

Perspektiven pflegerischer Versorgung

Anhang zum Studienbrief Case-Management-Ansätze:

Werkzeugkoffer für das CM

Prof. Dr. Peter Löcherbach

Inhaltsverzeichnis

Perspektiven pflegerischer Versorgung	1
Einführung	6
1 Werkzeuge Intake	9
1.1 ☒ Checkliste Intake	9
1.2  Instrumente Intake	9
2 Werkzeuge Assessment	12
2.1 ☒ Checkliste Assessment	12
2.2  Instrumente Assessment	13
2.3 INSTR_A: Ressourcencheck.....	23
2.4 INSTR_A: Netzwerkkarte 1	24
2.5 INSTR_A: Netzwerkkarte 2	25
3 Werkzeuge Serviceplanung.....	26
3.1 ☒ Checkliste Zielvereinbarung, Hilfe- und Veränderungsplanung	26
3.2  Instrumente Hilfe- und Veränderungsplanung	26
3.3 INSTR_SP: Serviceplan CM – Muster.....	27
3.4 INSTR_SP: Serviceplan CM – Beispiel	29
4 Werkzeuge Linking.....	30
4.1 ☒ Checkliste Durchführung	30
4.2  Instrumente Durchführung	30
5 Werkzeuge Monitoring	31
5.1 ☒ Checkliste Monitoring und Re-Assessment.....	31
5.2  Instrumente Monitoring, Re-Assessment, Fortschreibung der Hilfe- und Veränderungsplanung	31
6 Werkzeuge Evaluation	33
6.1 ☒ Checkliste Abschließende Fallevaulation und Beendigung.....	33
6.2  Instrumente Ergebnisbewertung.....	33
7 Werkzeuge Netzwerk.....	39
7.1 ☒ Checkliste Netzwerk.....	39
7.2  Instrumente Netzwerk.....	39

8	Übungen	43
8.1	Übung_I/A: Fallanalyse Intake/Assessment.....	43
8.2	Übung_SP: Serviceplan	45
8.3	Übung_M: Monitoring	45
8.4	Übung_E: Evaluation.....	45
8.5	Übung_NW: Netzwerkaufbau	45
9	Lösungen für die Übungen.....	47
9.1	Lösung Übung_I/A.....	47
9.2	Lösung Übung_SP	59
9.3	Lösung Übung_M	65

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Ablaufdiagramm Case Management im Krankenhaus	11
Abbildung 2: Ausschnitt Assessmentinstrument – CAN	15
Abbildung 3: Beispiel Assessment Instrument Demenz	16
Abbildung 4: Beispiel Ecogramm (Beginn)	18
Abbildung 5: Beispiel Ecogramm (Ende)	18
Abbildung 6: Ressourcenkarte	23
Abbildung 7: Beispiel Versorgungsplan PSP	28
Abbildung 8: Beispiel Serviceplan Einrichtung	29
Abbildung 9: Klientbezogener Check des regionalen Hilfesystems	32
Abbildung 10: Beispiel: Datenerhebungsplanung	38
Abbildung 11: Beispiel für fallbezogene Netzwerke	41
Abbildung 12: Beispiel für ein Produktionsnetzwerk	41
Abbildung 13: Zusammenspiel von Produktionsnetzwerk und fallbezogenen Netzwerken	42

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Anwendungsbezogene Methoden und Instrumente im Case Management (Teil 1)	7
Tabelle 2: Anwendungsbezogene Methoden und Instrumente im Case Management (Teil 2)	8
Tabelle 0-3: Beispiel Serviceplan allgemein	Fehler! Textmarke nicht definiert.
Tabelle 4: Dokumentation als Grundlage von Evaluation	34
Tabelle 5: Übung Datenerhebung	36

Einführung

Der Werkzeugkoffer für das Case Management enthält methodische Hinweise und praktische Instrumente, die sowohl in Theorie und Forschung, aber auch in und aus der Praxis heraus entwickelt wurden.

Es wurden bewusst „Tools“ aus verschiedenen Anwendungsfeldern aufgenommen, die den transdisziplinären Blickwinkel des CM unterstreichen.

Tabelle 1: Anwendungsbezogene Methoden und Instrumente im Case Management (Teil 1)

Steuerungsebene	Methoden	Instrumente
Fallsteuerung Phasen des CM • Case Finding / Intake • Assessment • Serviceplanung • Implementierung • Monitoring • Evaluation • Rechenschaftslegung	Methoden der Gesprächsführung (Einzel- oder Familiengespräch, Gespräch mit Pflichtklientel) unterschiedlicher Ausrichtung (z.B. motivationsfördernder und lösungsorientierter Beratung - MI, systemisch, verhaltenstherapeutisch...) SORGEBERATUNG (Care Counselling)	○ Aufnahme- und Screeningbogen, Checklisten ○ Übernahmeprotokoll ○ Assessmentbogen, Netzwerkkarte; Geno-/Ökogramm ○ Serviceplanbogen ○ Monitoring-/ Verlaufsbogen ○ Evaluationsbogen
	○ Moderationstechniken ○ Verhandlungsführung ○ Konfliktmanagement ○ Präsentationstechniken	Protokolle ○ Team ○ HP-Konferenz
	○ Methoden des Kontraktmanagements ○ Leistungssteuerung	Klienteninformation; Datenschutzerklärung; Mitwirkungsverpflichtung; Leistungsvereinbarung
	Fallbezogene Dokumentation und Evaluation	(elektronische) Klientenakte
Systemsteuerung Organisation CM-Konzeption Organisationsstruktur Entscheidungsstruktur Teamstruktur Ablauforganisation (-standards) Prozessstandards Dokumentation Evaluation	Methoden des Prozessmanagements ○ Ablaufplanung ○ Projektplanung ○ Zeitmanagement	○ Checklisten zu den Phasen ○ Manuale ○ Ressourcencheck ○ Prozess-/ Ablaufschemata ○ Handlungsanweisungen/-beschreibungen
	Methoden des Wissensmanagement ○ Bereitstellung und Transfer von Infos und/oder Ergebnissen	○ (Kurz-)Berichte ○ EDV-Tools; Intranet ○ Elektronische Klientenakte
	Methoden des Controllings ○ Finanzcontrolling ○ Fachcontrolling	○ Budgets, Kennzahlen, Statistische Auswertungen ○ Evaluationsbögen
	Methoden des Qualitätsmanagements ○ Qualitätsplanung, -lenkung, -prüfung	○ QM-Bericht; Leitfäden; Qualitätsvereinbarungen; Qualitätsrichtlinien
	Fallübergreifende Dokumentation und Evaluation	(elektronisches) Auswertungstool

Tabelle 2: Anwendungsbezogene Methoden und Instrumente im Case Management (Teil 2)

Steuerungsebene	Methoden	Instrumente
Systemsteuerung Netzwerk Regionale Netzwerke - o themenbezogen, z.B. „Migration“, „Alter“, „Demenz“ - o sozialraum- bzw. stadtteilbezogen - o (systematische) Verbindung zur Sozial-/Altenhilfe-/ Gesundheits-Planung	Methoden des Netzwerk-Managements - o Moderation (Klein- und Großgruppen; Elemente von Open Space) - o (Kurz-)-Vortrag/ Präsentation - o Plenumsdiskussion - o Murmelgruppen - o Telefonkonferenzen - o Verhandlung - o Konfliktmanagement - o Kontraktmanagement	- o Agenda/Tagesordnung - o Leitfäden - o Leitbild - o Teilnehmer-Listen - o E-Maillisten - o Protokolle - o Zielvereinbarungen - o Kooperationsvereinbarungen - o Verträge
	Methoden des Wissensmanagements - o Systematisierung von Wissensbeständen - o Aufbereitung und Nutzbarmachung	Verfahrensanweisungen Handout; Bögen und Checklisten: Datenerhebungsbögen - o Überleitungsbögen - o Berichts- und Verlaufsboegen - o Teamboard
Überregionale Netzwerke o versorgungsbezogen	Methoden des Projektmanagements - o Brainstorming; Mindmap; Kartenabfrage; Priorisierung - o Ablauf- und Meilensteinplanung - o Finanzierung und Sponsoring	Checklisten Planungsmatrix
(in unterschiedlichster Art und Weise formalisiert)	Linking - o Sozialplanung - o Gesundheitsplanung - o Alten-(hilfe-)planung etc.	Protokolle Zielvereinbarungen Kooperationsvereinbarungen Verträge
	Methoden der Öffentlichkeitsarbeit / des Tagungsmanagements	Videodokumentation und Internet(-forum) o Sozial- /Gesundheitsatlas Statistiken, Pressenotizen
	Netzwerk-Dokumentation und Evaluation	(elektronische) Netzwerkakte Berichtswesen

1 Werkzeuge Intake

1.1 ☒ Checkliste Intake

1) Habe ich die Anfangssituation angenehm gestaltet?	☐
2) Ist die Fragestellung (worum es geht?) klar und ausreichend thematisiert?	☐
3) Habe ich über mögliche Angebote (und das Case Management) ausreichend informiert?	☐
4) Konnte ich den Klienten/-innen vermitteln, dass ich mit ihnen und für sie arbeite?	☐
5) Habe ich meine Aufgaben deutlich vermitteln können?	☐
6) Sind die Grunddaten erhoben?	☐
7) Habe ich geprüft, ob die Klienten/-innen die Kriterien für ein Case Management erfüllen?	☐
8) Sind die internen Kooperationspartner informiert?	☐
9) Habe ich die Entscheidung über das weitere Vorgehen so vorbereitet, dass die Klienten/-nnen sich ohne Druck für oder gegen die Hineinnahme ins Case Management entscheiden können?	☐

1.2 Instrumente Intake

- Information über die Stelle und Angebote
- Klienteninformation (1.2.1)
- Screeningbogen
- Tätigkeitsdokumentation

(In Anlehnung an Schmid, Schu & Vogt, 2012)

1.2.1 INSTR_I: Klienteninformation

Case Management

Das müssen Sie wissen.....

1. Die Perspektive ist

eine Fachstelle für soziale Dienstleistungen in der Region Solothurn. Unter einem Dach bietet sie gut aufeinander abgestimmte und koordinierte Dienstleistungen an.

2. Die Angebote sind

Spritzentausch und -verkauf, Injektionsraum, ambulante Wundversorgung, Cafeteria, Dusche, Waschmaschine und Tumbler in der Gassennahen Anlaufstelle. Begleitetes Wohnen. Arbeitseinsätze tageweise oder längerfristig. Gassenküche. Beratung und Therapie. Präventionsprojekte.

3. Eine Ansprechperson für alle Fälle

vermittelt Ihnen die benötigten Angebote, bringt Sie mit den verschiedenen Leistungserbringern in Kontakt und koordiniert bei Bedarf alle benötigten Leistungen. Ihre Ansprechperson nennen wir Case Manager.

4. Sie alleine entscheiden

ob Sie Spritzen tauschen, einige Tage arbeiten oder eine Therapie in Angriff nehmen wollen. Im Rahmen dieser vorliegenden Leitplanken definieren und verantworten Sie allein über Ihren Bedarf an Dienstleistungen der Perspektive.

5. Eine schriftliche Vereinbarung

hält unsere Abmachungen fest. In ihr wird z.B. festgehalten, dass Sie drei Monate alle Dienstleistungen der Gassennahen Anlaufstelle benutzen wollen, oder, dass Sie mit einer Kostengutsprache der Gemeinde für vorläufig sechs Monate ins begleitete Wohnen eintreten, oder, dass Sie an einem Arbeitsprogramm teilnehmen wollen. Im letzten Fall erstellen wir aus versicherungstechnischen Gründen zusätzlich einen Arbeitsvertrag.

6. Alle Daten sind geschützt

Und die Mitarbeiter der Perspektive unterstehen zudem der Schweigepflicht. Informationen werden nur weitergegeben, wenn Sie die Perspektive oder andere Behörden entsprechend ermächtigt haben.

7. Der nächste Schritt

liegt nach dieser Information bei Ihnen. Sie können sich überlegen, welche Dienstleistungen der Perspektive Sie nutzen möchten. Ihre Ansprechperson, der Case Manager wird mit Ihnen die notwendigen Vereinbarungen treffen und schriftlich festhalten.

Sicher verstehen Sie, dass ohne schriftliche Vereinbarungen längerfristig keine Dienstleistungen der Perspektive zur Verfügung gestellt werden können.

(Wendt, 2009, S. 30f.)

1.2.2 INSTR_I: Ablaufdiagramm CM-Pfad im Krankenhaus

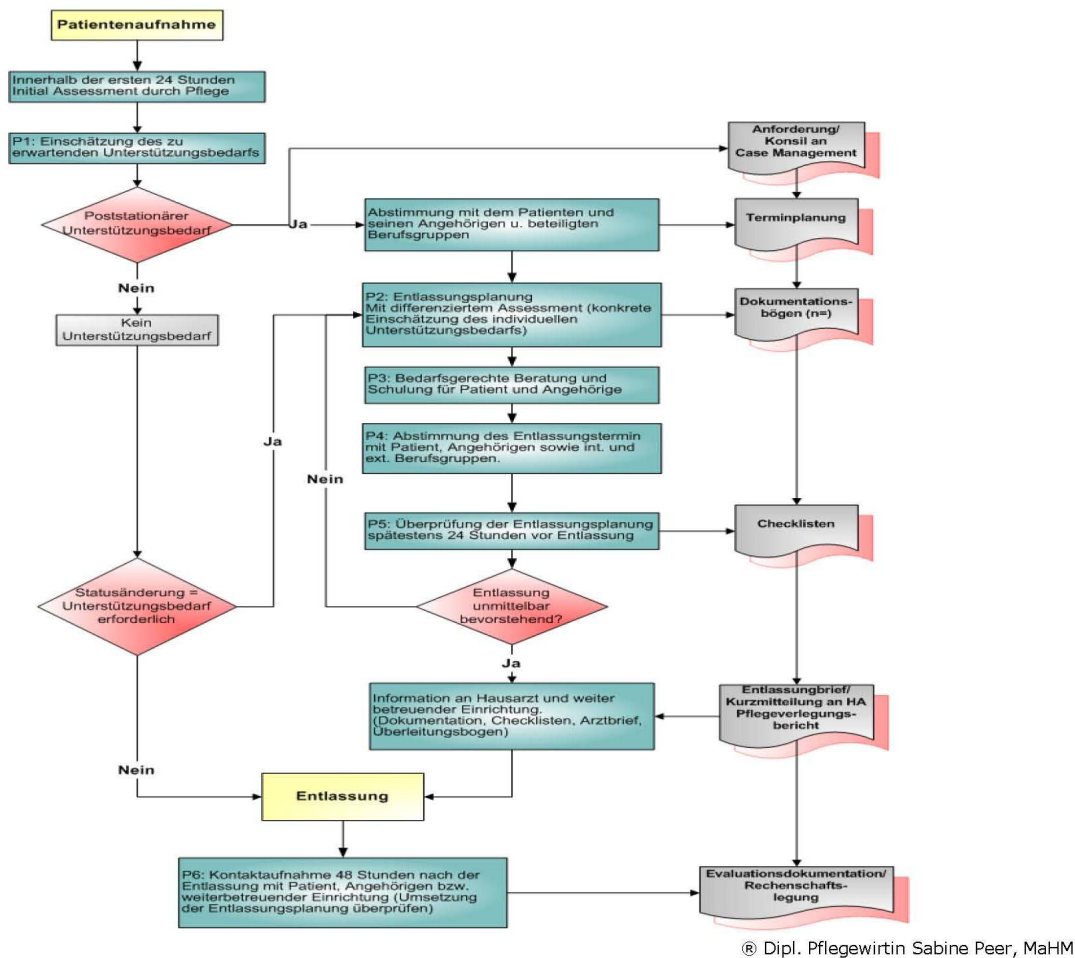


Abbildung 1: Ablaufdiagramm Case Management im Krankenhaus (Quelle: Peer, Abdruck mit freundlicher Genehmigung der Autorin)

