



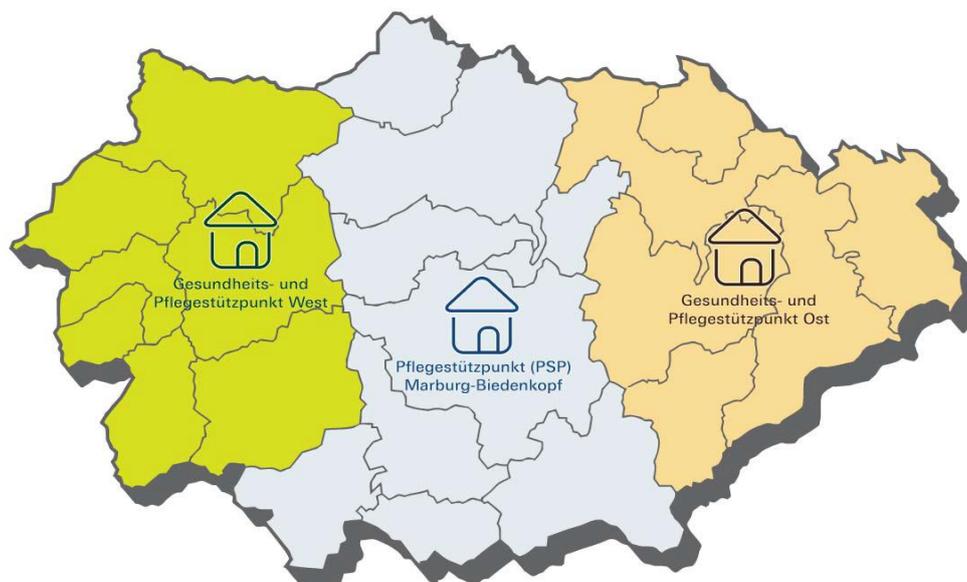
Der Kreisausschuss

Fachbereich Gesundheitsamt
Stabsstelle Altenhilfe

Zwischenbericht 2016

Projekt „Sektorenübergreifende Versorgung durch Beratung, Koordination und Planung“

Landkreis Marburg-Biedenkopf
Ärztegenossenschaft PriMa eG



August 2017

Bericht an das Hessische Ministerium für Soziales und Integration

Isabel Horstmann

Ruth Schlichting

Inhalt

Einführung	1
1 Fortführung und Weiterentwicklung des Beratungsangebots	3
1.1 Zusammenarbeit des Pflegestützpunktes Marburg (PSP) mit den Projekt-Außenstellen (GPSP)	3
1.2 Regionalisierung der Beratungsarbeit.....	3
1.3 Das Beratungsaufkommen	4
1.4 Selbstverständnis der Mitarbeiterinnen der GPSP und des PSP	6
1.5 Maßnahmen zur Qualitätssicherung und Verstetigung der Beratungsarbeit.....	6
1.5.1 Entwicklung eines Case-Management Konzeptes.....	6
1.5.2 Ablaufkriterien für Fallkonferenzen	7
1.5.3 Einführung des Versorgungstagebuchs.....	7
1.5.4 Befragung zur Kundenzufriedenheit	8
1.5.5 Fortbildung der Beratungskräfte.....	9
1.5.6 Öffentlichkeitsarbeit.....	10
1.5.7 Erfassung von Versorgungslücken.....	12
2 Stärkung der Verbundidentität	13
2.1 Erprobung und Verstetigung der leitlinienorientierten Zusammenarbeit.....	13
2.2 Arbeit in den Netzwerkkonferenzen	16
2.3 Entwicklung eines gemeinsamen Logos	18
3 Intensivierung der Zusammenarbeit mit Akteuren des Gesundheitswesens	18
3.1 Leistungsvereinbarung mit der Ärztegenossenschaft PriMa e.G.....	19
4 Realisierung eines mobilitätssichernden Angebots für ältere Menschen auf dem Land..	20
5 Ausblick	22
Quellenverzeichnis	24
Abkürzungsverzeichnis	25
Anlagen	26
Anlage 1: Case-Management-Konzept.....	26
Anlage 2: Leistungsvereinbarung mit der Ärztegenossenschaft PriMa e.G.	26

