpassung, Heimeinzug thematisiert, Ergänzung bisheriger Versorgungsleistungen erforderlich
Krankenhauseinweisung	Mehrfach nacheinander	Monatlich bis zu alle drei Monate aufgrund der selben oder einer ähnlichen Diagnose
Hohe Akteursdichte	Viele Beteiligte: Ärzte, Pflegepersonal, Sozialarbeiter, Angehörige, Betreuer etc.	Hohe Akteursdichte zum aktuellen Zeitpunkt, Probleme bei der Koordination von Dienstleistungen, mangelnde oder konflikträchtige Kommunikation zwischen den einzelnen Akteuren
<b>Personen bezogene Merkmale</b>		
<b>Beispiel</b>	<b>Indikator</b>	<b>CM – relevante Ausprägung</b>
Verwitweter älterer Mensch	Allein lebend	In Krisensituation gefährdet, erkennbarer Bedarf an Hilfe- und Unterstützungsleistungen rund um die Thematiken „Pflege und Wohnen“
Älterer Einwanderer	Migrationshintergrund	Kommunikationsschwierigkeiten, Kulturelle Diskrepanzen
Einkommen, Vermögensverhältnisse, Leistungsbezüge	Finanzielle Einschränkungen	Für erkennbare Bedarfe nicht ausreichend, nicht vorhanden, Schulden
Mangelnde Ressourcen (Senioren)	Persönliche Defizite	Schwierigkeiten oder Hemmschwellen beim Zugang zu geeigneten Versorgungs- und Dienstleistungsangeboten



<b>Unspezifische Kriterien</b>
• <b>Wunsch des Ratsuchenden<sup>1</sup> die Situation zu stabilisieren bzw. zu verändern</b>
• <b>Motivation zur gemeinsamen Umsetzung des zusammen erarbeiteten Hilfeplans</b>
• <b>Autorisierung des Case Managers durch den Ratsuchenden</b>

Ausschlaggebend für die Entscheidung, ob der Kunde zur Zielgruppe, der für das Case Management infrage kommenden Personen gehört, sind die Fragen nach der Komplexität der Problemlage und der Akteursdichte. Die komplexe Problemlage kann dabei einen oder mehrere der oben genannten Bereiche betreffen.

Aus den dargestellten Zielgruppenkriterien soll ein Screening Instrument entwickelt werden.

### **Ziele für die kundenbezogenen Arbeitsschritte**

Aus den in Punkt 2 genannten Grundhaltungen und Leitprinzipien lassen sich folgende Ziele für die kundenbezogenen Arbeitsschritte (Information, Beratung, Case Management, s. Punkt 6) innerhalb des Projektes ableiten:

- Präventive Aufklärung in Bezug auf altersspezifische Risiken
- Verhinderung oder Verzögerung von Pflegebedürftigkeit
- Verhinderung oder Reduzierung medizinisch unnötiger Krankenhauseinweisungen
- Verkürzung der Liegezeit im Krankenhaus
- Verhinderung eines nicht gewünschten Umzugs in ein Pflegeheim
- Reversibilität von Einweisungen in ein Pflegeheim

### **Handlungsleitende Rahmenziele**

Darüber hinaus sind folgende Rahmenziele für die Mitarbeiter des Projektes handlungsleitend:

- Gewährleistung der Kontinuität innerhalb der Versorgung älterer Menschen und ihrer Angehörigen durch gezielte Vernetzung ambulanter, teilstationärer und stationärer Arbeitsfelder
- Förderung von Kooperationen zwischen Berufsgruppen und an der Versorgung hilfe- und pflegebedürftiger Menschen beteiligter „Laien“
- Konsequente Unterstützung adressatenorientierter Koordinierung der von professionellen Helfern und Laien durchgeführten Versorgungsleistungen

<sup>1</sup> Ratsuchender kann der Hilfe- und Pflegebedürftige selbst sein, aber auch ein Angehöriger etc., wenn der Hilfe- oder Pflegebedürftige sich beispielsweise nicht mehr selbst äußern kann. Für die Berater relevant sind letzt endlich immer die Wünsche und Bedürfnisse des Pflege- und Hilfebedürftigen.

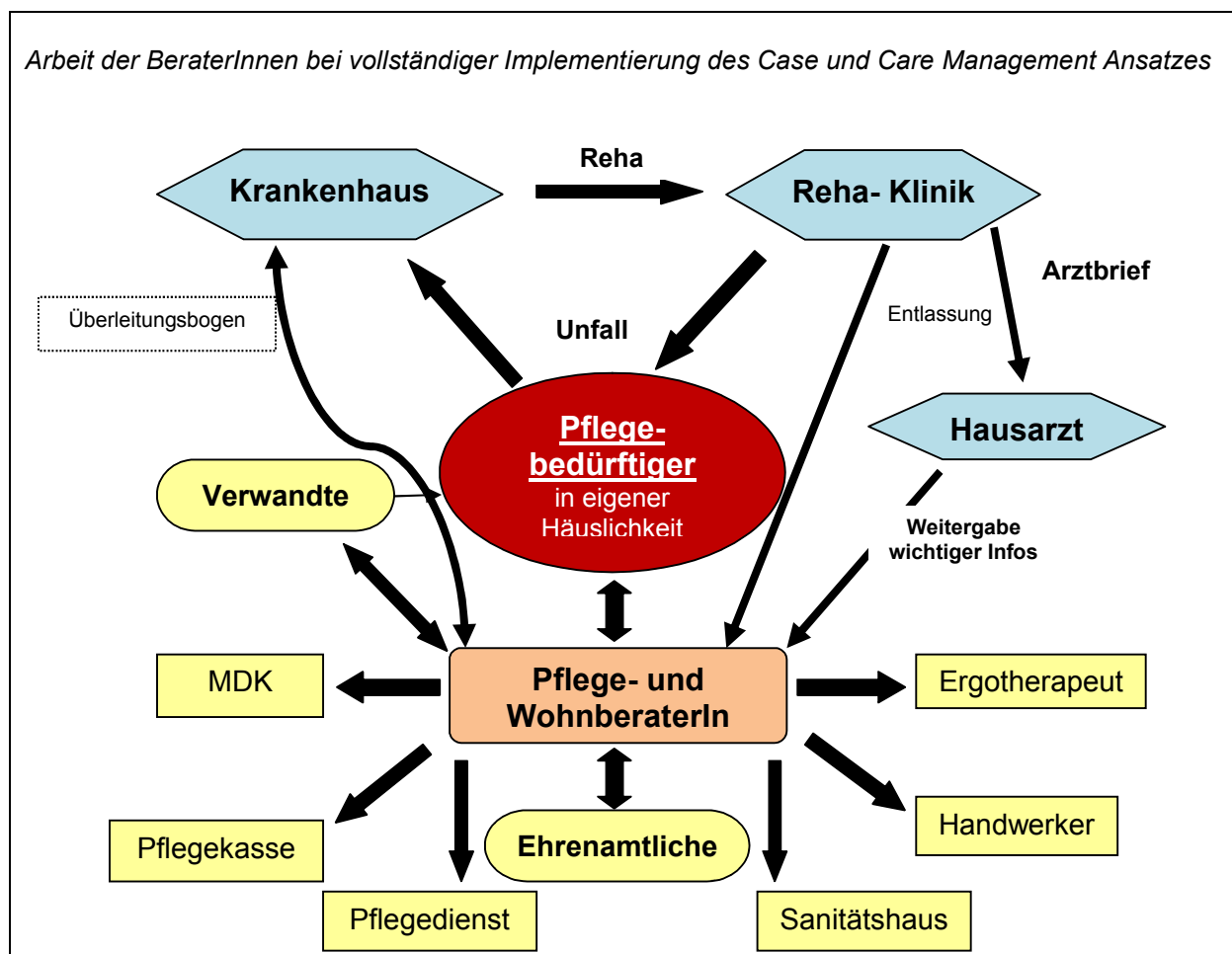
## 5. Case und Care Management Verständnis