2 Werkzeuge Assessment

2.1 ☒ Checkliste Assessment

1. Habe ich den zeitlichen Rahmen (Abschluss des Assessments bis zum [Datum]) einhalten können?	☐
2. Konnte ich die Angaben der Klienten/-innen, ihre Wahrnehmungen, Problemdefinitionen nachvollziehen und verstehen (Realitätskonstruktion)?	☐
3. Habe ich einen Hausbesuch vereinbart? Wie hat der Klient/die Klientin darauf reagiert? Wie war die Vor- und Nachbereitung des Hausbesuchs?	☐
4. Habe ich wichtige Informationen (Diagnosen, Befunde, Vorbehandlung, Gutachten, Einschätzungen) „Dritter“ in das Assessment einbezogen?	☐
5. Habe ich die Ressourcen des regionalen (informellen und professionellen) Hilfesystems überprüft?	☐
6. Habe ich Ressourcen und Unterstützungsfaktoren hinreichend thematisiert oder habe ich mehr auf die Probleme und Defizite der Klienten/-innen geschaut? Welches sind die wichtigsten Stärken der Klientin/des Klienten?	☐
7. Ist es mir gelungen, die Veränderungsbereitschaft des Klienten/der Klientin anzusprechen bzw. zu erhöhen? Habe ich sie im Glauben an die eigenen Fähigkeiten zur Veränderung schon während des Assessments unterstützt?	☐
8. Welche Einstellung habe ich zu den verschiedenen Klienten/-innen? Glaube ich an ihre Fähigkeit,	☐
9. Welche Erfahrungen habe ich mit Klientenakte, Assessmentübersicht und den anderen Instrumenten gemacht?	☐

2.2 Instrumente Assessment

Person bezogen

- Fragenkatalog
- (Standardisierter) Assessmentbogen
- Assessmentübersicht
- Beratungsprotokollbogen; Klientakte
- Tätigkeitsdokumentation (geeignete Software)

Umfeld bezogen

- Checkliste zum regionalen Hilfesystem
- Ökogramm
- Genogramm
- Soziogramm

(Beispiel, angelehnt an Schu et al., 2002, S. 55)

2.2.1 INSTR_A: CAN

Assessmentinstrument:

Patienten-Situations- und Bedürfniserhebung (CAN – Camberwell Assessments of Needs)

(aus: Modellprojekt Psychiatrisches Case Management, 2001)

Die Bedürfniserhebung erfolgt in 22 Lebensbereichen

- | | |
|---|---|
| • Wohnen | • Ernährung |
| • Hausarbeit/Wohnungspflege | • Körperpflege/Kleidung |
| • Tagesaktivitäten/Beschäftigung/Arbeit | • Körperliche Gesundheit |
| • Psychotische Symptome | • Information über die Krankheit/
Behandlung |
| • Seelische Gesundheit/Befindlichkeit | • Selbstgefährdung |
| • Fremdgefährdung | • Drogen, Medikamente |
| • Alkohol | • Soziale Kontakte |
| • Partnerschaft/ehe | • Sexualleben |
| • Kinderbetreuung | • Telefonieren |
| • Mobilität | • Geld |
| • Inanspruchnahme von finanziellen Unter-
stützungen | • noch offene Bereiche |

Folgende Dimensionen werden in den 22 Lebensbereichen einbezogen:

- Schwierigkeiten
- Unterstützung von Freunden oder Verwandten
- Unterstützung von sozialen und medizinischen Einrichtungen oder Behörden
- Geeignetheit der Hilfe
- Zufriedenheit mit der Hilfe

Die Operationalisierung der einzelnen Items erfolgt in Frageform (siehe nächste Seite)

Beispiel aus CAN

Bereich 7 Psychotische Symptome

	P	CM
Hat der/die Klient/in irgendwelche psychotischen Symptome wie z.B. Wahnvorstellungen, Halluzinationen oder das Gefühl der Teilnahmslosigkeit? <i>Hören Sie Stimmen oder haben Sie Probleme mit Ihren Gedanken?</i> <i>Nehmen Sie Medikamente ein oder bekommen Sie Injektionen? Wenn ja, welche und wogegen?</i>	()	()
0 = Keine Schwierigkeiten 1 = Nein, mäßige Schwierigkeiten, wegen regelmäßiger Interventionen/Hilfen 2 = Ernste Schwierigkeiten 9 = Weiß nicht	z.B. keine Symptome, nicht symptomgefährdet, bekommt keine Medikation z.B. Bekommt zur Zeit Medikation oder eine andere Hilfestellung z.B. Hat zur Zeit Symptome oder ist symptomgefährdet	

Wenn 0 und 9, Gehen Sie bitte zum nächsten Bereich weiter!

Wieviel Hilfe/Unterstützung erhält der/die Klient/in von Freunden oder Verwandten bezüglich dieser psychotischen Symptome?	()	()
0 = Keine 1 = Wenig Hilfe 2 = Mäßig viel Hilfe 3 = Sehr viel Hilfe 9 = Weiß nicht	z.B. Sympathie und Unterstützung z.B. Freunde oder Verwandte helfen bei der Bewältigung oder unterstützen die medikamentöse Compliance z.B. Konstante Beaufsichtigung der Medikamenteneinnahme und Hilfe beim Umgang mit den Symptomen (Coping Strategies)	

Wieviel Hilfe/Unterstützung erhält der/die Klient/in in diesem Bereich von sozialen und medizinischen Einrichtungen oder Behörden bezüglich dieser psychotischen Symptome?	()	()
0 = Keine 1 = Wenig Hilfe 2 = Mäßig viel Hilfe 3 = Sehr viel Hilfe 9 = Weiß nicht	z.B. Medikation wird alle drei Monate oder seltener überprüft (support group) z.B. Medikation wird häufiger als alle drei Monate überprüft, (structured psychological therapy) z.B. Medikation und 24 - Stunden Betreuung in der Klinik oder ambulant	
Von welcher Einrichtung oder Behörde bekommt der/die Klient/in Hilfe/Unterstützung?		
.....		

Erhält der/die Klient/in eine geeignete Art von Hilfe/Unterstützung für seine /ihre psychotischen Symptome?	()	()
0 = Nein 1 = Ja 9 = Weiß nicht		
Ist der/die Klient/in insgesamt zufrieden mit der Hilfe/Unterstützung in diesem Bereich?	()	()
Bitte die Z Skala verwenden		

Abbildung 2: Ausschnitt Assessmentinstrument – CAN (Quelle: Schleuning, 2001, S.135; Abdruck mit freundlicher Genehmigung des Verlags)

2.2.2 INSTR_A: Assessmentbogen CM4Demenz

CM4Demenz – Assessment

1	Mitarbeiter-Code		3	Erhebungszeitpunkt	
2	Patientencode		<bitte auswählen!>		

4	Aktuelle(r) Problemlagen/Ressourcen/Interventionsbedarf im Klientensystem (Bitte treffen Sie zu <u>jedem</u> Bereich eine Einschätzung anhand der jeweiligen Skalen. *Bei der Einschätzung vorhandener Ressourcen sollen <u>in allen Untersuchungsbereichen</u> auch die Kompetenzen, Fähigkeiten und/oder Möglichkeiten des Umfelds bzw. Helfersystems mit einbezogen werden. Die Ressourceneinschätzungen in den Kategorien 1-12 sind also – anders als bei den Problemlageneinschätzungen – nur mittelbar auf die Person zu beziehen!)			
		Problemlagen	Ressourcen (immer systembezogen*)	Interventionsbedarf
	PERSON*			
7	körperliche Gesundheit/Mobilität (Bewegungsapparat, Herz-Kreislaufsystem, Atmungssystem, Sinnesorgane etc.)	[0] = keine	[0] = keine	[0] = keiner
8	Gesundheitsverhalten (Ernährung u. Flüssigkeitsaufnahme, Umgang mit Suchtmitteln etc.)	[0] = keine	[0] = keine	[0] = keiner
9	Lebensführung (Selbstständigkeit im Alltag, Körperhygiene, äußeres Erscheinungsbild, Tagesstruktur etc.)	[0] = keine	[0] = keine	[0] = keiner
10	Tag- und Nacht-Rhythmus (Ein-/Durchschlafen, Wachheit/Aktivität am Tag etc.)	[0] = keine	[0] = keine	[0] = keiner
11	Orientierung (räumliche, zeitliche, situative, personenbezogene Orientierung)	[0] = keine	[0] = keine	[0] = keiner
12	Gedächtnis (Kurz-/Langzeitgedächtnis, Merkfähigkeit etc.)	[0] = keine	[0] = keine	[0] = keiner
13	sonstige kognitive Funktionen (Auseinandersetzung mit der Umwelt, Urteilsvermögen, Aufmerksamkeits-/Konzentrationsfähigkeit, Lernfähigkeit, Kreativität, Körperwahrnehmung/-schema etc.)	[0] = keine	[0] = keine	[0] = keiner
14	Affektivität/Gefühl/Emotion (situationsangemessene Gefühlsausbrüche/Mimik/Gestik, Fähigkeit Gefühle auszudrücken etc.)	[0] = keine	[0] = keine	[0] = keiner
15	Motivation/innerem Antrieb (Begeisterungsfähigkeit, Eigeninitiative, Sinnorientierung etc.)	[0] = keine	[0] = keine	[0] = keiner
16	Selbstwertgefühl (Zutrauen, Selbsteinschätzung, Selbstbild etc.)	[0] = keine	[0] = keine	[0] = keiner
17	Umgang mit belastenden Situationen (Frustrationstoleranz, Copingstrategien, Optimismus etc.)	[0] = keine	[0] = keine	[0] = keiner
18	Krankheitseinsicht (Wahrnehmung körperlicher und geistiger Veränderungen, Realitätsbezug etc.)	[0] = keine	[0] = keine	[0] = keiner
	FAMILIE / UMFELD			
19	Sozialverhalten (soziale Beziehungen, sozial-kommunikative Kompetenzen, Empathiefähigkeit etc.)	[0] = keine	[0] = keine	[0] = keiner
20	Kommunikation (verbale/nonverbale Informationsaustauschfähigkeit, sprachlicher Ausdruck etc.)	[0] = keine	[0] = keine	[0] = keiner
21	Umgang von Familie/Umfeld mit Belastungen durch die Pflegesit			

Abbildung 3: Beispiel Assessment Instrument Demenz (Hinweis: In der PC-Fassung (MS-Word oder PDF-Format) öffnen sich Dropdownfelder, die die Eingabe anhand einer Skalierung (siehe nächste Seite) ermöglicht).

1	Aktuelle(r) Problemlagen/Ressourcen/Interventionsbedarf im Klientensystem Die Angaben beziehen sich auf den Zeitpunkt des Beginns der Patientenbegleitung! Bitte treffen Sie <u>unbedingt</u> zu jedem Bereich eine Einschätzung – auch wenn in einem Bereich keine Probleme oder Ressourcen vorliegen oder erkennbar sind bzw. kein Interventionsbedarf besteht. Für diesen Fall ist an der entsprechenden Stelle bereits der Wert „0 = keine(r)“ voreingestellt, so dass Sie hier keine Änderung vornehmen müssen. Im Falle erkannter Problemlagen, Ressourcen oder Interventionsbedarfe klicken Sie bitte auf die jeweilige Dropdownliste und wählen den entsprechenden Wert aus. Bitte nutzen Sie dabei die Auswahlmöglichkeit „9 = unbekannt“ so selten wie möglich! Grundsätzlich gilt, dass die Angabe einer Kategorie der Nennung „unbekannt“ vorzuziehen ist, da Codierungen mit „unbekannt“ in jedem Fall mit einem Informationsverlust verbunden sind. Benutzen Sie zur Einschätzung bitte die folgenden Skalen: Problemlagen Die Einschätzung von Problemlagen bezieht sich im Bereich „PERSON“ (Kategorien 1-12) ausschließlich auf den Patienten selbst. Ggf. vorhandene Ressourcen in den zu beurteilenden Teilbereichen sind bei der Beurteilung nicht zu berücksichtigen! 0 = keine: Es liegt kein Problem vor bzw. vorhandene Schwierigkeiten werden von Patientenbegleiter und Klient/Klientensystem gleichermaßen als nicht problematisch bzw. belastend eingeschätzt. 1 = mäßig: Das Problem führt zu einzelnen Funktionseinschränkungen des Klientensystems, führt aber nicht zur generellen Funktionseinschränkung. 2 = erheblich: Das Problem ist ausgeprägt und schwer veränderbar. Das Klientensystem bzw. Teile des Klientensystems leiden darunter oder Dritte haben wiederholt auf das Problem hingewiesen (Auffälligkeit, Meldung, Befunde). 3 = (sehr) hoch: Das Problem wird für den Bereich durchgängig als problematisch angesehen und beeinträchtigt die Funktionsweise in hohem Maße. 9 = unbekannt: Eine Problemlage ist in dem betreffenden Bereich erkennbar, aber der Schweregrad ist zum Stichtag der aktuellen Erhebung (z. B. aufgrund mangelnder Informationslage) nicht hinreichend einschätzbar. Ressourcen Ressourcen sind zum einen vorhandene persönliche Fähigkeiten bzw. Kompetenzen des Patienten, auf die er selbst oder helfende Personen in seinem Umfeld zurückgreifen können. Zum anderen können aber auch Personen, (instrumentelle) Unterstützungsquellen oder Hilfen im Umfeld des Patienten (auch auf professioneller Ebene [Ärzte, Therapeuten, Pflegedienst etc.]) Ressourcen darstellen. Die Ressourceneinschätzungen in den Kategorien 1-12 (Bereich „PERSON“) sind also – anders als bei den Problemlageneinschätzungen – nur mittelbar auf den Patienten selbst zu beziehen! 0 = keine: Eigene Stärken/Fähigkeiten oder fremde (im Helfersystem vorhandene) Unterstützungsmöglichkeiten sind für die Problemlösung nicht erkennbar oder können nicht genutzt werden. 1 = knapp: Eigene Stärken/Fähigkeiten oder fremde (im Helfersystem vorhandene) Unterstützungsmöglichkeiten sind für Teilbereiche vorhanden, reichen aber zur Problemlösung nicht aus oder müssen gezielt (planvoll) erschlossen werden. 2 = ausreichend: Eigene Stärken/Fähigkeiten oder fremde im Helfersystem vorhandene Unterstützungsmöglichkeiten sind vorhanden. Die Erschließung gelingt mit hoher Wahrscheinlichkeit mit der Unterstützung der Patientenbegleitung. 3 = (sehr) gut: Eigene Stärken/Fähigkeiten oder fremde (im Helfersystem vorhandene) Unterstützungsmöglichkeiten sind rasch identifizierbar und können schnell genutzt werden. Das Klientensystem verfügt über (eigene) Fähigkeiten, diese heranzuziehen. 9 = unbekannt: Es liegen Ressourcen in dem betreffenden Bereich vor, diese sind aber zum Stichtag der aktuellen Erhebung (z. B. aufgrund mangelnder Informationslage) nicht hinreichend einschätzbar. Interventionsbedarf Die Einschätzung des Interventionsbedarfs orientiert sich nicht allein an der Aufgabe bzw. dem Zuständigkeitsbereich des Patientenbegleiters! Er kennzeichnet vielmehr den Umfang, in dem der Patient und/oder sein persönliches Umfeld (Betreuungsperson, Familienangehörige etc.) Unterstützung durch Personen, Institutionen o. Ä. außerhalb des Klientensystems benötigen. Der Interventionsbedarf ergibt sich in jedem Untersuchungsbereich aus der gemeinsamen Betrachtung vorliegender Problemlagen und Ressourcen. Aber: Der Interventionsbedarf errechnet sich nicht mathematisch aus der Differenz zwischen Schweregrad der Problemlagen und Höhe der Ressourcen, da z. B. das Vorliegen von Ressourcen nicht automatisch auch deren selbstständige Nutzung durch den Patienten bzw. das Klientensystem bedeutet. Auch bei einer relativ gut beurteilten Ressourcenlage kann deshalb ein Interventionsbedarf bestehen, um vorhandene Ressourcen zu aktivieren und nutzbar zu machen. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, dass vorhandene Problemlagen in einem Teilbereich auch bei einer (sehr) guten Ressourcenlage des Klienten-/Helfersystems nicht vollständig bzw. nicht nachhaltig bewältigt werden können und dadurch eine zusätzliche Unterstützung von außen notwendig ist. Ein solcher Interventionsbedarf müsste dann an der entsprechenden Stelle benannt werden. 0 = keiner: Es liegen keine interventionsbedürftigen Problemlagen vor oder bestehende Probleme werden vom Klientensystem unter Nutzung vorhandener Ressourcen selbstständig bewältigt. Eine Unterstützung von außen ist nicht notwendig. 1 = mäßig: Das Klientensystem kann die Situation weitgehend selbstständig bewältigen. Eine Unterstützung von außen (z. B. in Form von Anregungen zur Ressourcennutzung) ist aber teilweise sinnvoll bzw. erforderlich. 2 = erheblich: Das Klientensystem kann vorhandene Probleme kaum selbstständig bewältigen. Eine gezielte Intervention von außen, ggf. unter Nutzung bzw. Aktivierung vorhandener Ressourcen, ist notwendig. 3 = (sehr) hoch: Das Klientensystem ist nicht in der Lage, vorhandene Probleme selbstständig zu bewältigen. Eine gezielte Intervention von außen, ggf. unter Nutzung bzw. Aktivierung vorhandener Ressourcen, ist dringend notwendig. Ansonsten besteht ein hohes Risiko zur Verschlimmerung bzw. Eskalation der Situation. 9 = unbekannt: Ein Interventionsbedarf ist erkennbar. Das Ausmaß des Bedarfs kann allerdings zum Stichtag der aktuellen Erhebung (z. B. aufgrund mangelnder Informationen) nicht hinreichend eingeschätzt werden.
---	--