Einführung

Das Jahr 2016 kennzeichnet eine Phase der Präzisierung und Weiterentwicklung der im Landkreis Marburg-Biedenkopf implementierten trägerneutralen Beratungsstrukturen für Menschen mit ambulantem Hilfebedarf und deren Angehörige. Ermöglicht wurde dies durch die Bewilligung des Projekts „Sektorenübergreifende Versorgung durch Beratung, Koordination und Planung“ durch das Hessische Sozialministerium am 31. März 2014. In den Projektjahren 2014 / 2015 konnten zwei Außenstellen, sogenannte „Gesundheits- und Pflegestützpunkte (GPSP), in der Ost- und Westregion des Landkreises eingerichtet werden. Im Frühjahr 2016 erfolgte die Bewilligung des Verlängerungsantrags, der die Chance eröffnete, die in den ersten beiden Projektjahren entwickelten sektorenübergreifenden Beratungs- und Netzwerkstrukturen bis Ende 2018 weiter auszubauen und zu verstetigen.

Der übergeordnete Projektauftrag, seine Ziele und Ansatzpunkte wurden in den vorangegangenen Berichten ausführlich dargelegt¹, so dass auf diesbezügliche Ausführungen an dieser Stelle verzichtet werden kann.

Die für den Projektzeitraum 2016 bis 2018 vorgesehenen Arbeitsschritte und „Meilensteine“ wurden in der zwischen dem Hessischen Sozialministerium und dem Landkreis Marburg-Biedenkopf in Kooperation mit der Ärztenossenschaft PriMa e.G. sowie dem regionalen Nahverkehrsverband (RNV) geschlossenen Vereinbarung definiert. Als Projektträger verpflichtete sich der Landkreis Marburg-Biedenkopf dabei zur „Fortführung und Weiterentwicklung des Beratungsangebots der in den Förderjahren 2014 und 2015 etablierten regionalen Gesundheits- und Pflegestützpunkte in Stadtallendorf und Biedenkopf als Satelliten des bestehenden Pflegestützpunktes Marburg-Biedenkopf mit aufsuchender, koordinierender und vernetzender Funktion“. Für den Förderzeitraum 2016-2018 sieht der Maßnahmenplan folgende konkrete „Meilensteine“ vor²:

- Verstetigung einer leitlinienorientierten, sektorenübergreifenden Zusammenarbeit auf der Einzel- fallenebene (Case-Management) und Systemebene (Care-Management);
- Etablierung einer gemeinsamen „Verbundidentität“ durch kontinuierliche Netzwerkarbeit (Netzwerk-konferenzen);
- Realisierung eines an die Mobilitäts- und Versorgungsbedürfnisse älterer Menschen auf dem Lande angepassten, öffentlichen Nahverkehrs in Zusammenarbeit mit dem RNV ;
- Überführung der Gesundheits- und Pflegestützpunkte Ost und West in eine Regelstruktur.

Planung für 2016

Der Maßnahmenplan für 2016 beinhaltet folgende Arbeitsschritte:

- die öffentliche Unterzeichnung der Leitlinien für die Akteure des Netzwerks Ost und West;
- die Entwicklung eines Protokollschemas und die Festlegung von Bedarfsindikatoren für leitliniengestützte fallbezogene Hilfefunktionen im Rahmen des Case-Managements;

¹ Der Kreisausschuss: Antrag des Landkreises Marburg-Biedenkopf, 10/2013; Zwischenbericht 3/2015; Verlängerungsantrag 9/2015.

² Maßnahmen- und Zeitplan zum Modellprojekt „Sektorenübergreifende Versorgung durch Beratung, Koordination und Planung“. Antragsteller Landkreis Marburg-Biedenkopf in Kooperation mit PriMa e.G. und dem regionalen Nahverkehrsbund (RNV). Anlage zum Verlängerungsantrag, 4/2016.

- die Unterzeichnung einer Leistungsvereinbarung mit dem Hauptkooperationspartner, der Ärztegenossenschaft PriMa e. G., hinsichtlich der Mitwirkung von Ärzten an Netzwerk- und Fallkonferenzen;
- die Einführung von Versorgungstagebüchern (Mitteilungsbüchern);
- die Entwicklung eines regionübergreifenden Logos zur Stärkung der Verbundidentität;
- die Entwicklung eines Fragebogens zur Evaluation der leitliniengestützten Zusammenarbeit.

Das Gesamtjahr sah außerdem mehrere regionale Treffen zur Nahverkehrsplanung vor.