Im Rahmen der zwei Einführungswochen zu Beginn des Projektes wurden sowohl Fachtexte zur Thematik sowie Definitionen näher erörtert. Am Ende der Diskussionen wurde eine gemeinsame Definition erarbeitet, die das Case Management Verständnis innerhalb des Projektes herausstellen soll:

*„Case Management ist ein kooperativer Prozess, der hilft, Menschen in komplexen Problemlagen zu begleiten. Ziel ist es, durch die effektive Steuerung und Koordination von Unterstützungsleistungen eine kundenorientierte Versorgung zu erreichen.“*

Im weiteren Verlauf des Projektes wird die Erarbeitung eines Leitbildes angestrebt. Dies soll als Grundlage für ein internes Qualitätsmanagement sowie die Außendarstellung gegenüber Klienten und potentiellen Kooperationspartnern dienen.

In Bezug auf das Care Management Verständnis innerhalb des Projektes bietet sich daher zunächst eine schematische grafische Darstellung anhand eines fiktiven Fallbeispiels an:



## 6. Kundenbezogene Arbeitsschritte

Im Kontakt mit den Kunden führen die Mitarbeiter der Pflege- und Wohnberatung eine Reihe von Tätigkeiten aus, die in Inhalt, Umfang und Zielsetzung divergieren. Zu unterscheiden und voneinander abzugrenzen sind hier insbesondere die Information, die Beratung und das Case Management. Welches Instrument im Einzelfall anzuwenden ist, steht in Abhängigkeit zur individuellen Situation und zu den jeweiligen Ressourcen des Kunden.

### Information

Nicht alle Nutzer der Pflege- und Wohnberatung benötigen eine umfangreiche Beratung oder Unterstützung im Sinne des Case Managements. Die Weitergabe von Informationen oder eine Aufklärung kann in manchen Fällen ausreichend sein.

Eine solche Information erfolgt meist am Telefon, kann aber auch persönlich, schriftlich, postalisch oder per E-Mail stattfinden. Es wird dem Kunden, ohne nach dem jeweiligen Hintergrund der Problemlage zu fragen, eine Auskunft gegeben, die ihn in die Lage versetzt sein Anliegen anschließend selbstständig weiter zu verfolgen.

Die Information kann je nach Bedarf auch das Zusammenstellen und Versenden von Prospektmaterialien oder Adresslisten etc. beinhalten. Zu zentralen Themen der Pflege- und Wohnberatung, z.B. Leistungen der Pflegeversicherung, Wohnungsanpassung etc., werden durch die Mitarbeiter der Pflege- und Wohnberatung Informationsblätter erstellt und regelmäßig aktualisiert. Sie stellen kurze Zusammenfassungen wesentlicher Informationen zu den jeweiligen Themen dar, so dass sich der Kunde mit ihrer Hilfe einen Überblick verschaffen kann.

Erfasst wird die Weitergabe von Informationen mit Hilfe des sog. Dokumentationsbogens. Er wird anonym erstellt und beinhaltet Kategorien zur Erfassung der zentralen Aspekte der Informationsweitergabe, beispielsweise Datum, Geschlecht, Alter, Wohnort des Kunden, sowie Hauptdiagnosen und Thema der Information. Zudem lässt er Raum, um jeweils individuell die Inhalte des Gesprächs und die Form der Bearbeitung kurz zu dokumentieren.

### Einzel(-) Beratung

Über die Weitergabe von Informationen hinausgehend führen die Mitarbeiter der Pflege- und Wohnberatung ausführliche Beratungen durch. Hierbei handelt es sich um Prozesse, in denen Kunde und Berater zunächst gemeinsam die Problemlage des Kunden herausarbeiten, um dann darauf aufbauend Zielsetzungen zu definieren und zu deren Erreichung notwendige Maßnahmen zu planen.

Auf der Basis einer solchen Beratung kann der Kunde anschließende Schritte entweder selbstständig durchführen, oder es erfolgt eine stellvertretende Ausführung (s.u.) durch den Berater, sofern der Kunde dazu nicht in der Lage ist und auch in seinem sozialen Umfeld keine dafür geeignete Person zur Verfügung steht.

Die Zielsetzung von Beratung liegt in der Identifizierung der genauen Problemlage und der Befähigung des Kunden diese selbstständig in seinem Sinne zu verändern, bzw. sofern dieser oder sein Umfeld selbst dazu nicht in der Lage sind, stellvertretend für ihn eine Verbesserung der Situation herbeizuführen.

Die Beratung verfolgt einen ressourcenorientierten Ansatz. Im Sinne von Empowerment soll der Kunde möglichst dazu befähigt werden die geplanten Maßnahmen selbst in die Wege zu leiten bzw. durchzuführen. Methodisch finden hierbei insbesondere die klientenzentrierte Beratung im Sinne von Carl R. Rogers sowie die lösungsorientierte Beratung nach Bamberger Anwendung. Sofern im Einzelfall jedoch der Einsatz von Methoden anderer Konzepte sinnvoll erscheint, wird auch darauf zurückgegriffen.

Grundsätzlich steht bei der Beratung der Mensch im Mittelpunkt der Betrachtung und nicht seine jeweilige Problemsituation. Wertschätzung, Empathie und Authentizität stellen wesentliche Grundhaltungen für die Beratungstätigkeit dar, mit Hilfe derer der Kunde in seiner Entfaltung und Selbstverwirklichung unterstützt werden soll.

Psychosoziale Begleitung und Krisenintervention können Bestandteile eines solchen Beratungsprozesses sein. Dabei erhält der Kunde ggf. psychische und soziale Hilfestellungen bzw. es wird ihm geholfen die akute Krisensituation möglichst dauerhaft aufzulösen. Wird deutlich, dass darüber hinausgehend dauerhafte psycho-soziale Begleitung notwendig ist, wird dem Kunden bei der Suche nach einem entsprechenden darauf spezialisierten Angebot geholfen.

Dokumentiert werden Beratungen mit Hilfe des auch bei der Weitergabe von Informationen genutzten Dokumentationsbogens, der um ein Stammdatenblatt sowie ein Formblatt zur Erfassung des Verlaufs des Beratungsprozesses erweitert werden kann.

Das Stammdatenblatt dokumentiert objektive, für die Beratung relevante Aspekte, wie z.B. Adresse des Kunden und seiner Angehörigen oder weiterer in den Prozess involvierter Personen bzw. Einrichtungen, Alter des Kunden, ob eine gesetzliche Betreuung vorliegt etc.

Mit Hilfe des Verlaufsblattes kann der Berater die Daten und Inhalte der Kontakte mit dem Kunden und anderen Beteiligten aufzeigen und die Form der Weiterbearbeitung festlegen.