(Quelle: Löcherbach, Modellprojekt: Case Management für Demenz, unveröffentlichtes Material, KH-Mainz)

2.2.3 INSTR_A: Ecogramm

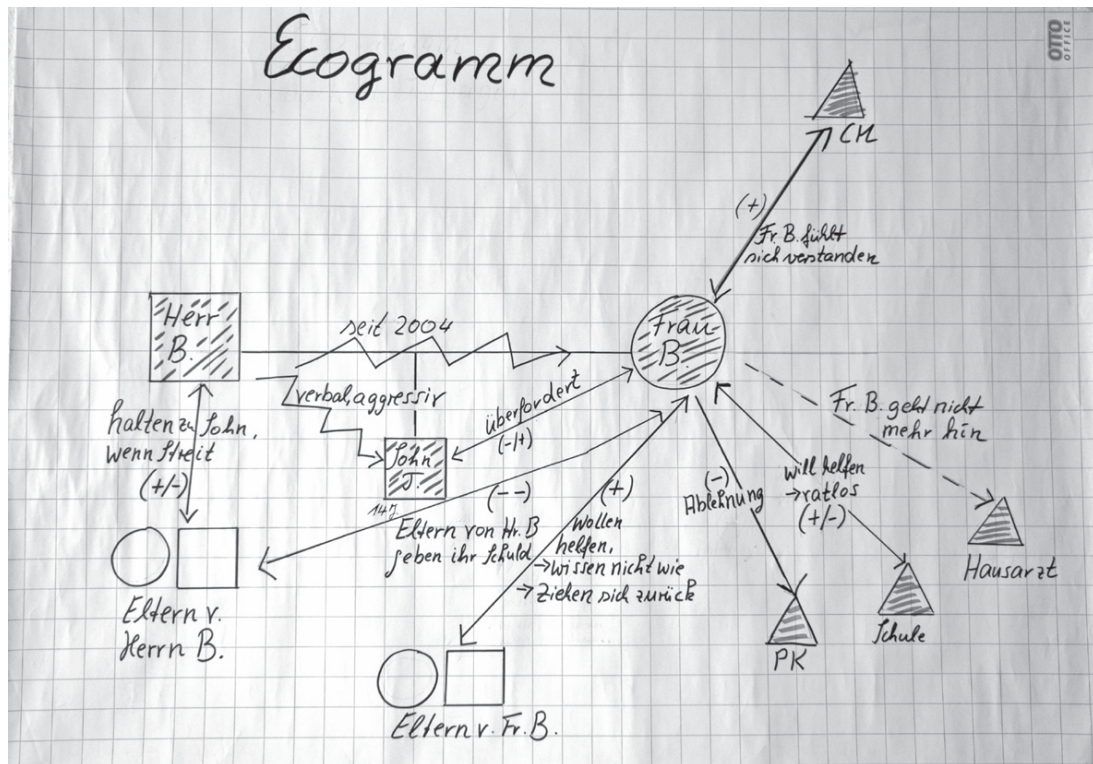


Abbildung 4: Beispiel Ecogramm (Beginn)

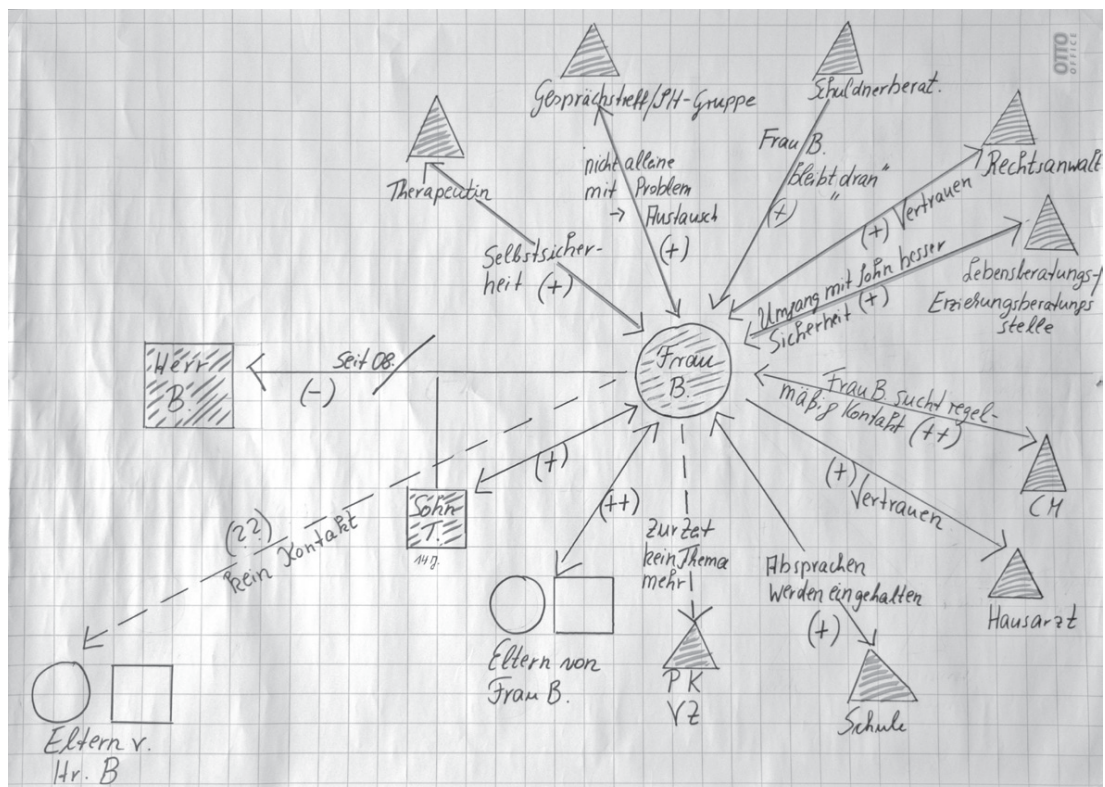


Abbildung 5: Beispiel Ecogramm (Ende) (Körper-Martin 2012, S. 158f., Abdruck mit freundlicher Genehmigung der Autorin)

2.2.4 INSTR_A: Bedarfs- und Angebotscheck

Klient(code): _____

Datum: _____

Mitarbeiter/in: _____

Stelle: _____

Bereich		Bedarfsgerechtes Angebot		Angebot nicht zugänglich/erschließbar wegen..					Angebot passt nicht wegen...		Angebot fehlt
I. WOHSITUATION	Situationseinschätzung Handlungsbedarf	entfällt, nicht erforderlich	Angebot angemessen und zugänglich	fehlender sozialrechtlicher Anspruch	fehlende vorläufige Kostenzusage	Auslegung administrative Richtlinien	zu lange Bearbeitungszeit	fehlende Abstimmung Koordination	zu langer Wartezeit	fachlicher Ausrichtung	kein passendes Angebot in Region
Wohnraum	1 2 3 4 5 6 9	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Wohnumfeld	1 2 3 4 5 6 9	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
II. FINANZIELLE SITUATION	Situationseinschätzung Handlungsbedarf										
Einkommen/Vermögen	1 2 3 4 5 6 9	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
besondere Belastungen	1 2 3 4 5 6 9	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
III. PFLEGE	Situationseinschätzung Handlungsbedarf										
körperlicher Pflegezustand	1 2 3 4 5 6 9	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
besondere Erkrankungen	1 2 3 4 5 6 9	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
IV. HAUSWIRTSCHAFT	Situationseinschätzung Handlungsbedarf										
Hauswirtschaftliche Versorgung/Einkauf	1 2 3 4 5 6 9	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ernährung	1 2 3 4 5 6 9	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
V. MEDIZINISCHE VERSORGUNG	Situationseinschätzung Handlungsbedarf										
hausärztliche Versorgung	1 2 3 4 5 6 9	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
sonstige Versorgung (Reha, Therapie, Vorsorgeprogramm)	1 2 3 4 5 6 9	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
VI. BEZIEHUNGEN	Situationseinschätzung Handlungsbedarf										

Case Management

Beziehung Partnerschaft/ Fami- lie/Kinder	1 2 3 4 5 6 9	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
Beziehung Freunde Nachbarn/Bekannte	1 2 3 4 5 6 9	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
VII. VERHALTEN	Situationseinschätzung Handlungsbedarf										
psychisches Befinden Belastbarkeit	1 2 3 4 5 6 9	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
Suchtmittelkonsum	1 2 3 4 5 6 9	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O

Anmerkungen/Erläuterungen:

Info zur Situationseinschätzung und Handlungsbedarf:

Die Einschätzung der Situation erfolgt in 6 Stufen: Der Handlungsbedarf ergibt sich aus der Gegenüberstellung von Problem- und Ressourcenanalyse.

1.	Problematische Situation ist ggf. erkennbar. Eigene Stärken/Fähigkeiten oder fremde (im Umfeld vorhandene) Unterstützungsmöglichkeiten sind rasch identifizierbar und können schnell genutzt werden. Das Klientensystem (KS) verfügt über Fähigkeiten, diese heranzuziehen. Das Selbstmanagement (ggf. mit Unterstützung von Angehörigen/Diensten) ist befriedigend bis gut. In dem Bereich ist die Versorgung/autonome Lebensführung gesichert. Wird dies von Berater/in und Klientensystem gleichermaßen eingeschätzt, sind in diesem Bereich keine weiteren Schritte notwendig. Kein Handlungsbedarf
2.	Das Problem führt zu einzelnen Funktionseinschränkungen des Klientensystems, führt aber nicht zur generellen Funktionseinschränkung. Das Selbstmanagement (ggf. mit Unterstützung von Angehörigen/Diensten) ist ausreichend. Der weitere (Versorgungs-)Verlauf bedarf in diesem Bereich der Beobachtung Beobachtungsbedarf
3.	Das Problem ist mäßig ausgeprägt. Eigene Stärken/Fähigkeiten oder fremde (im Umfeld vorhandene) Unterstützungsmöglichkeiten sind noch vorhanden. Die Erschließung gelingt mit Unterstützung des/der Beraters/in. Eine Ressourcennutzung oder Intervention ist angezeigt. Ressourcenerschließung
4.	Das Problem ist stark ausgeprägt und schwer veränderbar. Das Klientensystem bzw. Teile des Klientensystems leiden darunter oder Dritte haben wiederholt auf das Problem hingewiesen (Auffälligkeit, Meldung, Befunde). Eine gezielte Intervention, ggf. unter Nutzung vorhandener Ressourcen ist angezeigt. Eigene Stärken/Fähigkeiten oder fremde (im Umfeld vorhandene) Unterstützungsmöglichkeiten sind für Teilbereiche vorhanden, reichen aber zur Problemlösung nicht aus oder müssen gezielt (planvoll) erschlossen werden. Die weiteren Schritte erfolgen im Versorgungsplan. Handlungsbedarf mit Planungsvorlauf

5.	Das Problem wird für den Bereich durchgängig als problematisch angesehen und beeinträchtigt die Funktionsweise in hohem Maße. Eigene Stärken/Fähigkeiten oder fremde (im Umfeld vorhandene) Unterstützungsmöglichkeiten sind für die Problemlösung nicht erkennbar oder können nicht genutzt werden. Eine Fallbegleitung und Steuerung in dem Versorgungsbereich ist notwendig. In Teilbereichen ist die Situation zugespitzt. <i>Handlungsbedarf mit Planungsvorlauf. Dringender Handlungsbedarf in Teilbereichen</i>
6.	Kritische Situation in diesem Problembereich. Massive Anzeichen von Gefährdungssituation. Die Regelung in diesem Bereich hat Vorrang vor allen weiteren Maßnahmen. Es muss sofortige Abhilfe geschaffen werden. Gründe können in der Terminsetzung (z.B. Entlassungstermin) oder in der besonderen Situation liegen. <i>Sofortige Abhilfe</i>
7.	Eine Problemlage ist in dem betreffenden Bereich erkennbar, aber der Schweregrad ist (z. B. auf Grund mangelnder Informationslage) nicht einschätzbar ODER: Dieser Problembereich ist nicht relevant.