Der vorliegende Bericht gibt Auskunft darüber, inwieweit die genannten Vorgaben für 2016 erfüllt werden konnten, welche positiven Entwicklungen und Erfahrungswerte es gab, und welche besonderen Anforderungen sich durch die Praxis für die nächste Projektphase zeigen.

1 Fortführung und Weiterentwicklung des Beratungsangebots

1.1 Zusammenarbeit des Pflegestützpunktes Marburg (PSP) mit den Projekt-Außenstellen (GPSP)

Nach wie vor arbeiten die Gesundheits- und Pflegestützpunkte der Ost- und Westregion konzeptionell und organisatorisch mit dem Pflegestützpunkt in Marburg eng zusammen. Diese Zusammenarbeit bezieht sich z.B. in Bezug auf die Öffentlichkeitsarbeit, gemeinsame Fortbildungen und die gegenseitige Vertretung bei urlaubs- und krankheitsbedingten Ausfällen. Auch in Unter-Arbeitsgruppen findet weiterer Austausch zwischen den GPSP und dem PSP statt.

Die Zusammenarbeit wird insbesondere durch die zweiwöchentlichen Teambesprechungen mit allen Mitarbeiterinnen, die zentral im Beratungszentrum mit integriertem Pflegestützpunkt (BiP) in Marburg erfolgen, gestärkt. Das Arbeitsklima dieser Teambesprechungen ist geprägt durch das Bestreben, eine Atmosphäre für Kooperationen und vertrauensvolle Zusammenarbeit zu schaffen; der Sprachgebrauch ist immer wertschätzend. Dies entspricht der Zielsetzung, die integrierende Grundhaltung in Beratungssettings und in die Szene der Netzwerk-Akteure hinein zu tragen.

1.2 Regionalisierung der Beratungsarbeit

Im Landkreis Marburg-Biedenkopf leben in 22 Städten und Gemeinden rund 245.000 Einwohner. Die Ost- und die Westregionen des Landkreises umfassen mit rund 120.000 Einwohnern fast ebenso viele Einwohner wie die Region Mitte mit rund 125.000 Einwohnern.

Abb. 1: Zuständigkeitsgebiete des Pflegestützpunktes Marburg-Biedenkopf und der Gesundheits- und Pflegestützpunkte West und Ost



Mit Schaffung der Projekt-Außenstellen konnte der Marburger Pflegestützpunkt entlastet werden.

Zugleich gelang es, die regionalen Zuständigkeiten der Mitarbeiter sowohl intern als auch im Außenprofil weiter zu etablieren (Abb. 1).

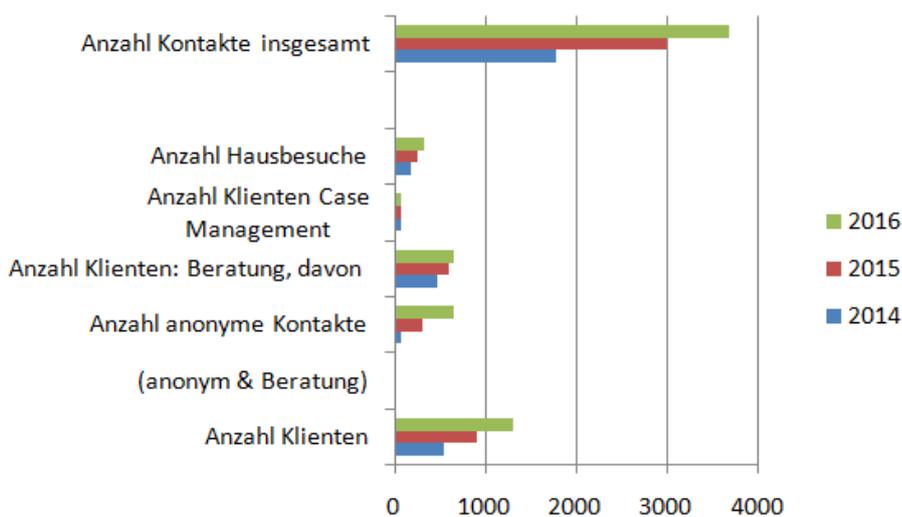
Die persönliche Prä-

senz der Beratungsfachkräfte im Westen und Osten des Landkreises ermöglicht es ihnen, die unterschiedlichen Ressourcen und Arbeitsschwerpunkte der Dienstleister vor Ort näher kennenzulernen und mit ihnen engere Kooperationen einzugehen. Die Vorteile der Regionalisierung zeigen sich u.a. in der Stabilisierung der geschaffenen Vernetzungsstrukturen sowie in der besseren Erreichbarkeit der Klienten, z. B. durch kürzere Fahrwege bei Hausbesuchen.