Sollte die Beratung mehrere Aspekte umfassen, kann es sinnvoll sein einen Hilfeplan zu erstellen. Hierbei werden Nah- und Fernziele definiert, die dazu nötigen Maßnahmen geplant und geregelt, wer dafür verantwortlich ist sowie der zeitliche Rahmen und der zuständige Kostenträger definiert. Diese Planung kann von allen Beteiligten, d.h. insbesondere natürlich von Kunde und Berater unterzeichnet werden. Somit wird der Planung von Maßnahmen und der Verteilung der jeweiligen Zuständigkeiten mehr Verbindlichkeit gegeben.

### **Folgeberatung**

Häufig reichen einzelne Beratungsgespräche nicht aus, um alle Fragestellungen des Kunden zu bearbeiten. In diesen Fällen sind eine oder mehrere zusätzliche Sitzungen erforderlich, um den Anforderungen des Kunden gerecht werden zu können. Derartige Folgeberatungen unterscheiden sich in ihrer Form, ihrem Ablauf und den zugrunde liegenden Prinzipien nicht von den oben beschriebenen (Einzel-) Beratungen. Wichtig ist es hier, dass der/die BeraterIn den gesamten Beratungsprozess, also auch über mehrere Sitzungen hinweg im Blick behält und im Vorhinein plant, welche Inhalte zu welchem Zeitpunkt des Prozesses bearbeitet werden sollten.

Auch die Folgeberatung muss, wie oben beschrieben dokumentiert werden. Gerade in Zusammenhang solcher länger währenden Prozesse ist die Verlaufsdokumentation

und die Planung, ggf. in Form eines gemeinsam mit dem Kunden erarbeiteten Hilfeplanes, von besonderer Relevanz.

### **Beratung mit stellvertretender Ausführung**

Sowohl bei Einzelberatungen, als auch bei Prozessen mit mehreren Beratungssitzungen, ist es möglich, dass auch nach einer ausführlichen Beratung der Kunde nicht in der Lage ist, daran anschließende Schritte selbstständig durchzuführen. In diesen Fällen ist es Aufgabe des Beraters, Tätigkeiten stellvertretend für den Kunden auszuführen oder einen Stellvertreter für ihn zu organisieren. Dies kann z.B. in Form von Ausfüllen von Anträgen oder der Kontaktaufnahme zu anderen Dienstleistungsanbietern geschehen oder durch Anregung einer gesetzlichen Betreuung, sofern dies im Einzelfall sinnvoll und mit dem Kunden abgesprochen ist.

Ein von den Mitarbeitern der Pflege- und Wohnberatung erarbeiteter Beratungsleitfaden gibt einen detaillierten Rahmen für derartige Beratungsprozesse. Der Leitfaden kann allerdings kein standardisiertes Verfahren darstellen, sondern wird vielmehr dem Einzelfall entsprechend ausgestaltet.

### **Case Management**

Case Management findet in solchen Fällen Anwendung, in denen die jeweilige Problemlage so komplex ist, dass eine oder mehrere Beratungen allein nicht ausreichen, um dem Kunden und seiner spezifischen Situation gerecht zu werden. Beratungsprozesse, wie sie oben beschrieben wurden, können Teil eines Case Managements sein. Darüber hinaus geht es beim Case Management jedoch auch um die Regelung, Koordination und Organisation der erforderlichen Hilfe- und Dienstleistungen.

#### **Zielsetzung**

Ziel ist es mit Hilfe der Methodik des Case Managements, eine trägerübergreifende, kundenorientierte Versorgung zu erreichen sowie Markttransparenz für Kunden und Dienstleister zu erlangen. Dabei sollen nicht nur professionelle Kräfte eingesetzt werden, sondern auch Verknüpfungen des sozialen Netzes des jeweiligen Kunden mit dem Dienstleistungsnetz hergestellt werden.

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

Zudem sollen im Rahmen des Projektes auch Möglichkeiten der Nutzung von bürgerschaftlichem Engagement ausgelotet werden (s. „Ehrenamtlicher Helferkreis“).

#### **Zugangswege**

Die Wege auf denen Klienten Zugang zum Case Management erhalten, müssen im Laufe des Modellprojekts jeweils standortbezogen ausgearbeitet werden, da sie u.a. in Abhängigkeit zu den spezifischen Strukturen vor Ort stehen. Grundsätzlich weisen jedoch alle drei Standorte folgende strukturelle Merkmale auf, die für den Zugang zum Case Management relevant sein können:

- zentrumsnahe Beratungsstelle in räumlicher Anlehnung an eine Sozialberatungsstelle des SoVD (Sozialverband Deutschland)
- barrierefreier Zugang zu allen Beratungsstellen
- Einrichtung von regelmäßigen Sprechzeiten in den Beratungsstellen
- bei Bedarf Durchführung von Hausbesuchen

Kunden finden ihren Zugang zum Case Management indem sie entweder selbst zur Pflege- und Wohnberatung Kontakt aufnehmen, oder aber durch Dritte, z.B. Dienstleistungserbringer, weitergeleitet werden. Hierzu wird eine enge Kooperation mit den örtlichen Dienstleistern notwendig (vgl.: Abschnitt „Systembezogene Arbeitsschritte“). Durch die Nähe zu den Sozialberatungsstellen (am Standort Hannover zusätzlich noch durch die Nähe zur Beratungsstelle der „Unabhängigen Patientenberatung Deutschland“) können Synergieeffekte entstehen, die genutzt und ausgebaut werden sollen.

### **Erstkontakt und Identifikation der Kunden**

Im Rahmen des ersten Kontakts mit dem Kunden sollte geprüft werden, ob bereits ersichtlich ist, inwiefern ein Case Management in der jeweiligen Situation sinnvoll ist. Für das Case Management kommen Fälle in Frage, die folgende zwei Kriterien erfüllen:

1. Komplexität der Problemlage
2. Hohe Akteursdichte

Zu 1.: Eine komplexe Problemlage liegt vor, wenn in mehr als einem der oben genannten Bereiche Koordinationstätigkeit oder Hilfestellung seitens des Case Managers erforderlich ist. Die Tätigkeit des Case Managers muss dabei – wie bereits im Vorfeld beschrieben - über die normale Beratungstätigkeit hinausgehen.

Zu 2.:

Eine hohe Akteursdichte ist dann gegeben, wenn mindestens zwei Akteure für das Versorgungsgeschehen notwendig sind und diese koordiniert werden müssen. Beziehungswiese dann, wenn bereits mehrere Dienste beteiligt sind, die Kommunikation aber beeinträchtigt oder gestört ist und es einer Koordination im Sinne des Hilfebedürftigen bedarf.

Kunden die kein Case Management benötigen werden mit Hilfe der oben beschriebenen Information bzw. Beratung in ihrem Anliegen unterstützt.

Wird bei einem telefonischen Erstkontakt deutlich, dass ein Case Management nötig ist, so sollte sich das Gespräch auf wesentliche Informationen bezüglich der Problemsituation und der Kontaktdaten des Kunden beschränken und ein Termin für ein ausführliches Assessment vereinbart werden, so dass sich der Case Manager von Anfang an ein detailliertes Bild vom Kunden und seiner spezifischen Situation machen kann. Ein Hausbesuch kann je nach Problemsituation an dieser Stelle notwendig sein.

Auch bei einem persönlichen Erstkontakt kann es sinnvoll sein zunächst nur zentrale Aspekte der Situation aufzunehmen und einen weiteren Termin zu vereinbaren, bei dem ein Assessment erstellt und der Case Management - Prozess gemeinsam geplant werden kann.