2.3 INSTR_A: Ressourcencheck

Ressourcenkarte von:

persönliche Ressourcen und Kompetenzen	soziale Ressourcen (Beziehungen)
materielle Ressourcen	infrastrukturelle / institutionelle Ressourcen

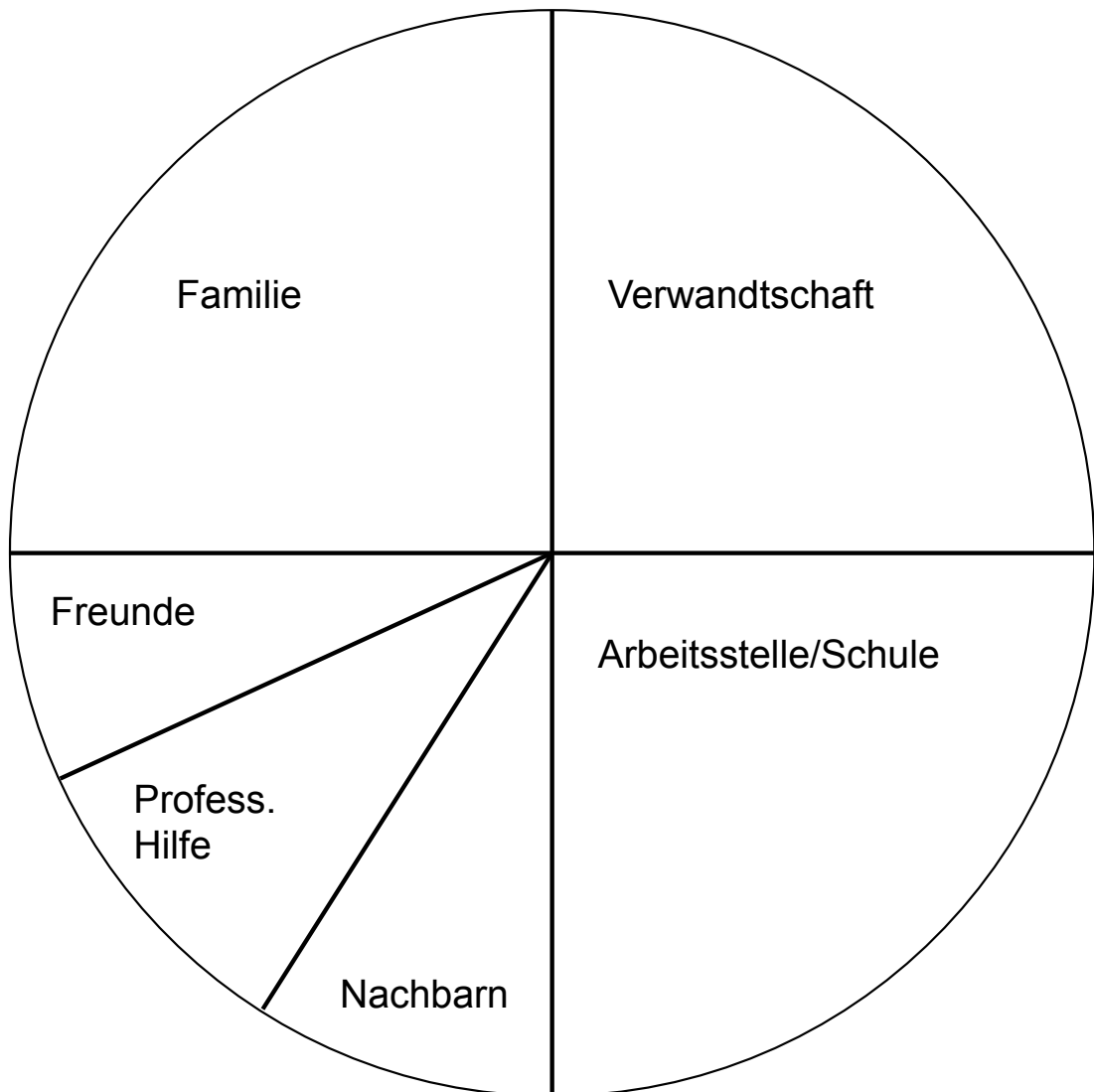
© Dr. M. Lüttringhaus, LüttringHaus / A. Ströck, ESSAB, Essen 2007

LüttringHaus
Institut für Sozialraumorientierung, Quartier- und Case-Management (DGCC) — Gervinusstraße 6 — 45144 Essen — Tel 0201-287914 — ml@luettringhaus.info



Abbildung 6: Ressourcenkarte (Quelle: Lüttringhaus, Abdruck mit freundlicher Genehmigung der Autorin)

2.4 INSTR_A: Netzwerkkarte 1



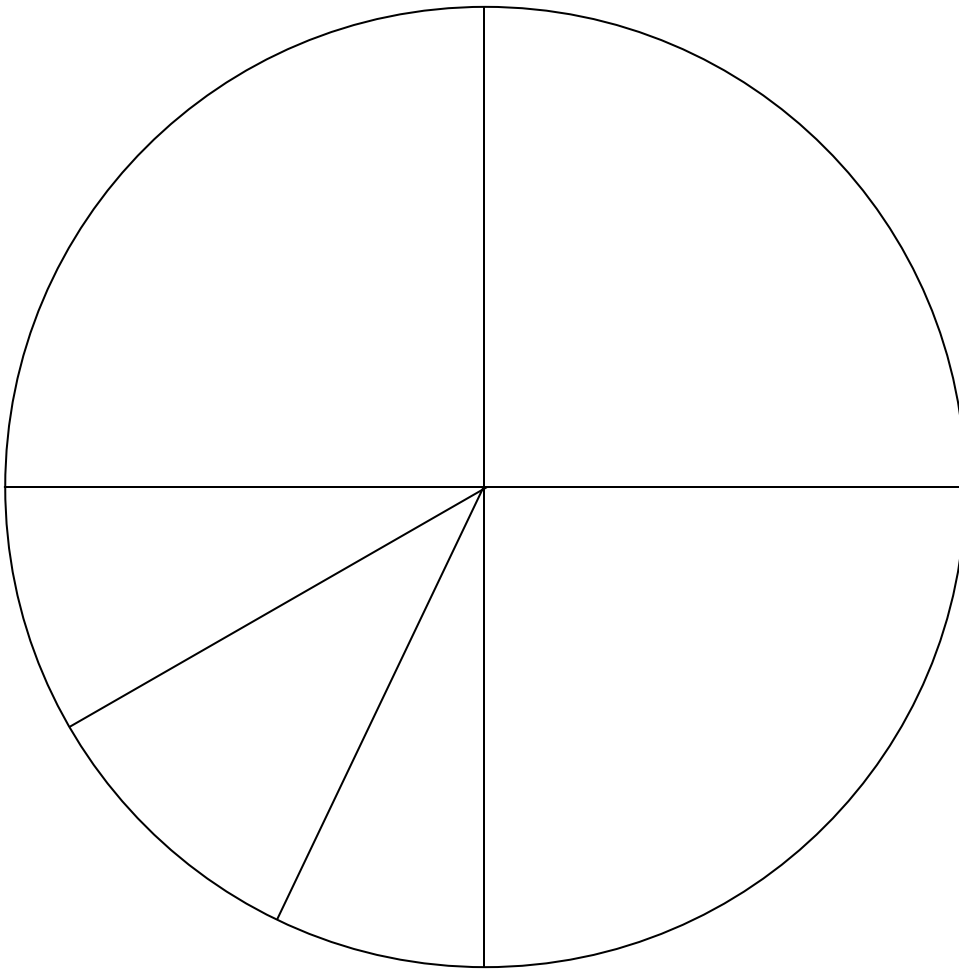
Symbole: ○ = weiblich
 △ = männlich
 —— = starke Beziehung
 ----- = schwache Beziehung
 //// = konflikthafte Beziehung
 ————→ = Energie/Ressourcenfluss

Dimensionen:

- a) aktuell
- b) erwünscht
- c) historisch

(in Anlehnung an Bullinger/Nowak 1998, S. 180)

2.5 INSTR_A: Netzwerkkarte 2



Name:

Bereich/e:

Vorgehensweise:

1. Kreise (Bereiche) am Rand bezeichnen
2. Namen auflisten
3. Personensymbole in Entfernung zum Mittelpunkt einzeichnen
4. Netzwerkbeziehungen untereinander eintragen

3 Werkzeuge Serviceplanung

3.1 ☒ Checkliste Zielvereinbarung, Hilfe- und Veränderungsplanung

1. Habe ich den zeitlichen Rahmen (erster Hilfe- und Veränderungsplan bis zur x .Woche) einhalten können?	☐
2. Konnte ich die Klienten/-innen ausreichend für die Planungsschritte motivieren?	☐
3. Konnte ich die Probleme der Klienten/-innen hierarchisch ordnen? Stimmt meine Problemhierarchie mit der der Klienten/-innen/Beteiligten überein?	☐
4. Gibt es Diskrepanzen zwischen den eigenen Vorstellungen über Ziele und Zielhierarchien und denen der Klienten/-innen/Beteiligten?	☐
5. Wenn es Differenzen zu Problemhierarchie, Zielen, Zeiträumen etc. gibt, wie bin ich damit umgegangen? Welche Bedeutung kam dem für die Arbeitsbeziehung zu?	☐
6. Konnten erste Schritte in Richtung auf das erste (Teil-)Ziel verabredet werden? Welche externen und internen Hindernisse gibt es noch vor dem ersten Schritt?	☐
7. Konnten längerfristige Ziele, eine Vision bestimmt werden?	☐
8. Konnte ich Personen des sozialen Umfelds an der Hilfe- und Veränderungsplanung beteiligen?	☐
9. Wie ist die Abstimmung im interdisziplinären Team erfolgt? Habe ich eine interne Hilfekonferenz organisiert? Welche Konsonanzen und Dissonanzen gab es da? Was bedeutet das für die Klienten/-innen?	☐
10. Habe ich eine "große" Hilfekonferenz durchgeführt? Waren der Verlauf der Konferenz und die Ergebnisse zufriedenstellend? Wie hat sich der Klient/die Klientin dort dargestellt? Sind die Stärken und Ressourcen der Klienten/-innen genügend zur Sprache gekommen, haben sie genügend positives Feedback erhalten, das sie zu einer Verhaltensänderung motivieren kann? Wie sieht das der Klient/die Klientin? Wie habe ich mich in der Rolle als Leiter der Konferenz präsentiert?	☐
11. Habe ich die Aufgaben, die andere Dienste oder Institutionen angehen, konkreten Personen zugeordnet? Gab es schriftliche Vereinbarungen? Haben wir verabredet, wie der Kontakt aufrechterhalten wird? Habe ich allen Beteiligten die Hilfe- und Veränderungsplanung bzw. das Gesprächsprotokoll geschickt?	☐
12. Sind die einzelnen Schritte und Hilfen (wer macht was, wie, wann?) gut aufeinander und mit den Klienten/-innen abgestimmt?	☐

3.2 Instrumente Hilfe- und Veränderungsplanung

Hilfe- und Veränderungsplan

Beratungsprotokollbogen

Tätigkeitsdokumentation

(Beispiel, angelehnt an Schu et.al., 2002, S. 73)

3.3 INSTR_SP: Serviceplan CM – Muster

Tabelle 3: Beispiel Serviceplan allgemein

Ergebnisse des Assessments	Dazu auch Indikatoren		Interne und externe		
Bereiche Bedarfe	Rahmenziele	Ergebnisziele	Mögliche Maßnahmen/Leistungen	Mögliche Leistungserbringer	Zeitpunkt/Zeitraum der Hilfe
Gesundheitliche Versorgung					
Pflegerische Versorgung (Mobilität, Ernährung)					
Hauswirtschaftliche Versorgung					
Wohnsituation (sichere Umgebung)					
Finanzielle und rechtliche Situation					
Psychosoziale Versorgung					
Selbstmanagement (Umgang mit Krankheiten)					

INSTR_SP: Serviceplan PSP – Muster

Zusammenfassende Vereinbarung / Versorgungsplan nach § 7a SGB XI

vom _____
für _____

Name

Vorname

Geb.dat.



Ihre Beraterin / Ihr Berater _____

Seite _____ von _____

In welchem Bereich besteht Handlungsbedarf? Was ist der Bedarf? (ggf. Ergebnisse des Assessments)	Was ist das Ziel? (Wo ist das Problem, was will ich erreichen?) (Rahmenziel, Ergebnisziel)	Welche Maßnahmen/Leistungen sind zur Erreichung des Ziels einzuleiten?	Wer setzt die Maßnahme um? (Legende siehe unten)	Bis wann soll die Maßnahme / die Leistung umgesetzt werden? (Zeitpunkt / Zeitraum)
1.	1.	1.1		
		1.2		
		1.3		
2.	2.			

Die Versorgungsplanung wurde gemeinsam mit dem Klienten / der Klientin bzw. seinen Angehörigen bzw. seinem zuständigen Betreuer / seiner zuständigen Betreuer/ erstellt. Im Vorfeld dazu fand eine Beratung rund um Pflegebedürftigkeit durch den Pflegeberater statt. Die Entscheidung hinsichtlich zu nutzender Leistungen oder zur Inanspruchnahme und Auswahl von Leistungsanbietern wird allein durch den Versicherten bzw. dessen Betreuer/in getroffen!