1.3 Das Beratungsaufkommen

Zunächst ist festzustellen, dass die Nachfrage nach Beratung in den Gesundheits- und Pflegestützpunkten im Landkreis Marburg-Biedenkopf 2016 stetig gestiegen ist. Dafür gibt es mehrere Gründe: Ein wesentlicher Grund liegt in der Dezentralisierung des Beratungsangebots und der damit verbundenen regionalen Präsenz der Projektstellen. Das Angebot ist für Ratsuchende aus den peripheren Regionen des Landkreises präsenter und leichter erreichbar als der zentrale Pflegestützpunkt in Marburg. Ein weiterer Grund kann in der professionellen Öffentlichkeitsarbeit und den Vernetzungsaktivitäten gesehen werden. So konnte sich der hohe - und bis dahin oft ungedeckte - Beratungsbedarf deutlich in Form von Nachfragen abzeichnen. Der höhere Bekanntheitsgrad ließ sie zu einer wichtigen Anlaufstelle für viele Bürgerinnen und Bürger werden.

Abb. 2: Entwicklung der Beratungskontakte 2014 bis 2016



Quelle: Statistik der Stabsstelle Altenhilfe Marburg

Im Jahr 2015 wurden insgesamt 2.992 Kontakte registriert, 2016 bereits 3.676, das ist eine Zuwachsrate von 23 %. Die Steigerungsrate in 2016 hat sich gegenüber 2014 / 2015 von 66 % auf 45 % verringert. Das ist vermutlich darauf zurückzuführen, dass sich der Beratungsbedarf zu Projektbeginn deutlich entfaltet und sich mit zunehmender Etablierung der Außenstellen das Nachfrageniveau einpendelte.

Tab. 1: Entwicklung der Beratungskontakte / Klientenanzahl 2014 bis 2016

Anzahl	2014	2015	Entwicklung 2014/2015 in %	2016	Entwicklung 2015/2016 in %
Klienten	548	908	66%	1.313	45%
Anonyme Kontakte	76	309	307%	655	111%
Klienten: Beratung, davon:	472	599	27%	658	10%
Klienten Case-Management	79	81	3%	74	-9%
Hausbesuche	185	252	36%	326	29%
Kontakte insgesamt	1775	2992	69%	3676	23%

Quelle: Syncase: „Kleine Statistik“ 2014-2016

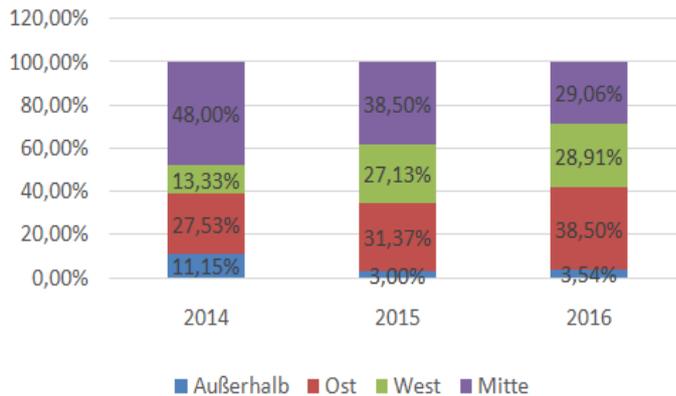
Eindeutig liegt der Beratungsschwerpunkt auf dem Gebiet der Leistungen des SGB XI. Diese wurden bei den anonymen Kontakten 361 Mal abgefragt. Das sind 48 % aller Nachfragen: Von diesen 361 Anfragen beziehen sich allein 78 auf den Erstantrag, 53 auf die MDK-Gutachten, 49 auf die Pflegeeinstufung und 45 auf zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen. Demenz war ebenfalls ein Thema mit hohem Nachfragewert (42 %). An zweiter Stelle folgten Fragen zur Ambulanten Versorgung mit 11% aller Anfragen im Rahmen der anonymen Kontakte.