Die Informationsweitergabe im Rahmen des Erstkontakts sollte also nur insoweit erfolgen, als sie zu diesem Zeitpunkt auch tatsächlich relevant ist. Eine ausführliche Sammlung von kundenbezogenen Informationen kann dann im weiteren Verlauf des Case Managements erfolgen.

## Assessment

Im Rahmen des Assessments werden zunächst einmal die Stammdaten des Kunden aufgenommen, wofür die gleiche Vorlage wie bei den Beratungen genutzt wird. Da Case Management - Prozesse in der Regel komplex und langwierig verlaufen, kann es hier sinnvoll sein auch Daten zu erheben, die aktuell nicht relevant erscheinen, für den gesamten Prozess aber noch nützlich sein könnten.

In einem weiteren Schritt werden im Rahmen des Assessments detaillierte Daten zu folgenden Bereichen erhoben:

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

An dieser Stelle sind eventuell nur Teile des vorgegebenen Assessments für eine Einschätzung nötig. Handelt es sich beispielsweise um ein Case Management in dem es insbesondere um eine Wohnungsanpassung geht, die Pflegesituation des Kunden aktuell aber gesichert ist, so kann eventuell von einer detaillierten Datensammlung zum Themenbereich Pflege abgesehen und stattdessen nur wesentliche Aspekte diesbezüglich aufgenommen werden. Oder aber es besteht die Möglichkeit eher nebensächliche Bereiche des Assessments im weiteren Verlauf des Case Managements zu erarbeiten. Ein solches Vorgehen hat den Vorteil, dass dem Kunden die potentielle Belastung eines langwierigen Assessments erspart bleibt und stattdessen auf mehrere Gespräche aufgeteilt wird. Das nötige Ausmaß des Assessments unterliegt somit der Einschätzung durch den Case Manager im Einzelfall.

Im Rahmen des Assessments erfolgt auch eine Einschätzung der Ressourcen, der Kompetenzen und der Probleme des Hilfebedürftigen durch ihn selbst, seine Pflegeperson bzw. Angehörigen und durch den Case Manager. Die Beteiligung weiterer Personen neben dem Case Manager an der Einschätzung des Falls verringert das Risiko, dass wesentliche Aspekte unbeachtet bleiben und verleiht der Beurteilung einen höheren Grad an Objektivität.

Unter Ressourcen können all die Aspekte betrachtet werden, auf die im Verlauf des Case Managements eventuell zurückgegriffen werden könnte, um die Situation zu verbessern. Hierzu können soziale Aspekte, wie z.B. ein großer, hilfsbereiter Bekanntenkreis des Kunden gehören, persönliche, wie z.B. eine starke Motivation zur Veränderung der aktuellen Lage oder auch sachliche Gesichtspunkte, wie z.B. eine gute finanzielle Situation, oder eine geräumige Wohnung, in der Umbaumaßnahmen problemlos durchgeführt werden können.

Zu den Kompetenzen eines Kunden könnten u.a. besondere Fähigkeiten gehören, die für den Prozess nützlich sind, wie z.B. besondere Kontaktfreudigkeit, eine Vorstellung dessen, was man will und was nicht etc.

Schließlich werden auch Probleme betrachtet, d.h. zum einen natürlich die Auslöser der Situation, beispielsweise eine schwere Erkrankung, die den Einsatz eines Case Managements überhaupt erst notwendig macht. Zudem können auch hier, ähnlich wie bei den Ressourcen, soziale, persönliche und auch sachliche Aspekte angeführt werden, die Einfluss auf den Verlauf der durchzuführenden Maßnahmen nehmen könnten.

## **Planung**

Mit Hilfe des Assessments wird also die individuelle Situation des Kunden genau eingeschätzt. Im Anschluss daran sollten Case Manager und Kunde gemeinsam überlegen, was ihm Rahmen des Case Management – Prozesses erreicht werden soll. Legt man gemeinsam Ziele fest, sollte u.a. auch erörtert werden, inwiefern diese realistisch sind und ob es sich dabei eher um Fernziele handelt oder um solche, die kurzfristig, nach Durchführung vereinzelter Maßnahmen erlangt werden können.

Der oben bereits genannte Hilfeplan sollte im Rahmen eines jeden Case Managements erstellt werden, denn er dient als ein Instrument, das dauerhaft zielgerichtetes Handeln möglich macht.

Mit Hilfe eines solchen Hilfeplans werden Rahmenzielsetzungen definiert, die verdeutlichen, worauf der gesamte Prozess abzielt, z.B. Sicherung der häuslichen Versorgung eines Schwerstpflegebedürftigen.

Zudem werden Handlungsziele benannt, d.h. Zwischenschritte aufgezeigt, die zur Erreichung der Rahmenziele notwendig sind, z.B. Einsatz eines Pflegedienstes, Maßnahmen zur Wohnumfeldverbesserung usw.

Sowohl den Rahmen- als auch den Handlungszielen können, sofern dies bereits bei Erstellung einschätzbar ist, Fristen zur Durchführung gesetzt werden. So kann gemeinsam mit dem Kunden überlegt werden, welchen Zielen zeitlich besondere Dringlichkeit zukommt und welche eventuell erst zu einem späteren Zeitpunkt des Prozesses bearbeitet werden könnten.

Den so fixierten Zielen werden Maßnahmen zugeordnet, die zu ihrer Erreichung notwendig sind, wobei auch festgelegt werden sollte, wer für welche Maßnahmen zuständig ist. Auch hier sollte der oben bereits erwähnte Ansatz des Empowerments Anwendung finden, d.h. der Kunde sollte die Maßnahmen wenn möglich selbst durchführen oder aber auf Dauer dazu befähigt werden.

Ist der Kunde selbst nicht zur Durchführung der nötigen Maßnahmen in der Lage, sollte geprüft werden, inwiefern auf Personen aus seinem Umfeld zurückgegriffen werden kann. Erst wenn auch hier keine Ressourcen bestehen, tritt der Case Manager handelnd ein.

Je nach Kontext kann es nützlich sein im Rahmen des Hilfeplans zu prüfen, wer für die jeweilige Maßnahme der zuständige Kostenträger ist. Insbesondere in Fällen, in denen eine Zusammenarbeit mehrerer Kostenträger notwendig wird, ist deren strukturierte Planung sinnvoll. Diese im Rahmen des Hilfeplans niederzulegen, kann helfen, den Überblick über den Gesamtprozess zu behalten.

Ähnlich wie im Kontext von Beratungen sollte auch beim Case Management der Hilfeplan gemeinsam mit dem Kunden gestaltet werden. Um ihm eine stärkere Verbindlichkeit zu verleihen, kann es sinnvoll sein, dass alle Beteiligten diese Planung im Sinne eines Kontraktes unterzeichnen. Sollte es später zu Änderungen des Plans kommen, z.B. im Rahmen eines Reassessments (s.u.), ist es sinnvoll diese als Modifikationen mit Hilfe des Datums zu kennzeichnen, da so auch ein Teil des Verlaufs des Prozesses dokumentiert werden kann.

Ansonsten erfolgt auch hier die Dokumentation mit Hilfe des Verlaufsboogens, mit dem Datum, Inhalt und Form der Weiterbearbeitung aller Kontakt festgehalten werden.