Terminvereinbarung / Wiedervorlage des Beraters: _____

optional: Unterschrift KlientIn/BetreuerIn/Angehörige _____

Unterschrift Beraterin/Berater _____

Legende (z. B.): CM = Pflegeberater/Case Manager; PB = Klient/Pflegebedürftiger; PP = Pflegeperson;
PD = Pflegedienst; PH = Pflegeheim; Arzt = Arzt; KH = Krankenhaus

Idd. Nr. Statistik _____ /
Nr. Jahr

Abbildung 7: Beispiel Versorgungsplan PSP

3.4 INSTR_SP: Serviceplan CM – Beispiel

Klient:	Anna B.	CM:	Anton A.				
Versicherung:	AOK Mainz	Dienstleister:	DROBS K.				
Geburtsdatum:	20.07.1987	Datum:	xx.xx.xxxx				
Problemstellung:	Polytoxikomanie, Borderlinesyndrom, fehlende berufliche und soziale Integration, mangelnde Freizeitkompetenz, Beziehungsdefizite, Schuldenproblematik						
Zielsetzung:	Berufliche und soziale Integration, Befähigung zur autonomen Lebensführung						
Nr	Bereich	Probleme/Bedarfe	Rahmenziele	Maßnahmen	Durchführender	Rang	Indikatoren für Zielerreichung
1	Allgemeine Versorgung	Zugang zu Versorgungsangeboten Nutzung von VA Motivation, Perspektive	Tragfähige Compliance	Motivierende Gesprächsführung	CM: Anton A. DROBS	1-2 W sofort	Aktive Mitarbeit
2	Medizinische Versorgung	Körperliche Abhängigkeit	Entgiftung und ph. Regeneration	Qualifizierte Entzugsbehandlung	Rhein-Mosel-FK	1- 2 W sofort	4 Negative Urinkontrollen
		Hepathitis	Körperliche Gesundheit	Med. Versorgung	Facharzt	1-26 W sofort	Verbesserte Leberwerte
		Borderline	Psychische Gesundheit	Psychiatrische Versorgung	Rhein-Mosel-FK	1-26 W sofort	Symptombesserung (Beziehungskomp.)
3	Psychotherapeutische Versorgung	Psychische Abhängigkeit	Erfolgreiche Bearbeitung der Suchtproblematik	Psychotherapie, Soziotherapie, Ergotherapie	Klinik am Waldsee Psychiater, Ps.th., SA, Ergotherapie	2-26 W nach Entzug	Emotionale Krankheitseinsicht
		Traumatisierung des sex. Missbrauchs	Belastungsminderung durch Aufarbeitung	Psychotherapie	Klinik am Waldsee Psychotherapeut	5-26 W	Traumabewältigung
		Schwangerschaftsabbruch	Befreiung von Schuldgefühlen	Psychotherapie	Klinik am Waldsee Psychotherapeut	5-26 W	Emotionale Akzeptanz
4	Selbstmanagement	Mangelnde Krankheitseinsicht	Krankheitseinsicht	Psychosoziale Beratung	Sozialarbeiter	2-6 W	Abstinenzbereitschaft, Behandlungsmotivation
		Mangelndes Selbstwertgefühl, Insuffizienzgefühle	Stabiles Selbstbewusstsein	Psychosoziale Beratung	Sozialarbeiter	4-20 W	Selbstsicherheit, Durchsetzungsfähigkeit
		Selbst-/Fremdgefährdung	Selbstakzeptanz	Psychosoziale Beratung	Sozialarbeiter	4-20 W	Bessere Impulskontrolle
5	Sozialverhalten	Beziehung zur Tochter	Erziehungskompetenz, adäquates Rollenverhalten	Psychotherapie (Einzeltherapie)	Psychotherapeut In FK am Waldsee	6-26 W	Entscheidung über zukünftige Bez.gestaltung
		Partnerschaft	Beziehungskompetenz	Systemische Beratung	Psychotherapeut In FK am Waldsee	10-26 W	Beziehungsfähigkeit, Nähe-Distanz-Regelung
6	Psychosozialer Bereich	Alltagsgestaltung, Abstinenzstabilisierung	Suchtmittelfreiheit, Abstinenz fördernde Lebensgestaltung	Psychosoz. Ber., Nachsorgegruppe, SHG	PSD DROBS	ab 26 W	Abstinentes Leben, regelm. Besuch von SHG
		Fehlendes soziales Netz	Soziale Unterstützung	Psychosoz. Beratung, Netzwerkaufbau	CM: Anton A. DROBS	Ab 20 W	Qualität und Quantität der Sozialkontakte
7	Ausbildung und Beruf	Schulische und berufliche Ausbildung	Schulische und berufliche Qualifizierung	Analyse der schul. und berufl. Soz., Ressourcenanalyse, Quali.maßnahmen	Ergotherapeut, Arbeitstherapeut, Bildungsträger	8-22 W	Entscheidung berufl. Ziele, in Praktikum
8	Wohnsituation	Prekäre Wohnsituation	Neue Wohnung	Begleitung, Beratung, Unterstützung	KaW Sozialberatung CM: Anton A.	Ab 16 W	Angemessene Wohnsituation
9	Finanzieller Bereich	Überschuldung	Solvenz	Schuldnerberatung	Schuldnerberatung nach InSO anerkannt	3-20 W	Transparenz, Strategie
10	Rechtliche Situation	Abklärungsbedarf Delinquenzvorwurf	Vermeidung von Haft, (evtl. §§ 35,36)	Rechtliche Beratung, Begleitung	Klinik am Waldsee Sozialberatung	Ab 15 W	Status: nicht vorbestraft

Abbildung 8: Beispiel Serviceplan Einrichtung

(Quelle: Ningel, 2011, S. 122f., Abdruck mit freundlicher Genehmigung der Autorin)

4 Werkzeuge Linking

4.1 ☒ Checkliste Durchführung

1. Habe ich alle Beteiligten (Klientin, Unterstützungspersonen) in den Hilfeprozess einbezogen?	☐
2. Wie sehe ich die Mitarbeitsbereitschaft der Klienten/-innen und wie sehen sie diese?	☐
3. Wie sehe ich die Mitarbeitsbereitschaft des Unterstützungssystems und wie sehen sie diese?	☐
4. Welche der Unterstützungsfunktionen, die ich selbst wahrnehme, können an andere Personen bzw. Dienste delegiert werden?	☐
5. Wie reagiere ich auf Erfolge, Stillstand und insbesondere "Misserfolge" von Klienten/-innen?	☐
6. Wurde eine Krisenvereinbarung getroffen?	☐
7. Wie funktioniert die Zusammenarbeit mit dem Klienten/Unterstützungssystemen? Was kann ich tun, um die Zusammenarbeit zu verbessern?	☐
8. Habe ich alle notwendigen Schritte zur Fallsteuerung implementiert?	☐

4.2 Instrumente Durchführung

- **Beratungsprotokollbogen**
- **Krisenplan/-vereinbarung**
- **Tätigkeitsdokumentation**

(Beispiel, angelehnt an Schu et.al., 2002, S. 83)

5 Werkzeuge Monitoring

5.1 ☒ Checkliste Monitoring und Re-Assessment

1. Habe ich den Zeitrahmen (erstes Re-Assessment z.B. 2 Monate nach der ersten Planung, alle weiteren 3 Monate nach den vorhergehenden Planungen) einhalten können?	☐
2. Wie verläuft die Entwicklung der Klienten/-innen: Wie steht es mit ihrer Veränderungsmotivation in verschiedenen Lebensbereichen, haben sie Erfolge mit ihren Aktionen oder treten sie eher auf der Stelle bzw. gibt es Rückschläge/Misserfolge?	☐
3. Wie realistisch schätze ich heute die ursprünglich vereinbarten Ziele und Umsetzungsschritte ein?	☐
4. Wie erlebe ich die Kooperation mit den KollegInnen anderer Dienste und Einrichtungen? Wurden die Absprachen eingehalten?	☐
5. Wie schätze ich die Kooperation mit anderen Helfern (aus dem informellen Unterstützungssystem) ein? Was kann ich zur Förderung der allseitigen Aufgabenwahrnehmung (noch) tun?	☐
6. Haben die eingeleiteten Schritte und Hilfen einen ausreichenden Nutzen für die Klienten/-innen? Reichen die eingesetzten Ressourcen (z.B. Zeit, Personal, Hilfen) aus, um die Situation der Klienten/-innen zu verbessern?	☐
7. Wie gehe ich mit den verschiedenen Rollen um, die ich im Umgang mit den Klienten/-innen habe? Wie gut gelingt es mir, z.B. anwaltliche Funktionen für die Klienten/-innen mit Kontrollfunktionen in Einklang zu bringen? Wie nehme ich die Fallsteuerung wahr?	☐
8. Wie schätze ich die Zufriedenheit der Klienten/-innen mit sich, mit dem Arbeitsbündnis und mit ihrer gegenwärtigen Lebenssituation ein?	☐

5.2 Instrumente Monitoring, Re-Assessment, Fortschreibung der Hilfe- und Veränderungsplanung

- **Re-Assessmentbogen**
- **Checkliste zum regionalen Hilfesystem**
- **Fortschreibung der Hilfe- und Veränderungsplanung**
- **Krisenplan/-vereinbarung**
- **Beratungsprotokollbogen**
- **Tätigkeitsdokumentation**

(Beispiel, angelehnt an Schu et.al., 2002, S. 83)

6 Werkzeuge Evaluation

6.1 ☒ Checkliste Abschließende Fallevaluation und Beendigung

1. Habe ich das Ende der Beratung und Betreuung gut vorbereitet?	☐
2. Konnte ein vorzeitiger Abbruch vermieden werden bzw. welche Gründe sehe ich bei einem Abbruch (Klient, Unterstützungssystem, CM)	☐
3. Sind die vereinbarten/angestrebten Ziele erreicht worden bzw. wie sind sie erreicht worden?	☐
4. Habe ich unterstützende Maßnahmen für die Zeit nach Case Management eingeleitet?	☐
5. Wie haben mich die Klienten/-innen/Unterstützungssysteme als Case Manager eingeschätzt? Was war aus ihrer Sicht hilfreich, was war weniger gut?	☐
6. Wie beurteile ich den Fallverlauf abschließend? Was würde ich vom Abschluss her betrachtet anders machen, stünde ich noch einmal am Beginn der Betreuung?	☐
7. Welche Konsequenzen ergeben sich für das professionelle Unterstützungssystem hinsichtlich Koordination und Kooperation?	☐

6.2 Instrumente Ergebnisbewertung

- **Beratungsprotokollbogen**
- **Abschlussbogen**
- **Tätigkeitsdokumentation**
- **Datenerhebungsplanung**

(Beispiel, angelehnt an Schu et.al., 2002, S. 96f.)

6.2.1 INSTR_E: Dokumentationscheck

Tabelle 4: Dokumentation als Grundlage von Evaluation

Dimension	Grundlagen	Generell	Dokumente (⇒ Entwicklung)
Struktur- qualität			Organigramm Stellenplan Stellenbeschreibung ⇒ Personalentwicklungs- plan ⇒ Mitarbeiterbefragung
		Belegsystem Jahresabschluss	Haushaltsplan Finanzplan Investitionsplan
Prozess- Qualität	Konzeption Gesetzl. Grundla- gen Leistungsvereinba- rung Richtlinien Leitbild	Beantragungen Gutachten Erst-Verlaufsdiagn. Hilfeplanung Intervention	Klientakte • Aufnahmebogen • Einverständniserklä- rung • Anamnesebogen • Einschätzungsbogen • Gesprächsprotokolle • Bedarfsfeststellung • Ziel- und Hilfeplan • Kontrakt • Verlaufsbogen • Ergebnisbogen Klientstatistik ⇒ Prot. Fallbesprechung ⇒ Teamprotokolle ⇒ Konzeptfortschreibung

	Konzeption Leitbild Richtlinien	Informationssystem Kooperationssystem	Erhebungsbogen Aktualisierungsbogen Kooperationsvereinbarung Info-Datenbank Ressourcenbörse Flyer ⇒ Prot. Kooperationstreffen
Ergebnis- qualität		optimierte Ablauf- standards Konzeptentwicklung -anpassung Katamnese	Ergebnisbogen • Zielkontrolle • Leistungsnachweis Statistik der Beendigung Klientbefragung Katamnesebogen Jahresbericht
		Optimierte Kooperati- onsstandards	Rückmeldebögen externer Dienste und Einrichtungen

6.2.2 INSTR_E: Datenerhebungsplanung

Tabelle 5: Übung Datenerhebung

CM-Vorhaben:		Datum:							
Träger:		Verantwortlicher:							
Arbeitsblatt: Datenerhebungsplanung									
Evaluationsfragestellung	Erfolgskriterien/Erwartungen	Datenerhebungsplan							
Frage	mindestens höchstens	Liegen genug Daten vor?	Datenerhebungs- instrument	Wer könnte Daten geben? (Quelle)	Stichprobe	Wer könnte Daten erheben? (Erheber)	Erhebungs- zeitpunkte	Erhebungs- zeitraum	Durch- führ- barkeit
		☐ Ja ☐ Nein							☐ Ja ☐ Nein
		☐ Ja ☐ Nein							☐ Ja ☐ Nein
		☐ Ja ☐ Nein							☐ Ja ☐ Nein
		☐ Ja ☐ Nein							☐ Ja ☐ Nein
		☐ Ja							☐ Ja

		☐ Nein						☐ Nein
		☐ Ja						☐ Ja
		☐ Nein						☐ Nein
		☐ Ja						☐ Ja
		☐ Nein						☐ Nein
		☐ Ja						☐ Ja
		☐ Nein						☐ Nein

(Quelle: QS 29 2010, Arbeitsblätter)

Qs 29 Arbeitsblatt Datenerhebungsplanung

Arbeitsblatt Datenerhebungsplanung: Beispiel

Evaluations- Fragestellung	Erfolgskriterien/ Erwartungen	Datenerhebungsplan							
Frage	mindestens höchstens	Liegen genug Daten vor?	Datenerhe- bungsinstru- ment	Wer könnte Daten geben? (Quelle)	Stich- probe	Wer könnte Daten erheben? (Erheber)	Erhebungszeit- punkte	Erhe- bungs- zeit- raum	Durch- führ- barkeit
1. Wie viele Teilneh- mer/-innen waren im Kurs?	mindestens 20 höchstens 30	☒ Ja ☐ Nein	Anmeldeformular Teilnehmerliste		alle	Verwaltung Kursleitung	Kursbeginn 1.3.00 Kursende 5.3.00		☒ Ja ☐ Nein
2. Wie viele davon männlich/weib- lich?	mindestens 1/3 weiblich höchstens 2/3 weiblich	☒ Ja ☐ Nein	Anmeldeformular Teilnehmerliste		alle	Verwaltung			☒ Ja ☐ Nein
3. Wie haben die Lehrer/-innen der Schule vom Kurs erfahren?		☐ Ja ☒ Nein	Interview	Lehrer	alle	Kursleitung	Vorbereitungs- besuch 15.1.00		☒ Ja ☐ Nein
4. Wie zufrieden wa- ren die Teilneh- mer/-innen mit dem Kurs?	mindestens 80 % der Teil- nehmenden sollen sich zufrieden und sehr zufrie- den äußern	☐ Ja ☒ Nein	Fragebogen	Teilnehmer/-innen	alle	Kursleitung	5.3		☒ Ja ☐ Nein
5. Schätzen sich die Teilnehmer so ein, dass sie im Kurs Bedeutungsel- gendes haben?	mindestens 75 % der Teil- nehmenden sollen auf die Frage x; y ankreuzen	☐ Ja ☒ Nein	Fragebogen	Teilnehmer/-innen	alle	Kursleitung	5.3.		☒ Ja ☐ Nein
6. Haben die Teil- nehmenden ihre mündliche Aus- drucksfähigkeit in Vorstellungsges- prächen verbes- sert?	mindestens 75 % der Teil- nehmenden sollen sich in Vorstellungsgesprächen sicher präsentieren kön- nen	☐ Ja ☒ Nein	Beobachtung	Teilnehmer/-innen	alle	dafür bestimmter Beobachter		04 bis 12/00	☐ Ja ☒ Nein
7. Haben die Kurs- durchführenden die Einschätzung, sie sind von den Lehrern gut auf die Klasse vorbe- reitet worden?	Alle Kursdurchführende fühlen sich von Lehrern gut oder sehr gut über die Klasse informiert	☐ Ja ☒ Nein	Befragung	Kursdurch- führende	alle	Kursleitung	Vorbereitungs- gespräch 16.1. und Aus- wertungsge- spräch 10.3.		☒ Ja ☐ Nein
8. Welche Vorschlä- ge zur Verbesse- rung des Kurses haben Kurslei- tung und Lehrer?	mindestens 1 höchstens 3 pro Person	☐ Ja ☒ Nein	moderiertes Gruppen- interview	Kursleitung und Lehrer	alle	Kursleitung	Auswertungs- gespräch 10.3.		☒ Ja ☐ Nein
9. Welche Vorschlä- ge zur Verbesse- rung des Kurses haben die Lehr- er/-innen der Klassen?	mindestens 1 höchstens 3 pro Person	☐ Ja ☒ Nein	Telefoninterview	Lehrer/-innen	alle	Kursleitung	09.3		☒ Ja ☐ Nein
10. Haben die Kurs- leiter/-innen Ihr geplantes Pro- gramm durchge- führt?	10a Kennenlernspiel, mindestens solange, bis alle Namen be- kannt sind; nicht län- ger als 30 Minuten 10b eigene Stärken und Schwächen benen- nen können; Einheit von mind. 2 Ustd. da- zu durchgeführt 10c Fähigkeiten im Ge- spräch präsentieren; Rollenspiel dazu durchgeführt, in dem jede/r üben konnte	☐ Ja ☒ Nein	Planung und Protokoll	Kursleitung	alle	Kursleitung	fortlaufend	1.-5.3.	☒ Ja ☐ Nein

Abbildung 10: Beispiel: Datenerhebungsplanung
(Quelle: <http://www.qs-kompodium.de/pdf/Qs29.pdf>)

7 Werkzeuge Netzwerk

7.1 ☒ Checkliste Netzwerk

1) Sind die wichtigen Partner ins Netzwerk eingebunden?	☐
2) Ist ein gemeinsames Ziel abgestimmt worden? Ist der Nutzen für alle Partner ersichtlich?	☐
3) Ist die Struktur funktionsfähig? (Steuerungsgruppe, Plenum, Arbeitsgruppen)	☐
4) Sind partizipative Entscheidungsfindungen gewährleistet?	☐
5) Sind Programmschritte oder Projekte einvernehmlich geplant?	☐
6) Funktioniert das Netzwerkmanagement?	☐
7) Ist die Ressourcenlage ausreichend?	☐
8) Werden die Ergebnisse evaluiert? (Kooperationsverbesserung, Angebotsanpassung)	☐

7.2 Instrumente Netzwerk

- Leitbild
- Datenerhebung zur Angebotssituation
- Netzwerkkarte(n)
- Überleitungsbogen
- Kooperationsvereinbarungen/- verträge
- Tätigkeitsdokumentation

7.2.1 INSTR_NW: Erhebung Hilfesystem

Daten zum arbeitsfeldbezogenen Hilfesystem

Erhebung der Angebotsdaten für die unterschiedlichen Systeme

Medizinisches System

Pflegerisches System

Sozialprofessionelles System

Selbsthilfegruppen

Datenauswahl:

Grunddaten (Name, Adressdaten, Tel./Fax, Erreichbarkeitszeiten, Öffnungszeiten, Ansprechpartner in der Einrichtung)

Angebote (Standardleistungen und spezifische Leistungen)

Fachliche Einschätzung der Stärken und Schwächen der Einrichtung/des Dienstes/des Anbieters

Kooperationserfahrungen (eigene, Klientenrückmeldungen)

Vorgehensweise:

Ersterhebung (nur sinnvoll in Verbindung mit einem Öffentlichkeitskonzept)

Kontinuierliche Anpassung

Instrumente:

Fragebogen (am besten je ein spezifischer für die unterschiedlichen Systeme)

strukturierte Befragung, Kooperationsgespräche

EDV-Datenbank

Besonderheiten:

Unterscheidung treffen:

generelle Angebotserhebung (einzelfallübergreifend)

klientbezogene Angebotseinschätzung (vgl. Klientbezogener Check des regionalen Hilfesystems)

7.2.2 INSTR_NW: Netzwerkkarte(n)

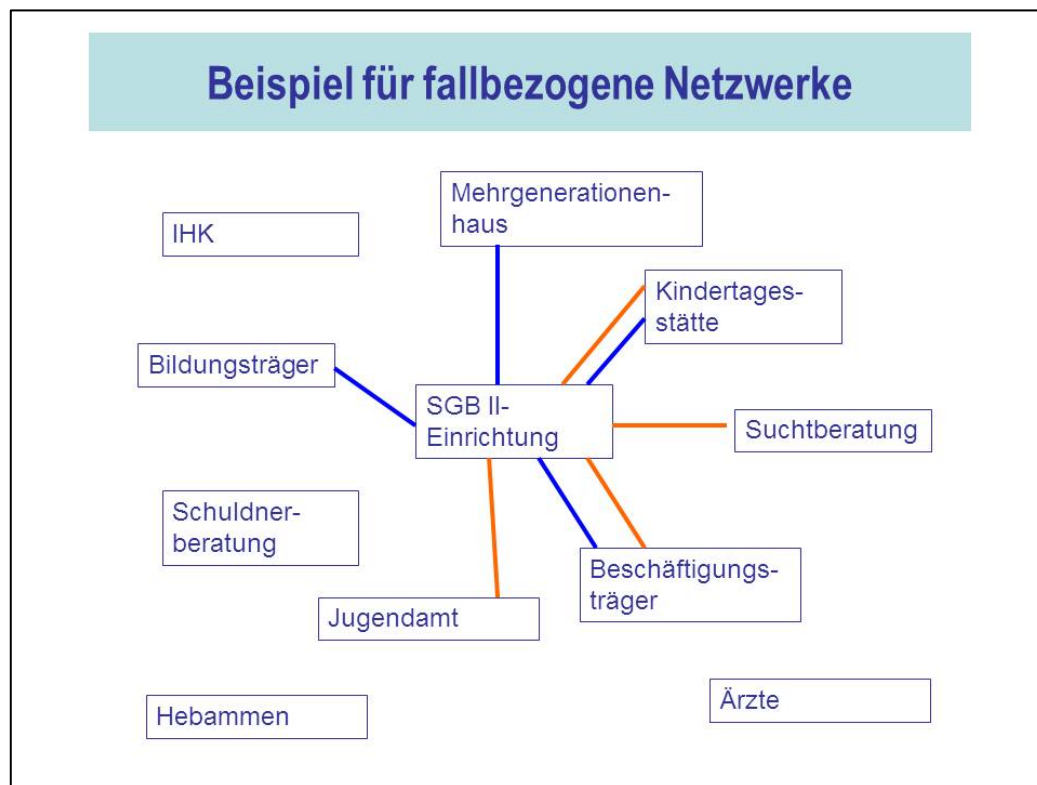


Abbildung 11: Beispiel für fallbezogene Netzwerke (Quelle: Reis, 2009; Abdruck mit freundlicher Genehmigung des Autors)

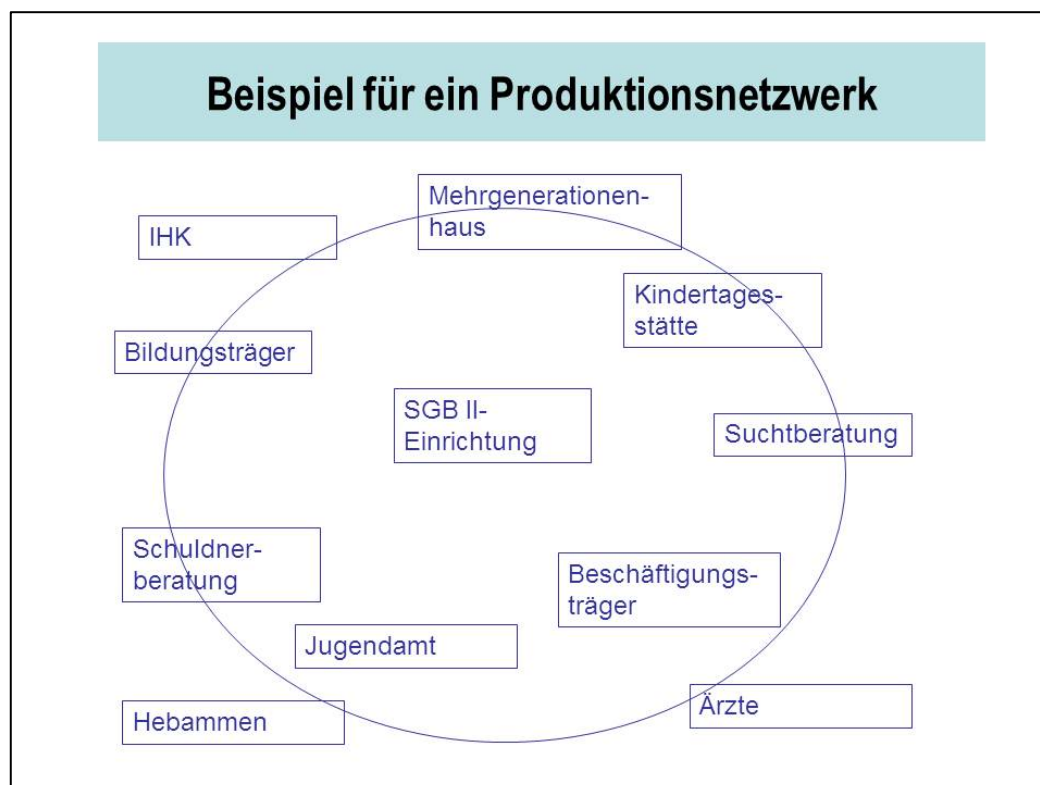


Abbildung 12: Beispiel für ein Produktionsnetzwerk (Quelle: Reis, 2009; Abdruck mit freundlicher Genehmigung des Autors)

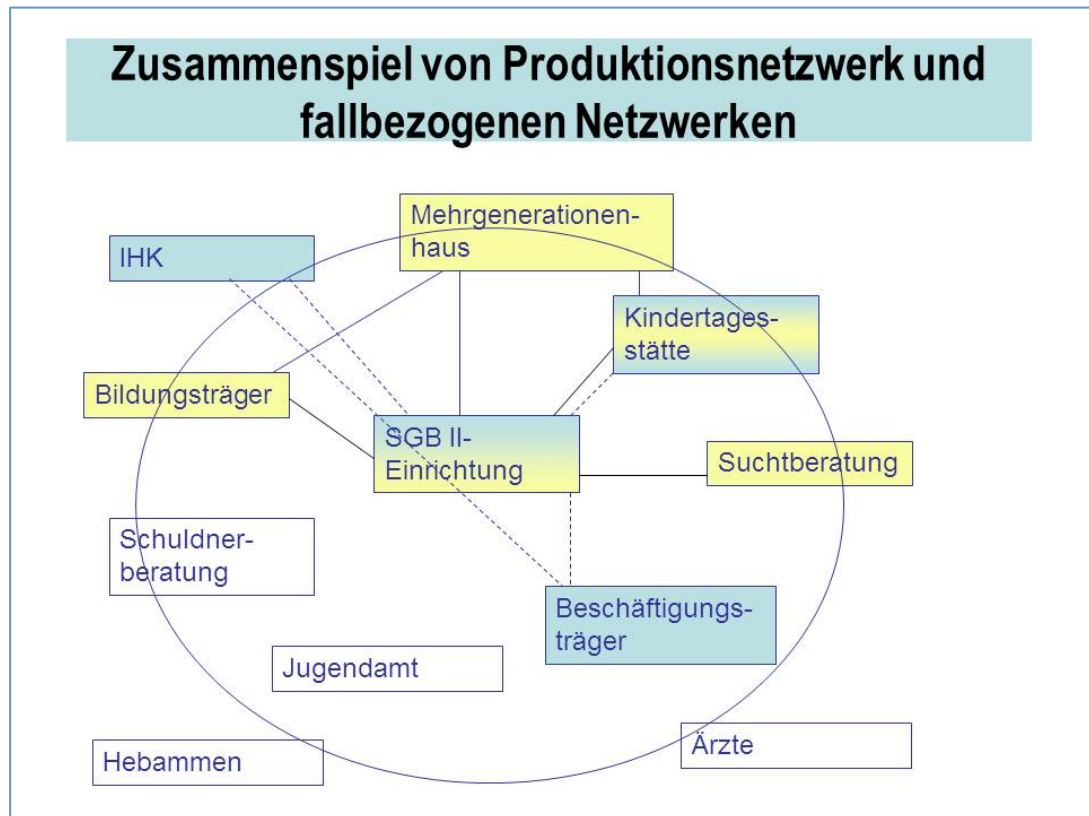


Abbildung 13: Zusammenspiel von Produktionsnetzwerk und fallbezogenen Netzwerken
(Quelle: Reis, 2009; Abdruck mit freundlicher Genehmigung des Autors)

8 Übungen

8.1 Übung_I/A: Fallanalyse Intake/Assessment

Fall Wilhelm B

Frau B. ruft an und bittet um Ihre Hilfe. Durch Telefonate mit Ehefrau und Pflegedienst erfahren Sie folgendes:

Wilhelm B., geb. 3/1937, lebt mit der Ehefrau in eigenem Haushalt, desorientiert, bis 8/2009 mobil, gilt als aggressiv, Gewalttätigkeiten gegen die Ehefrau sind bekannt., (Pflegestufe II); Pflegedienst versorgt in Grund- und Behandlungspflege.

Ruth B., geb. 2/1937, Wirbelsäulenschaden, Schmerzpatientin, Alkohol- und Tablettenabusus bekannt, psychisch instabil, orientiert, (Pflegestufe I)

Das Ehepaar ist verschuldet.

Im August 2011 erhielt ihr Ehemann 14 Tage Kurzzeitpflege in stationärer Einrichtung. Seither ist sein Allgemeinzustand stark reduziert, er spricht nicht mehr, ist bettlägerig. Krankenhauseinweisung wegen Verdacht auf Schlaganfall, dort nur partielle Diagnostik, da etwaige OP nicht vertretbar. Krankenhaussozialdienst will Betreuung einrichten, um stationäre Unterbringung gegen den Willen der Ehefrau einleiten zu können. Krankenhaus ist nicht zur Zusammenarbeit mit Pflegedienst oder Hausarzt bereit. Krankenhaus entlässt Patienten freitagmittags, ohne Pflegedienst oder Hausarzt zu informieren. Nach drei Tagen erneut Krankenhauseinweisung wegen Austrocknung.

Die Entlassung von Herrn B. steht bevor und ist zu regeln. Hausarzt, der sich aufgrund der sozialen Problematik stark für die Patienten einsetzt, fordert CM durch privaten Pflegedienst ein.

Frau B. verfügt über Ressourcen zur selbstständigen Regelung ihrer Angelegenheiten, fühlt sich angesichts der schwierigen Beziehungssituation und der Erfahrung nach Kurzzeitpflege u. Krankenhausaufenthalt aber überfordert. Sie fragt: „Wer ist zuständig? Wer kann mir meinen Mann wegnehmen? Wer hat da was falsch gemacht?“

Wünsche von Frau B.

1. Ihr Mann soll unbedingt in den gemeinsamen Haushalt zurückkehren.
2. Sie will Auskunft über das Krankheitsbild ihres Mannes und wie ihm geholfen werden kann.
3. Wie wird das Ganze finanziert, organisiert? Wer hilft bei der Regelung der wirtschaftlichen Situation?
4. Wer teilt die Verantwortung mit ihr?