## **Durchführung**

Nach Planung der notwendigen Maßnahmen, erfolgt deren praktische Umsetzung. Die jeweiligen Zuständigkeiten sollten bereits durch den Hilfeplan geklärt sein. Wichtig ist hier, dass die Rolle des Case Managers definiert wird. Er selbst ist kein direkter



Akteur des Geschehens, sondern agiert vielmehr als Koordinator. Darum sollte er von Anfang an allen Beteiligten als Ansprechpartner aufgezeigt werden. Hierbei muss beachtet werden, dass keine Konkurrenzsituation zwischen ihm und den anderen Akteuren, z.B. Pflegediensten, entsteht, sondern vielmehr deutlich wird, dass sein Handeln allen als Entlastung dienen kann.

Zudem sollte vorher geprüft werden, ob Schweigepflichtentbindungen gegenüber Ärzten oder anderen beteiligten Einrichtungen notwendig werden könnten und ihm eventuell eine schriftliche Bestätigung seiner Handlungsvollmacht im Rahmen des Prozesses gegeben werden. Letzteres könnte z.B. durch einen Hilfeplan in Form eines Kontrakts erfolgen.

An dieser Stelle wird die Relevanz von Kooperation und Vernetzung mit Dienstleistungsanbietern vor Ort deutlich (vgl. „systembezogene Arbeitsschritte“). Ist der Case Manager regional bekannt und hat bereits eine gute Reputation, erleichtert dies die Zusammenarbeit mit allen beteiligten Einrichtungen.

Unterstützt werden kann die Zusammenarbeit im Einzelfall methodisch z.B. durch die regelmäßige Information aller Beteiligten über die Zielsetzungen und den aktuellen Stand des Prozesses, oder auch bei Bedarf durch Helferkonferenzen, bei denen alle Akteure gemeinsam die Situation ausloten, Zielsetzungen prüfen und Maßnahmen planen und koordinieren. Ob die Beteiligung des Kunden selbst an einer solchen Konferenz notwendig und sinnvoll ist, muss im Einzelfall geprüft werden.

### **Monitoring**

Wie oben bereits erwähnt, obliegt dem Case Manager insbesondere die Koordination der Maßnahmen und Akteure. Dazu muss er zunächst der Beginn aller notwendigen Maßnahmen und ihre Abstimmung aufeinander begleitet werden. Im Rahmen des weiteren Verlaufs, erfolgt dann das so genannte Monitoring. Dieses beinhaltet, dass der Case Manager regelmäßig mit allen Beteiligten in Kontakt steht und prüft, ob und in welcher Form die geplanten Maßnahmen umgesetzt werden. Dies betrifft nicht nur die Seite der beteiligten Dienstleister, sondern auch die des Kunden, der beteiligten Personen aus seinem Umfeld und natürlich muss der Case Manager auch sein eigenes Handeln reflektieren und prüfen, ob eventuell zusätzliche Schritte seinerseits notwendig sind, oder ob er sich stärker aus dem Geschehen zurückziehen sollte.

In dieser Phase des Case Managements wird deutlich, inwiefern es im Vorhinein gelungen ist, die Rolle und Funktion des Case Managers deutlich zu machen. Denn sollte nicht allen Beteiligten klar sein, dass auch die Überwachung des Geschehens Teil seiner Aufgabe ist, wird es an dieser Stelle zu Konflikten kommen. Sollte dies der Fall sein, muss der Case Manager sich bemühen, nachträglich seine Rolle zu klären und gleichzeitig den Gesamtprozess in eine Ziel führende Richtung zu bringen.

Es besteht auch die Möglichkeit, dass nicht die Rolle des Case Managers Bestandteil von Konflikten wird, sondern im Verlauf andere Probleme auftreten, z.B. wenn sich der Kunde nicht an Abmachungen hält, oder es Schwierigkeiten zwischen den beteiligten Dienstleistern gibt. Für derartige Situationen sollte der Case Manager über Kompetenzen im Bereich Konfliktmanagement verfügen und eine Klärung der Komplikationen herbeiführen.

### **Reassessment**

Der gesamte Prozess muss in regelmäßigen Abständen durch den Case Manager reflektiert werden. Es ist insofern nicht zweckmäßig dafür feste Zeitabstände zu nennen, als eine Ausrichtung an den Inhalten des Prozesses sinnvoller ist. Es kann hilfreich sein, bereits in Zusammenhang der Formulierung des Hilfeplans auch Zeitpunk-

te zu definieren, zu denen geprüft werden soll, ob sich die Ausgangssituation in wesentlichen Aspekten geändert hat und/oder eine Überarbeitung des Hilfeplanes notwendig ist. Sollten derartige Änderungen vorliegen, kann es sinnvoll sein das ursprüngliche Assessment in seiner Gesamtheit, oder nur in relevanten Teilbereichen, zu überarbeiten und anzupassen. Zudem sollte geprüft werden, ob auch der Hilfeplan verändert oder ganz neu gestaltet werden muss. Alle Rahmen- und Handlungsziele sollten einzeln auf ihre weitere Gültigkeit, ihre Zeitplanung und die Verteilung der Zuständigkeiten hin überprüft werden. Weiter sollte überlegt werden, ob eventuelle zusätzliche Maßnahmen nötig werden. Ist z.B. die häusliche Pflege einer Person inzwischen gesichert, so könnte nun der Blick auf die pflegenden Angehörigen gelenkt und überlegt werden, ob hier Möglichkeiten zur Entlastung, beispielsweise in Form von Selbsthilfegruppen, bestehen.

Sofern der alte Plan beibehalten wird, kann es sinnvoll sein dies durch eine erneute Unterzeichnung des Kontrakts festzuhalten. Wenn Änderungen erfolgen, sollten diese markiert und ebenfalls unterzeichnet werden, um damit auch die Verbindlichkeit dieser Neuerungen zu verdeutlichen. Auch Änderungen können nur in Zusammenarbeit mit den Betroffenen erfolgen. Eine Überarbeitung von Zielen ohne deren Beteiligung wäre für den Gesamtprozess kontraproduktiv.

### **Evaluation**

Es gibt verschiedene Möglichkeiten, wann das Ende eines Case Management - Prozesses bevorsteht. Zum Beispiel, wenn im Rahmen von Reassessments deutlich wird, dass alle Teil- und Rahmenziele erreicht wurden und der Kunde und sein Umfeld nun in der Lage sind, mit ihrer Situation selbst umzugehen. Oder es besteht die Möglichkeit zu Beginn im Hilfeplan einen Zeitpunkt zu definieren, an dem das Case Management beendet sein soll. Es könnte auch sein, dass der Kunde den Prozess unabhängig davon, ob Ziele erreicht wurden oder nicht, aus den verschiedensten Gründen abbricht.

Egal was zum Ende des Prozesses führt, es sollte grundsätzlich eine abschließende Evaluation des gesamten Case Managements erfolgen. Hierzu wird zunächst durch den Case Manager geprüft und dokumentiert, inwiefern die gesetzten Ziele erreicht wurden. Konnten Zielsetzungen nicht umgesetzt werden, sollte hierfür nach Gründen gesucht werden. Außerdem sollte reflektiert werden, ob es im Laufe des Prozesses Schwierigkeiten gab und ob diese, z.B. durch gezielte Maßnahmen auf struktureller Ebene, in Zukunft behoben werden können.

Zusätzlich zu der Einschätzung des Case Managers sollte im Rahmen eines gemeinsamen Abschlussgesprächs auch eine Bewertung des Kunden und weiterer wesentlich am Geschehen beteiligter Personen eingeholt werden. Es sollte dokumentiert werden, ob alle mit den Ergebnissen zufrieden sind bzw. welche Wünsche offen geblieben sind. Auch involvierte Dienstleister und Einrichtungen sollten um ihre Einschätzung gebeten werden. Die Ergebnisse werden durch den Case Manager in einem abschließenden Bericht dokumentiert.

### **Beendigung**

Ist die Evaluation erfolgt, kann das Case Management beendet werden. Die Ablösung des Kunden vom Case Manager sollte in der Regel ohne Komplikationen verlaufen, da es sich nicht um eine therapeutische Beziehung handelt und auch psychosoziale Aspekte zwar eine Rolle spielen, jedoch nicht im Zentrum von Case Management-Prozessen im Rahmen von Pflege- und Wohnberatung stehen. Dennoch sollte noch einmal gemeinsam besprochen werden, wie der Kunde und sein Umfeld

in Zukunft mit seiner Situation, z.B. Pflegebedürftigkeit umgehen kann. Dies könnte im Rahmen des bereits erwähnten Abschlussgesprächs erfolgen. Zudem sollte verdeutlicht werden, dass sich der Kunde jederzeit wieder bei der Pflege- und Wohnberatung melden kann, falls erneute Probleme auftreten oder er wieder Unterstützung benötigt. Es kann sinnvoll sein, einen Zeitraum zu vereinbaren, zu dem sich der Case Manager noch einmal beim Kunden meldet, um zu fragen, ob erneuter Handlungsbedarf besteht. Der Zeitpunkt des Abschlusses eines Case Managements wird in der Akte des Kunden vermerkt.

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

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

Die Vorbereitung des Kunden und der Akteure auf die Beendigung des Prozesses erfolgt in jedem Fall (es sei denn, der Kunde lehnt dies ausdrücklich ab). Unter bestimmten Umständen kann es sein, dass ein Case Management-Prozesse beendet wird, ohne dass es zu einer Umsetzung des Hilfeplans gekommen ist, bzw. ohne dass das Versorgungssystem wie gewünscht eigenständig funktioniert. Dies kann beispielsweise der Fall sein, bei

- Wunsch des Hilfebedürftigen nach vorzeitiger Beendigung des CM-Prozesses
- Mangelnder bzw. fehlender Kooperationsbereitschaft des Hilfebedürftigen
- Tod des Hilfebedürftigen
- Übernahme des CM-Prozesses durch eine andere Instanz („Adressatenorientierung“)
- Mangelnder Kooperationsbereitschaft aller anderen Akteure/ Dienstleister (keine Akzeptanz als CM auf Systemebene)
- Mangelnder Möglichkeiten zur Umsetzung von geplanten Maßnahmen aufgrund nicht behebbarer Versorgungslücken

## 7. Systembezogene Arbeitsschritte

### Öffentlichkeitsarbeit

Zur Netzwerkbildung sind Aktivitäten im Bereich der Öffentlichkeitsarbeit geplant, um potentielle Netzwerkpartner auf das Projekt aufmerksam zu machen.

Im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit sind folgende Maßnahmen geplant:

- **Flyer großflächig auslegen an den einzelnen Standorten (Rathaus, Krankenhaus etc.)** – Durchführung und verantwortlich: Berater vor Ort
- **Ständige Aktualisierung und Erweiterung der Internetpräsenz [www.pflegeberatung-nds.de](http://www.pflegeberatung-nds.de)** – Durchführung: EDV-Abteilung des Landesverbandes, Verantwortlich: Koordinierungsstelle in Absprache mit den Beratern
- **Persönliche Vorstellung bei ausgewählten Dienstleistern der jeweiligen Region** – Durchführung und verantwortlich: Berater vor Ort in Absprache mit der Koordinierungsstelle
- **Allgemeine Informationsveranstaltungen zur Projektvorstellung** – Durchführung und verantwortlich: Berater und/ oder Koordinierungsstelle
- **Regelmäßige Presseartikel entweder thematisch oder veranstaltungsbegleitende Berichterstattung innerhalb der örtlichen Tagespresse** – Durchführung Berater vor Ort und/oder Mitarbeiterin der Koordinierungsstelle, Verantwortlich: Berater in Absprache mit der Koordinierungsstelle
- **Regelmäßige Berichterstattung und Artikelserien im Niedersachsen Echo (SoVD interne Mitgliederzeitung)** – Durchführung: Berater in Absprache mit der Koordinierungsstelle, Verantwortlich: Landespressesprecher und Mitarbeiterin der Koordinierungsstelle
- **Radio- und Fernsehberichte, um die konkrete Arbeit der Beraterinnen für die Öffentlichkeit „transparenter“ zu machen** – Durchführung: Berater vor Ort in Absprache mit der Koordinierungsstelle, Verantwortlich: Mitarbeiterin der Koordinierungsstelle

Abspraken in Bezug auf die Öffentlichkeitsarbeit werden grundsätzlich innerhalb des Teams getroffen. Die Mitarbeiterin der Koordinierungsstelle steuert und unterstützt soweit wie möglich zielgerichtete Aktivitäten in Bezug auf die Öffentlichkeitsarbeit. Die Mitarbeiterin der Koordinierungsstelle lässt sich mit Blick auf die geplante Öffentlichkeitsarbeit von dem Landespressesprecher des SoVD beraten.

### Kooperation

Kooperation (lat. Cooperatio: „Zusammenarbeit, Mitwirkung“) meint das Zusammenwirken der Handlungen zweier oder mehrerer Personen oder Systeme. Kooperation ist zumindest für deren Dauer ein Zusammenschluss im Sinne von Systembildung.

Ziel der Kooperation mit anderen Akteuren innerhalb des Modellprojektes ist es, ein zu jeder Zeit kunden- und ressourcenorientiertes Angebot zu schaffen. Ausgangspunkt und Ziel der Aktivitäten der jeweiligen Pflege- und Wohnberater, auch und gerade im Hinblick auf unterschiedliche Kooperationspartner, ist somit immer der vom Kunden ausgehende Bedarf an Unterstützungs- und Hilfeleistungen. Um eine bestmögliche Versorgung zu gewährleisten sind Kooperationsbezüge nicht nur von Vorteil sondern letztlich für einen positiven Projektverlauf essentiell.

Ein wesentliches Ziel der Arbeit innerhalb des Projektes ist in dem Aufbau von wohnortnahen Unterstützungssystemen bzw. Netzwerken zu sehen. Netzwerkbildung innerhalb des Projektes soll mit einem nachhaltigen Aufbau von Kooperationsbeziehungen einhergehen.

### **Potentielle Kooperationspartner**

- Krankenhaussozialdienste
- Niedergelassene Ärzte, insbesondere Hausärzte
- Seniorenbeiräte
- Pflegedienste
- Kranken- und Pflegekassen
- Anbieter komplementärer Dienste
- Seniorenbeauftragte
- Zuständige Akteure auf kommunalpolitischer Ebene

### **Schritte mit Blick auf die Gewinnung möglicher Kooperationspartner**

Mit Start des Projektes soll das Vorhaben und die Zielsetzung an den jeweiligen Standorten jeweils auf kommunalpolitischer Ebene und bei vor Ort aktiven Dienstleistern und Akteuren aus dem Bereich der Altenarbeit vorgestellt werden. Ziel der Vorstellung ist zum einen die Vorstellung des jeweils zuständigen Beraters vor Ort sowie eine möglichst breitgestreute Bekanntmachung des Angebotes und der Zielsetzung. Innerhalb dieser Gespräche, so dass Vorhaben, sollte eine erste Einschätzung bezüglich der Akzeptanz und daraus resultierender Kooperationsbereitschaft vollzogen werden.