Bearbeiten Sie folgende Aufgabenstellung zum Intake/Assessment

1. Benennen Sie die Problembereiche!
2. Welche Ressourcen sind nutz- oder aktivierbar?
3. Welche Angaben sind gesichert, welche müssen überprüft werden?
4. Erstellen Sie ein fachliches **Assessment** als Grundlage für einen Serviceplan!

8.2 Übung_SP: Serviceplan

Greifen Sie den Fall Wilhelm B. noch einmal auf. Nachdem Sie das Assessment erstellt haben (und sich die Lösungsideen durchgelesen haben), bearbeiten Sie bitte folgende

Aufgabenstellung zum Serviceplan:

Erstellen einen Serviceplan auf der Basis Ihres Assessments: Wer macht was, wann, mit welchem Ziel? Welche Ergebnisse erwarten Sie?

8.3 Übung_M: Monitoring

Frau Ruth B. beschwert sich bei Ihnen: Der Pflegedienst komme zu verschiedenen Zeiten (mal ganz früh, mal am späten Vormittag) und es kämen ganz verschiedene „Leute“, von denen Herr Schmid auch häufig schlecht gelaunt und hätte sie auch aufgefordert besser auf ihren Mann zu achten. Sie brauche für sich und ihren Mann mehr Regelmäßigkeit und möchte nicht auch noch kritisiert werden. Sie hat das schon mehrfach angesprochen, aber keine Lösung erzielen können (an den Zeiten könne man nichts machen und sie solle nicht so empfindlich sein). Sie ist unzufrieden mit dem Pflegedienst.

Aufgabenstellung zum Monitoring

Sie wollen im Rahmen des Monitorings ein Gespräch mit dem Pflegedienst führen. Erstellen Sie einen Leitfaden für das Gespräch

8.4 Übung_E: Evaluation

Stellen Sie sich eine Einrichtung vor. Überlegen Sie, welche Patienten behandelt worden sind und welche davon ein Case Management erhalten haben. Führen Sie eine Datenerhebungsplanung durch und nutzen Sie dafür die Vorlage S. 36.

8.5 Übung_NW: Netzwerkaufbau

Aufgabenstellung zur Netzwerkarbeit:

Planen Sie ein Treffen (exemplarisch für Ihre Praxisstelle) für eine berufs- und einrichtungsübergreifende Kooperation.

A) Planungsgrundlagen

- 1) Was sind die praktischen Handlungsbedarfe?
- 2) Was gilt es inhaltlich zu besprechen? (Ausgangslage definieren; Themen festlegen, ggfs. eingrenzen)
- 3) Gibt es rechtliche Grundlagen, die zu beachten sind und die evtl. die Handlungsautonomie festlegen?
- 4) Wie planen Sie konkret den Einstieg?
- 5) Wie gehen Sie methodisch vor?
- 6) Welche Ressourcen sind bei den Kooperationspartnern vorhanden?

- 7) Wie wird die Betroffenenperspektive mit berücksichtigt, bzw. auf Dauer sichergestellt?
- 8) Wie könnte ein fallbezogener Kooperationsplan aussehen?
- 9) Was könnten Inhalte einer Kooperationsvereinbarung auf der Systemebene sein?
- 10) Wie müssen die Rahmenbedingungen dafür verändert werden?
- 11) Wie und wo könnte die Kooperation dauerhaft institutionalisiert werden?

B) Modulierende Faktoren

12) Welche Widerstände kann es geben?

- gesetzlich
- finanziell
- berufsgruppenspezifisch

C) Intervention

- 1) Welche Möglichkeiten sehen Sie, darauf konstruktiv einzuwirken?

9 Lösungen für die Übungen

9.1 Lösung Übung_I/A

Lösung Fallsituation Wilhelm B.

Die nun vorgestellte Lösung stellt nur eine (von mehreren) fachlich begründeten Möglichkeiten vor. Fallkonstellationen im Case Management sind nicht immer eindeutig, sondern zeichnen sich durch Kontingenz (Mehrdeutigkeit, umgangssprachlich: Es könnte „so“ aber auch „so“ sein) aus. Zentral für die Lösungsentwicklung sind fachliche Begründung, Nachvollziehbarkeit und Transparenz. Die Ausführungen basieren auf Diskussionen über Bearbeitungen von Kursteilnehmern aus CM-Weiterbildungen 2010-12)

Zusammenfassende Darstellung

13) Benennen Sie die Problembereiche!

- Pflegebedarf: Klient bettlägerig, Grund- und Behandlungspflege
- Medizinischer Bedarf: Klärung Apoplex, AZ- Reduktion, psychiatrische Erkrankung (Desorientiertheit, Aggression)
- Finanzieller Bedarf: Schulden
- Sozialrechtlicher Bedarf: Gesetzliche Leistungsansprüche klären, Kostenübernahme, Hilfe zur Pflege
- Betreuungsbedarf: Gesetzliche Betreuung?, Teilübernahme durch Ehefrau?
- Psychosozialer Bedarf: Gewalttätigkeit
- Hauswirtschaftlicher Bedarf: Notwendigkeit?
- Selbstmanagement: Überforderung, Regelung von Angelegenheiten
- Kooperation: Unterschiedliche Einschätzungen werden nicht direkt kommuniziert

14) Welche Ressourcen sind nutz- und aktivierbar?

- Personelle: Hausarzt, Pflegedienst, Ehefrau
- Finanzielle: Pflegestufe vorhanden

15) Welche Angaben sind gesichert, welche müssen überprüft werden?

- Sichere Angaben: Klient pflegebedürftig
Pflegestufe
Grund- und Behandlungspflege durch Pflegedienst
Schulden
Klient kann keine Entscheidungen treffen

- Überprüfung: Schulden (Wie hoch? Transparenz)
 Familiäre Ressourcen (Ehefrau, Angehörige, Freunde)
 Häusliche Versorgung möglich? Einschätzung von Pflegedienst und Hausarzt, Hilfsmittel? Wohnsituation verbessern?
 Fremdgefährdung abklären
 Betreuungsverfahren? Kann Ehefrau Teilbetreuung übernehmen?

16) Erstellen Sie ein fachliches Assessment als Grundlage für einen Serviceplan!

Nr.	Bereich		Probleme / Bedarf	Rahmenziele
1.	Pflegerische Versorgung	Kommunikation	Aphasie, eingeschränkte Kommunikationsfähigkeit	Aphasie, eingeschränkte Kommunikationsfähigkeit
			Aggressivität	Verbesserung im Umgang mit Desorientierten
		Bewegung	Eingeschränkte Bewegungsfähigkeit	Mobilisation fördern
		Grundpflege	Grundpflege nicht selbständig möglich	Weiterführung der Grundpflege durch Pflegedienst
		Essen/Trinken	Ernährung, nicht ausreichende Flüssigkeitszufuhr	Sicherstellung der Nahrungsaufnahme und Trinkmenge
		Beschäftigung	Mangelnde Tagesstrukturierung, sensorische Deprivation	Steigerung der Lebensqualität
		Sichere Umgebung	Erhöhtes Risiko für: Dekubitus, Thrombose, Pneumonie, Dehydrierung, Kontraktur	Behandlungspflege mit Pflegedienst sicherstellen
		Sozialer Bereich	Überforderung der Ehefrau	Verbesserung der Beziehung zwischen Ehepartnern durch Entlastung der Ehefrau
2.	Medizinische Versorgung	Orientierung, Erkrankungen	AZ-Reduzierung, Verdacht auf Apoplex, Desorientierung,	Diagnostische Abklärung

			Aggressivität	
3.	Finanzielle und sozial-rechtliche Situation	Rechtliche Situation	Keine gesetzliche Betreuung	Klärung, wer welche Betreuungsbereiche übernehmen kann
		Wirtschaftliche Situation	Schulden	Regelung der finanziellen Angelegenheiten
4.	Psychosoziale Situation	Lebensführung	Fremdabhängigkeit , Unselbstständigkeit	Selbstakzeptanz
5.	Selbstmanagement	Allgemeine Familiensituation	Überforderung der Ehefrau	Entlastung der Ehefrau
		Selbst-/ Fremd-gefährdung	Fremdgefährdung	Sicherheit
6.	Versorgungssystem	Kooperation	Abstimmung untereinander fehlt	Klärung, welche Optionen sinnvoll sind

Ausführliche Erörterung

1) Benennen Sie die Problembereiche!

Zunächst ist wichtig, dass es sich bei dem Klientensystem im engeren Sinne um Wilhelm B. (Patient) und Ruth B. (Angehörige) handelt. Andere Akteure (Hausarzt, Klinik, Pflegedienst) sind involviert.

	Wilhelm	Ruth
Gesundheit	ungeklärte Hirnschlagdiagnose stark reduzierter Allgemeinzustand	Wirbelschaden Alkoholabusus Psychisch Instabilität Schmerzpatientin
Pflegebedürftigkeit	Pflegestufe II immobil desorientiert	Pflegestufe I
Selbstmanagement	eingeschränkte Kommunikation	Überforderung
weitere Aspekte	Verschuldung, keine Vollmachten, Beziehungsdynamik	
Versorgungssystem	Kooperations- und Abstimmungsprobleme des professionellen Systems	

- a) unterschiedliche Interessenslagen: Ehefrau will Mann in Haushalt zurück - fraglich ist, ob dies vor der medizinischen Problematik (V.a. Schlaganfall, Austrocknung, etc.) vertretbar ist
- b) häusliche Versorgung nicht geregelt - die Beteiligten: Krankenhaus, ambulante Pflege, Hausarzt scheinen untereinander nicht zu kooperieren - schlechter Informationsfluss. Krankenhaus lehnt Kooperation mit ambulanten Leistungserbringern sogar ab.
- c) Ehefrau durch eigene Problematik (körperliche Einschränkungen, Suchthintergrund und psych. Instabilität) nicht unmittelbar zur Betreuung / körperlichen Versorgung des Ehemannes einsetzbar.
- d) Herr Wilhelm B. erscheint in der Versorgung durch Aggressionspotenzial und Desorientiertheit erschwert in häuslicher Unterbringung.
- e) Unklare finanzielle Lage durch Verschuldung des Ehepaares.
- f) Erneut steht Entlassung aus Krankenhaus bevor und die häusliche Versorgung scheint nicht geregelt.

2) Welche Ressourcen sind nutz- und aktivierbar?

Hausarzt	Der Hausarzt von Ehepaar B. setzt sich auf Grund der Problematik für Case Management durch privaten Pflegedienst ein, um Versorgungslage und -möglichkeiten zum Wohle seiner Patienten prüfen und ggf. initiieren zu lassen.
Pflegedienst	Die Grund- und- Behandlungspflege von Herrn B. wird durch einen ambulanten Pflegedienst gewährleistet.
Ruth B.	Motivation und das Interesse Einforderung von Hilfe Frau B. möchte, dass ihr Mann in den gemeinsamen Haushalt zurückkehrt. Sie möchte, dass das Krankheitsbild ihres Mannes abgeklärt und daraus resultierende Unterstützungs- bzw. Hilfeleistungen erbracht werden. Sie signalisiert, dass sie die Verantwortung für ihren Mann teilen möchte und verfügt über Ressourcen zur selbstständigen Regelung ihrer Angelegenheiten.
Case Manager	Ein Case Manager ist zur Klärung der Situation vom Hausarzt angefordert worden.
Wohnraum	Gesicherte Wohnung, eigener gemeinsamer Haushalt

Noch offene Fragen dazu:

Über welche Ressourcen genau verfügt Frau B?

Welche Angelegenheiten kann sie noch regeln?

Womit ist sie überfordert?

3) Welche Angaben sind gesichert, welche müssen überprüft werden?

Gesichert	Zu überprüfen
Pflegestufe II vorhanden	Genaue Diagnose von Wilhelm B. (Schlaganfall, welche OP?). Ggf. bei Bettlägerigkeit Erhöhung der Pflegestufe möglich? Sind Hilfsmittel vorhanden?
Krankenhausaufenthalt wegen V.a. Schlaganfall und zweiter wegen Austrocknung. Keine Kooperationsbereitschaft	Diagnosen erfragen. Krankenhaus-Sozialdienst möglicherweise nicht über häusliche Situation informiert.
Ambulanter Pflegedienst vorhanden	Welche Leistungen /Zeitraum werden durchgeführt. Weitere Betreuung möglich? Genaue Pflegeplanung vor dem Hintergrund der aktuellen Diagnose / Gefahr der Austrocknung besprechen und Kosten dafür klären. Höherstufung der Pflegestufe diskutieren
Engagierter Hausarzt vorhanden	Gespräch führen, ob er für oder gegen häusliche Versorgung spricht und gemeinsame Planung dieser. Auch Problematik Ehefrau und gesetzl. Betreuung ansprechen. Gibt es weitere Angehörige?
Verschuldung	Höhe und Art der Verschuldung?
Ehefrau Pflegestufe I, Wirbelsäulenschaden, Schmerzproblematik, Alkohol- und Tablettenabusus, psychisch instabil	Inwieweit kann sie finanzielle und organisatorische Themen erledigen? Wer kann sie dabei unterstützen? Sollte eine gesetzl. Betreuung für Ehemann eingerichtet werden?
	Ehepaar lebt im eigenen Haushalt, die Haushaltssituation ist unklar (Wohnumfeld, Versorgung etc.) Nachbarschaftshilfe? Gestaltung des Wohnumfeldes /Hilfsmittel oder Umbau nötig
	-Verschuldung- Details fehlen
	Welches persönliche Hilfenetz ist bereits vorhanden, wer/was wird noch benötigt
	-Gespannte Beziehungssituation, lässt der Ehemann Hilfe von der Ehefrau zu (konfrontatives Verhalten), wie ist es gegenüber fremden Personen

	-Ist der Sozialdienst des Krankenhauses wieder im Boot? Wie ist der Stand?
	-Was ist der Grund der schlechten Kooperationsbereitschaft des Krankenhauses? (Um wen handelt es sich hierbei, um Personen oder die Institution?)
	Rechtliche Betreuung
	Ist der finanzielle Rahmen der Pflegeversicherung ausgeschöpft

4) Erstellen Sie ein fachliches Assessment als Grundlage für einen Serviceplan

(A) Situations-Problemanalyse:

Wilhelm B. 75 jähriger Patient, desorientiert, mobil, aggressiv, Pflegestufe II seit 2 Jahren. Lebt mit Ehefrau (Pflegestufe I) in eigenem Haushalt. Seit 2-wöchigem Aufenthalt in einer Kurzzeitpflege starke Verschlechterung des Allgemeinzustandes von Wilhelm B. Bettlägerigkeit, spricht nicht mehr. Zweifache Aufnahme ins Krankenhaus, zunächst wegen Verdacht auf Schlaganfall, kurz darauf wegen Austrocknung. Ehefrau will, dass ihr Mann wieder ins häusliche Umfeld zurückkommt, umfassende häusliche Versorgung ungeklärt.

(B) Ressourcenanalyse:

Hausarzt und Pflegedienst vorhanden zur medizinischen Betreuung des Patienten. Häusliches Umfeld und Ehefrau vorhanden, was grundsätzlich im Sinne des Patienten die bevorzugte Lösung sein sollte (Desorientiertheit bei Umzug in ein Heim meist enorm verstärkt)

(C) Einschätzung der Beteiligten

Die Ehefrau möchte, dass ihr Mann zurück in den Haushalt kommt. Hausarzt und ambulanter Pflegedienst kooperieren gut - die häusliche Versorgung - ausgerichtet am Bedarf des Patienten - sollte durch Hausarzt und Pflegedienst geregelt werden. Im zweiten Schritt die Kostenübernahme der ärztlichen und pflegerischen Leistungen. Auch mit der Ehefrau sollt ein Gespräch geführt werden, um diese - soweit als möglich, mit in die Versorgung einzubeziehen, z.B. Ehemann zum Trinken animieren (Trinkmengen dokumentieren).

Wenn eine Rundumbetreuung des Patienten zuhause nicht gewährleistet werden kann, sollte über eine stationäre Aufnahme in ein Pflegeheim nachgedacht werden. Dies sollte erst der zweite Schritt sein.

(D) Zieldimensionen

Es gibt einen Zielkonflikt: Versorgung zuhause vs. Versorgung stationär ist nur in einem gemeinsamen Abstimmungsprozess zu lösen. „Unter welchen Bedingungen ist eine optimierte Versorgung des Patienten zuhause - ausgerichtet an seinem Pflegebedarf - mit Hilfe von Pflegedienst, Hausarzt und ggf. Ehefrau, bzw. weiterer Personen (ggf. Nachbarn, Angehörige, etc.) möglich?

Dokumentation des Eingangsassessment**Persönliche Daten**

Name: Herr B. **Vorname:** Wilhelm **Geburtsdatum:** 3/1937

Wohnort: **Telefonnummer:**

Krankenversicherung und Versicherungsnummer:

Lebenssituation

Familienstand: verheiratet

Angehörige: Frau B., Ruth geb. 2/1937 Tel:

Beziehung zur o.g. Person: Ehemann, lebt mit Ehefrau im Haushalt, desorientiert, bek. Gewalttätigkeiten gegen Ehefrau, reduzierter AZ (PfSt III) Pflegedienst in Grund und Behandlungspflege, derzeit im KHS, Entlassung steht an, soll auf Wunsch der Ehefrau unbedingt in den gemeinsamen Haushalt zurückkehren

Physische Aspekte
Ressourcen, Fähigkeiten, Probleme, Defizite motiviert Wirbelsäulenschaden, Schmerzpatientin körperliche Einschränkungen - Pflegebedürftig (PfSt I)
Psychische (kognitiv,, emotional, spirituell) Aspekte
Ressourcen, Fähigkeiten, Probleme, Defizite Orientiert Psychisch instabil Bek. Alkohol- + Tablettenabusus Unsicherheit Will Pflegebedürftigen Ehemann (PfSt III) nach Hause holen
Soziale Aspekte
Ressourcen, Fähigkeiten, Probleme, Defizite Selbstständige Regelung von Angelegenheiten möglich Engagierter Hausarzt Bekannter Pflegedienst Verschuldung Unklare Betreuungssituation des Ehemannes (Vollmacht? Betreuung? Patientenverfügung?)

Unterstützungsbedarfe

Pflege/ Gesundheit/ Verhalten	Ressource	Problem	Bedarf
Körperliche Aktivitäten	Pflegestufen vorhanden	körperliche Einschränkungen beider Ehepartner	Pflegebedarf
Ernährung			unklar
Körperpflege		Immobilität und Pflegebedürftigkeit des Ehemannes Pflegebedürftigkeit der Ehefrau	Pflegebedarf
Behandlungspflege		Unklare Diagnosen und Therapiemöglichkeiten beider Ehepartner	Pflegebedarf Diagnostik u. Behandlungsbedarf
Verhalten	Motivation der Ehefrau	Beziehungsproblematik der Ehepartner, Konfrontatives Verhalten des Ehemannes	Beratungsbedarf
Sinnesorgane		eingeschränkte Kommunikation des Ehemannes	
Prävention	Ehefrau kann selbstständig Angelegenheiten regeln	Hilflosigkeit /Überforderung der Ehefrau, Psychische Instabilität der Ehefrau, Schlechte Erfahrungen (Klinik, Kurzzeitpflege)	Beratungsbedarf Trainingsbedarf
Sonstiges	Diagnosen wären durch eine Diagnostik beider Ehepartner zu klären (psychisch, körperlich)	Medizinische Diagnosen beider Ehepartner unklar, diese wären durch eine Diagnostik beider Ehepartner zu klären (psychisch, körperlich)	Diagnostik
Haushalt	Ressourcen	Problem	Bedarf
Einkaufen			unklar
Wäschepflege			unklar
Reinigen der Wohnung			unklar
Instandhaltung			unklar
Sonstiges			unklar

Finanzieller rechtlicher Bereich	Ressourcen	Problem	Bedarf
Behördenangelegenheiten			unklar
Regelungen der Finanzen			unklar
Schulden	Sozialamt + Schuldenberatung	Verschuldung- Details fehlen	Beratungsbedarf
Rechtliche Angelegenheiten		Unklare Betreuungsverfügung über den Ehemann	Regelungsbedarf
Psychosozialer Bereich	Ressourcen	Problem	Bedarf
Grundhaltung zur Lebenssituation	Die Motivation und das Interesse der Ehefrau, fordert aktiv um Hilfe und Unterstützung	Psychisch instabil; Alkohol- und Tablettenabusus, Unsicherheit	Beratungsbedarf Behandlungsbedarf
Sonstiges			unklar
Netzwerk	Ressourcen	Problem	Bedarf
Angehörige			unklar
Auflistung des Netzwerkes	Hausarzt Pflegedienst		Abstimmungsbedarf
Wohnung	Ressource	Problem	Bedarf
Wohnsituation	Ehepaar lebt im eigenen Haushalt,	die Haushaltssituation ist unklar (Wohnumfeld, Versorgung etc.)	Beratungsbedarf
Hilfsmittel			unklar
Sonstiges			unklar

Abschließender Hinweis:

Das Assessment muss noch in einigen Punkten ergänzt werden um die nicht gesicherten Angaben zu vervollständigen.

Die Fragestellung: „Ist Entlassung nach Hause realistisch, ist die häusliche Pflege und Versorgung gesichert?“ ist im Sinne eines Case Managements (da sie zu vereinfachenden „Ja/Nein“-Antwort führt) ungeeignet und müsste präzisiert werden: „Unter welchen Bedingungen ist eine Entlassung nach Hause möglich? Was muss gewährleistet sein, damit die Versorgung im häuslichen Umfeld gesichert werden kann?“

Sollte eine Entlassung nach Hause nicht sofort möglich sein, könnte eine Option darin bestehen, für Wilhelm B. eine Kurzzeitpflege zu arrangieren um die notwendige Zeit zur Klärung der Grundfragestellung (ambulante oder stationäre Versorgung) zu erhalten.

9.2 Lösung Übung_SP

Klient	Hr. Wilhelm B., 03/1937	
Name, Geb.-Datum:	Fr. Ruth B., 02/1937	
Sonstige Angaben	Pflegekasse,	
z. B. Kostenträger f. Maßnahmen:	Pflegestufe II	
Problem:	1. Die Ehefrau benötigt umfängliche Information, Unterstützung und teilweise Übernahme bei der Regelung der wirtschaftlichen Angelegenheiten und Finanzierung der Hilfen für den Ehemann. 2. Der Ehemann ist in schlechter gesundheitlicher Situation und benötigt zuhause vollständige Pflege und Hilfe. Die Ehefrau ist überlastet und hat selbst gesundheitliche schwierige Probleme. Über die Krankheit des Mannes ist sie nicht vollständig informiert 3. Die Kooperation/ Überleitung zwischen Krankenhaus, Hausarzt, Pflegedienst klappt nicht.	
Zielsetzung:	Der Ehemann kann zuhause gepflegt werden. Die Pflege ist finanziell abgesichert. Die Ehefrau bekommt die Hilfe und Unterstützung, die sie benötigt. Für den Ehemann wird ein rechtlicher Betreuer bestellt, der mit der Ehefrau anstehende Probleme künftig gemeinsam bewältigt. In Zukunft wird die Ehefrau entlastet und könnte auch Kurzzeitpflege als Entlastung ansehen. Der Ehemann kommt nur noch selten ins Krankenhaus und wenn, dann funktioniert eine gute Kooperation zwischen Arzt u. Pflegedienst.	
Intake	Gespräch mit Ehefrau bei einem Hausbesuch Aufnahme ins CM, Zielvereinbarung	

Maßnahme:	Bereiche:		Erledigung durch:	Zeitfenster:	Zielsetzung und erwartetes Ergebnis:
1.	Gesundheit				Ein gemeinsames .Gespräch mit dem Arzt und
	Tel. Rückfrage beim Krankenhaussozialdienst		CM	Vor Entlassung	der Ehefrau ist notwendig, damit ein
	Klärung der aktuellen Situation und Entlass Termins				umfassendes Bild über die Erkrankung
					möglich wird. Evtl. kann der Arzt auch
	Gemeinsamer Termin mit Ehefrau beim behandelnden Krankenhausarzt		CM, Pflegeplanung (PP)	Vor Entlassung	Angaben zu den Wünschen des Ehemannes machen, der ja nicht spricht.
	Termin mit Pflegedienst im Krankenhaus zur Klärung von Umfang, Inhalt der häusl. Pflege, Hilfsmittel, Hauswirtschaft und Möglichkeit der Erstellung eines Kostenvoranschlags		CM, PP, PD	Vor Entlassung	Ein Gespräch mit dem Pflegedienst u. der Ehefrau ist notwendig, damit alle konkret abgesprochen werden können. (Pflegeplanung durch PD
	Termin beim Hausarzt, familiäre Situation, Belastbarkeit, HKP, weitere Behandlungen zu Hause		PP, PD	Vor Entlassung	Ein Gespräch mit der Ehefrau und dem Arzt über die gesundheitliche Lage der Eheleute-
	Gespräch mit Ehefrau, Überprüfung der Entscheidung		CM, PP	Vor Entlassung	Klare Entscheidung der Ehefrau für

	Pflege zu Hause			häusl. Pflege
	Kontakt mit Krankenhaussozialdienst	CM	Vor Entlassung	Hilfsmittelverordnung einleiten Betreuungsantrag, ggf. neurol. Konsil

2.	Soziale Situation			
	Entlastungsmöglichkeiten für Ehefrau klären	CM, PP	Vor Entlassung	Für Ehemann zusätzliche Betreuungsleistungen beantragen, damit er mehr Ansprache bekommt u. Ehefrau entlastet wird.
		CM	3.-4. Woche	Psychosoziale Hilfe für Ehefrau veranlassen. Sie ist bereit eine Beratungsstelle für Abhängigkeitskranke in Begleitung aufzusuchen. Durch den Hausarzt wird sie zu einem guten Schmerztherapeuten überwiesen. Sie kann eine Gruppe für pflegende Angehörige aufsuchen.

3.	Selbstmanagement	CM Betreuer des Ehemannes	4. Wochen	Ehefrau wird entlastet: vorübergehend durch CM, der Anträge einleitet, künftig durch rechtlichen Betreuer, der das dann bei Bedarf übernimmt und alles mit ihr abspricht. Die Rechte des Ehemannes werden vertreten. Seine Bedürfnisse werden ermittelt.
			4. Woche	Die Ehefrau behält für sich die Verantwortung und ist für ihren Mann nur in Teilbereichen (z. B. Versorgung zuhause) beauftragt. Sie kann bei Bedarf Entlastung erhalten und annehmen.
			6. Woche	Sie hat Zeit ihre eigenen Probleme zu bearbeiten.

4.	Wirtschaftliche Situation, Finanzierung der Pflege, Antrag Zusätzliche Betreuungsleistungen für Hr. B evtl. Höherstufungsantrag Bedarfsanzeige beim Sozialamt evtl. weitere Anträge (Amt f. Soziale Angelegenheiten)	CM, PP CM, PP CM, PP CM, PP	Vor Entlassung Vor Entlassung Vor Entlassung Vor Entlassung 1-2 Wo nach Entlassung	Die Ehefrau ist über die Finanzierung d. Pflege informiert u. steuert Dokumente bei, damit ergänzende Hilfe zur Pflege beim Sozialhilfeträger beantragt werden und der Ehemann zu Hause umfangreich seinem Bedarf entsprechend, gepflegt u. betreut werden kann. Ggf. können zusätzliche Betreuungsleistungen bei Pflegekasse beantragt werden. Pflege im Heim wäre ebenfalls finanzierbar.
	Schulden	Ehefrau mit rechtl. Betreuer des Ehemanns	sobald ein Betreuer bestellt u mit Ehefrau vertraut u bekannt ist	Mit Hilfe der Dokumente können die Schulden genau ermittelt u. fachliche Beratung b. Schuldnerberatung er-

5.	Hilfen (Dienste, Nachbarn, Kontakte, techn. Hilfen,)	CM, Krankenhaussozialdienst	6. Woche	Der Krankenhaussozialdienst ist bereit eine bessere Zusammenarbeit zu unterstützen. Deshalb wird eine Arbeitsgruppe eingerichtet, in der man die Vorgehensweise bei Entlassungen bespricht. Die Vorteile einer engen Kooperation werden erkannt und in Zukunft der Expertenstandard des Entlassungsmanagement eingeführt. Es werden Abläufe fixiert und ein Formular für die Überleitung erarbeitet.
	Klärung der Ist-Situation zu Hause, Nachbesserung	CM, PP, PD	1 Woche nach Entlassung	Überprüfung/Sicherstellung des Versorgungskonzeptes, Übergabe

(in Anlehnung an Bearbeitungen von Kursteilnehmern aus CM-Weiterbildungen 2010/11)

9.3 Lösung Übung_M

Gesprächsleitfaden für das Fallbeispiel Ruth B.: Gespräch mit dem Pflegedienst

- 1) Begrüßung, Anlass des Gespräches
- 2) Rückmeldung zur Arbeit des Pflegedienstes allgemein
- 3) Honorierung der bereits geleisteten Arbeit und der erreichten Ziele
- 4) Rückmeldung der Klientin
- 5) Schwierigkeiten in der Arbeit aus Sicht der Klientin (erläutert durch CM)
- 6) Schwierigkeiten aus Sicht des Pflegedienstes
- 7) Abgleich der Sichtweisen
- 8) Erinnerung an Ziele, die im Serviceplan vereinbart wurden
- 9) Verhandeln und evtl. Umorientierung und Kompromissvorschläge erstellen
(ACHTUNG: Keine neue Vereinbarung treffen, die nicht im Vorfeld mit der Klientin abgesprochen wurde, da die Zustimmung dafür fehlt)
- 10) Erneutes Monitoring Gespräch zur Feststellung der gemachten Fortschritte vereinbaren

Haltung des CM: Grundsätzlich wertschätzende Kommunikation, Vermeidung verletzender Äußerungen o. persönliche Anklage, Problemsichtweisen ernst nehmen, Lösungsmöglichkeiten suchen im Kontext der Möglichkeiten (dazu ist allerdings erforderlich, den eigenen Verhandlungsspielraum – der durch die Klientin gesetzt wird – nicht zu ignorieren)