### **Haltung der Mitarbeiter des Projektes gegenüber Kooperationspartnern**

- **Transparenz** im Sinne von Aufklärung über das Angebot der Pflege- und Wohnberatung, um vermeintliche Konkurrenzgefühle auszuschalten bzw. diesen keinen Raum zu geben
- **Flexibilität** mit Blick auf die Art der Kooperationsbeziehung, diese kann sich aufgrund unterschiedlicher Kundenbedarfe in vielfältige Richtungen entwickeln.
- **Offenheit** gegenüber Kooperationspartnern. Klare Benennung von Kundenwünschen.
- **Personenunabhängigkeit:** Entwicklung personenunabhängiger Standards, so z.B. Entwicklung eines Überleitungsbogens. Ziel ist es gemeinsame Standards zu entwickeln, die eine gegenseitige Vertretung der Pflege- und Wohnberater jederzeit möglich macht.
- **Rollenklarheit** als Pflege- und Wohnberater bzw. Case Manager: Gegenüber potentiellen Kooperationspartnern soll klar und eindeutig die Position und Aufgabe des Pflege- und Wohnberaters herausgestellt werden. Aufgaben und Zuständigkeitsbereiche können im weiteren Projektverlauf innerhalb eines Case Managements Prozesses beispielsweise mit Hilfe von Kontrakten schriftlich fixiert werden.

Um Kooperationspartner zu gewinnen, müssen gerade zu Beginn entstehende Vorteile im Sinne einer „win-win-Situation“ herausgestellt werden. Das Team der Pflege- und Wohnberatung hat sich diesbezüglich darauf verständigt gegenüber Kooperationspartnern folgende **Vorteile** zu benennen:

- **Weitergabe der Kontaktdaten** des jeweiligen Dienstleisters, bei entsprechendem Bedarf des jeweiligen Kunden
- Schaffung einer **Marktübersicht / -transparenz**, die dem Ausbau eines Netzwerkes dienen kann und so auch dem einzelnen Dienstleister zu einer besseren Übersicht mit Blick auf die Kundengewinnung verhilft
- **Schnittstellenmanagement** durch die Pflege- und Wohnberater, insbesondere bei drohenden „Versorgungsdefiziten“
- **Neutralität** der Pflege- und Wohnberater, da der SoVD keine Pflegeleistungen oder sonstige Angebote im Bereich komplementärer Angebote bereit hält

### **Beispielhafte Darstellung einer möglichen Kooperationsbeziehung**

Beispielhaft benannt werden soll an dieser Stelle eine Kooperationsbeziehung, um das weitere Vorgehen bzw. die Ausrichtung mit Blick auf Kooperationsbeziehungen zu erörtern. Eine wichtige Schnittstelle, so hat sich innerhalb anderer Projekte mit ähnlicher Ausrichtung herausgestellt, ist die Zusammenarbeit mit den zuständigen Mitarbeitern des Krankenhaussozialdienstes. Aufgrund der mit Einführung der DRG's rückläufigen Liegezeiten entsteht für viele Menschen ein Versorgungsdefizit. Zwar ist die eigentliche Behandlung abgeschlossen, doch ist es bei der den oben beschriebenen Zielgruppen nicht selten, dass auch nach dem Krankenhausaufenthalt eine umfangreiche und zeitintensive Versorgung im Sinne einer Nachsorge von Nöten ist. Häufig ist den Mitarbeitern des Sozialdienstes im Krankenhaus aufgrund eines sehr umfassenden Aufgabenbereiches und fehlender Zeitressourcen nur die Möglichkeit gegeben den jeweiligen Patienten in eine weitere stationäre Maßnahme zu entlassen. So ist eine Unterbringung älterer Menschen im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt keine Seltenheit. An dieser Stelle könnte beispielsweise eine Kooperation mit der Pflege- und Wohnberater zum Tragen kommen. Die Mitarbeiter des Krankenhaussozialdienstes könnten im Falle einer unsicheren häuslichen Situation bzw. einem hohen Bedarf an anschließender Hilfe- und Unterstützungsleistungen die Mitarbeiter der Pflege- und Wohnberatungsstelle kontaktieren und den Bedarf an unterstützender Beratungsleistung anmelden.

### **Gewährleistung der Kontinuität der Kooperationsbeziehung**

Um eine Kontinuität innerhalb der Kooperationsbeziehungen zu gewährleisten sind für die Mitarbeiter der Pflege- und Wohnberatung zahlreiche Faktoren essentiell. So ist eine regelmäßige Information von Kooperationspartnern in unterschiedlichster Form vorgesehen. Sowohl ein regelmäßiger Rundbrief (per Email oder Post) mit einer Auflistung aktueller Aktivitäten der Beratungsstelle vor Ort als auch ein regelmäßiger geplanter Austausch beispielsweise im Rahmen von Fallbesprechungen könnten zur Gewährleistung der Kontinuität der Kooperationsbeziehung beitragen. Des Weiteren könnte ein gemeinsam erstellter, immer wieder zu modifizierender Pflegeüberleitungsbogen der gemeinsamen Arbeit im Sinne des Kunden dienlich sein. Kooperationsbeziehungen und deren Kontinuität, so die Sichtweise der Mitarbeiter des Modellprojektes, sind neben dem Aufbau und der regelmäßigen Pflege von

Kommunikationsstrukturen maßgeblich von gegenseitig einzuhaltenden Verbindlichkeiten abhängig.

Aus Sicht der Mitarbeiter der Pflege- und Wohnberatung ist es zusammenfassend wichtig sowohl erschwerende Bedingungen in Bezug auf Kooperationspartner als auch fördernde Bedingungen explizit zu benennen, um einen „transparenteren“ Umgang mit diesen zu ermöglichen. Kooperationsbeziehungen sollen vor diesem Hintergrund bewusst aufgebaut und von Beginn an kritisch reflektiert werden.

### **Mögliche erschwerende Bedingungen:**

- Konkurrenzdenken
- Aufgabenbereiche sind nicht klar definiert
- Gegenseitige Transparenz der Leistungen fehlt
- Kooperationseinsicht nicht vorhanden
- Direkter Nutzen ist nicht erkennbar
- Fehlende fachliche und/ oder persönliche Wertschätzung des Gegenübers
- Gestörte Kommunikation
- Fachsprache ist unterschiedlich und führt zu Nichtverstehen
- Nur die Leitungsebene wird mit einbezogen
- Zeitmangel
- Keine Möglichkeiten der Leistungsabrechnung
- Datenschutz, Schweigepflicht!

### **Mögliche fördernde Bedingungen:**

- Regelmäßige institutionalisierte Treffen (institutionalisiert)
- Persönliches Kennenlernen
- Klare gegenseitige Vorstellung der jeweiligen Arbeitsbereiche
- Persönliche und fachliche Wertschätzung
- Festlegung von Kooperationsstrukturen und Ansprechpartnern
- Zuverlässiger Einbezug von Kooperationspartnern in die alltägliche Arbeit
- Entwicklung von standardisierten Überleitungsbögen oder anderen Instrumenten
- Marktübersicht: Liste mit Dienstleistern der jeweiligen Region
- Gemeinsame Öffentlichkeitsarbeitsaktionen, wie z.B. Infostände oder eine Schulung ehrenamtlicher Helfer

## **Ehrenamtlicher Helferkreis**

Mit Aufnahme der Tätigkeit der Berater vor Ort soll ein ehrenamtlicher Helferkreis aufgebaut werden.

Gewinnung ehrenamtlicher Helfer

In Bezug auf die Gewinnung ehrenamtlicher Helfer soll zunächst auf die diesbezüglich umfangreichen Ressourcen des Sozialverbandes zurückgegriffen werden.

Erst zu einem späteren Zeitpunkt sollen eventuell mit Hilfe gezielter Öffentlichkeitsarbeit und speziellen Schulungen weitere Ehrenamtliche hinzugewonnen und qualifiziert werden.

### **Anforderungen an ehrenamtliche Helfer**

Helfer, die das Projekt Pflege- und Wohnberatung unterstützen möchten, sollten folgende Grundvoraussetzungen bzw. Anforderungen erfüllen:

- Identifikation mit der Zielsetzung des Projektes
- Aufgeschlossenheit gegenüber Hilfe- und Pflegebedürftigen Menschen und deren Angehörigen
- Bereitschaft zur Zusammenarbeit mit den Beratern und der Mitarbeiterin der Koordinierungsstelle
- Flexibilität in Bezug auf das Aufgabenfeld
- Kontinuität und Verlässlichkeit in Bezug auf den Einsatzbereich
- Bereitschaft zur Teilnahme an regelmäßigen Besprechungen

Die Aufzählung ist nicht vollständig und kann je nach Aufgabenbereich der ehrenamtlichen Helfer erweitert werden. Maßgeblich für eine Zusammenarbeit ist die Bereitschaft zur Kooperation mit der jeweils vor Ort tätigen Berater und/ oder ggf. mit der Mitarbeiterin der Koordinierungsstelle.

### **Tätigkeitsbereiche ehrenamtlicher Helfer**

Die Tätigkeitsbereiche der ehrenamtlichen Helfer sollten in erster Linie den Interessen der jeweiligen Freiwilligen entsprechen. In einem zweiten Schritt haben dann die jeweiligen Berater und/oder die Mitarbeiterin der Koordinierungsstelle die Aufgabe, innerhalb eines Gespräches, eine Einschätzung der vorhandenen Ressourcen und die Überlegung der Einbindung in den Gesamtkontext des Projektes vorzunehmen.

Unabhängig davon könnten folgende Tätigkeitsbereiche für das Projekt von Interesse sein:

- Unterstützung beim Aufbau eines ehrenamtlichen Helferkreises
- Unterstützung beim Aufbau niedrigschwelliger Angebote, z.B. Selbsthilfegruppen etc.
- Unterstützung in Bezug auf die Öffentlichkeitsarbeit (Verteilen von Flyern, regelmäßige Pflege und Ausbau von Informationsständen z.B. innerhalb eines örtlichen Krankenhauses, Unterstützung bei geplanten Aktionen wie z.B. einem Tag der offenen Tür etc.)

Die Einsatzbereiche sind beliebig erweiterbar und in erster Linie von den mit den Beraterinnen vor Ort getroffenen Absprachen abhängig.

### **Befugnisse ehrenamtlicher Helfer**

Die Befugnisse ehrenamtlicher Helfer innerhalb des Projektes sind sowohl abhängig vom jeweiligen Einsatzgebiet als auch von den mit den Mitarbeitern der Pflege- und Wohnberatung getroffenen Absprachen. Idealerweise werden im Vorfeld des geplanten ehrenamtlichen Einsatzes konkrete Einsatzbereiche sowie eingeschränkte Befugnisse schriftlich fixiert, von beiden Parteien unterschrieben und somit für alle verbindlich festgehalten. Eventuell kann im weiteren Verlauf des Projektes ein hierfür



entwickeltes Instrument in Form eines standardisierten Formulars erarbeitet und zur Verfügung gestellt werden.

### **Verantwortlichkeiten ehrenamtlicher Helfer**

Auch die Verantwortlichkeiten ehrenamtlicher Helfer sind abhängig vom Einsatzgebiet. Richtungsweisend sind auch hier die Absprachen mit den Mitarbeitern des Projektes. Es empfiehlt sich auch die Verantwortlichkeiten schriftlich zu fixieren und somit für alle verbindlich zu machen.

### **Schulung und Begleitung ehrenamtlicher Helfer**

Die ehrenamtlichen Helfer werden von den jeweiligen Mitarbeitern der Pflege- und Wohnberatung fachlich begleitet. Im weiteren Verlauf des Projektes sind zielgerichtete Schulungsprogramme vorgesehen. So wäre beispielsweise eine mehrtägige Schulung zum Seniorenbegleiter denkbar. Den Ehrenamtlichen soll so die Möglichkeit gegeben werden sich mit spezifischen Themen, wie z.B. „der Umgang mit demenziell Erkrankten“ auseinanderzusetzen. Themenspezifische Schulungsreihen werden innerhalb des Projektes, nach Möglichkeit mit vor Ort ansässigen Kooperationspartnern, erarbeitet. So wäre in diesem Zusammenhang eine Zusammenarbeit mit örtlichen Krankenkassen vorstellbar.

### **Aufwandsentschädigung und Versicherungsschutz**

Mit Einbindung ehrenamtlicher Helfer in das Projektgeschehen werden auch Fragen bezüglich einer Aufwandsentschädigung bei z.B. entstehenden Fahrtkosten und des Versicherungsschutzes bei Ausübung der ehrenamtlichen Tätigkeit zu klären sein. In Bezug auf den Versicherungsschutz wird ein standardisiertes Formular an den ehrenamtlichen Helfer weitergegeben, welches von beiden Parteien (Beraterin und Ehrenamtlicher) gegenzuzeichnen ist. Aufwandsentschädigungen sind zunächst innerhalb des Finanzplans nicht vorgesehen. Sollte eine Aufwandsentschädigung zwingend erforderlich sein, wenn die Fahrtkosten beispielsweise seitens der Ehrenamtlichen nicht übernommen werden können, so ist eine Ausnahmeregelung erforderlich, die dann dem Einzelfall mit der Mitarbeiterin der Koordinierungsstelle abzusprechen ist.

Hannover, im Februar 2008

## Literatur

Ewers, Michael; Schaeffer, Doris (Hrsg.) (2005): Case Management in Theorie und Praxis, 2. Auflage – Bern: Huber

Löcherbach, Peter; Klug, Wolfgang; Remmel-Faßbender, Ruth; Wendt, Wolf Rainer (Hrsg.) (2005): Case Management – Fall- und Systemsteuerung in der Sozialen Arbeit, 3. Auflage – München: Reinhardt

Neuffer, Manfred (2005): Case Management – Soziale Arbeit mit Einzelnen und Familien, 2. Auflage – Weinheim, München: Juventa

Raiff, Norma R.; Shore, Barbara K. (1997): Fortschritte im Case Management – Freiburg im Breisgau: Lambertus

van Riet, Nora; Wouters, Harry (2002): Case Management – Ein Lehr- und Arbeitsbuch über die Organisation und Koordination von Leistungen im Sozial- und Gesundheitswesen – Luzern: Verlag für Soziales und Kulturelles

Wendt, Wolf Rainer (Hrsg.) (1995): Unterstützung fallweise – Case Management in der Sozialarbeit, 2. Auflage – Freiburg im Breisgau: Lambertus

Wendt, Wolf Rainer (Hrsg.) (2001): Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen – Eine Einführung, 3. Auflage – Freiburg im Breisgau: Lambertus