Tab. 2: Nachgefragte Themen bei anonymen Kontakten in 2016

Themen	Nachfragen	in %
Ambulante Versorgung	86	11%
Rechtliche Vorsorge/rechtliche Betreuung	36	5%
Leistungen der medizinischen Rehabilitation	11	1%
Leistungen im Rahmen SGB II	2	0%
Leistungen im Rahmen SGB V	61	8%
Leistungen im Rahmen des SGB IX	20	3%
Leistungen im Rahmen SGB XI	361	48%
Leistungen nach SGB XII, Unterh. & WoGG (§ 37.3)	47	6%
Selbsthilfegruppe, Angebote, Besuchsdienste	23	3%
Fragen zur (teil-)stationären Versorgung	39	5%
Verfahrensangelegenheiten/ Organisatorisches	33	4%
Sonstige	35	5%
Gesamt	754	100%

Quelle: Syncase, „Kleine Statistik“ 2016

Die aus Abb. 3 hervorgehenden Ergebnisse hinsichtlich der Frequentierung der Beratungsangebote in den jeweiligen Regionen zeigen deutlich, wie sich die Nachfrage mit der Etablierung der Projektstellen entwickelt hat. Waren es 2014 also im ersten Projektjahr noch knapp 50 % aller Beratungsfälle, die im Marburger Pflegestützpunkt bearbeitet wurden, ging der Anteil im Jahr 2016 auf rund 30 % zurück; die Nachfrage verlagerte sich schrittweise auf die Regionen. Insbesondere im Ostkreis ist eine starke Frequentierung zu verzeichnen, da der Gesundheits- und Pflegestützpunkt dort die einzige Beratungsstelle für Hilfe- und Pflegeberatung ist. Mit Blick auf die Projektziele - Regionalisierung und Vernetzung - eine erfreuliche Entwicklung, die die Leistungsfähigkeit und öffentliche Anerkennung des neuen Angebots dokumentiert.

Abb. 3: Anteil der durchgeführten Beratungen nach Regionen und Jahr

1.4 Selbstverständnis der Mitarbeiterinnen der GPSP und des PSP

Anfang 2016 setzte sich das Arbeiterteam mit der Frage auseinander, welche konkrete Rolle die Beratungsarbeit in der derzeitigen Projektphase einnimmt. Übereinstimmend mit der konzeptionellen Zielsetzung gaben sie aus ihrer Arbeitspraxis die Kernaufgaben trägerneutrale Beratung, Koordination, Öffentlichkeitsarbeit, Netzwerktreffen, Moderation, regelmäßiger Austausch über Versorgungslücken, (trägerneutrale) Vermittlerrolle zu Ämtern und Behörden, Rückkoppelung, Konfliktkommunikation und Pflege der Leitlinien an. Dieses breitgefächerte Aufgabenfeld bewältigen die Mitarbeiterinnen der drei Beratungseinrichtungen täglich mit hoher Fachkompetenz.

Auf die Frage, welche Erwartungen an die Gesundheits- und Pflegestützpunkte von außen herangetragen würden, nannten sie gute Erreichbarkeit, intensiveren Austausch, bessere Rückmeldung, die regelmäßige Herausgabe von Newslettern, gezielte und zeitnahe Informationsweitergabe und die erforderliche Optimierung der Fallversorgung.

Um insbesondere die oft schwierige und belastende Beratungstätigkeit auf Dauer qualitativ zu gewährleisten, werden nach Einschätzung der Mitarbeiterinnen begleitende Supervision, kollegiale Fallbesprechungen und regelmäßige Fortbildungen benötigt. Auf die in die Zukunft abzielende Frage, ob und/oder wie sich die Beziehung zu den Institutionen, die die Leitlinien unterzeichnet haben, ändern sollte, wurde die Notwendigkeit, Kooperationen zu schließen und zu intensivieren ins Zentrum gestellt. Außerdem wurde die Notwendigkeit zeitnaher Rückkoppelung und transparenter Kommunikation genannt.

1.5 Maßnahmen zur Qualitätssicherung und Verstetigung der Beratungsarbeit

1.5.1 Entwicklung eines Case-Management Konzeptes

Im Jahr 2016 führten die Mitarbeiterinnen der GPSP und des PSP insgesamt 74 Mal ein Case-Management (CM) durch. Von 2014 bis 2016 betrug der Anteil der Patienten, die Case-Management - also eine prozesshafte Begleitung - benötigten, 11 % der Gesamtheit der Klienten. Case-Management gehört somit zu den zentralen Aufgaben der Mitarbeiterinnen. Dabei handelt es sich um Pflegebedürftige (häufig alleinstehende, sehr alte und / oder demenzkranke Menschen) in schwierigen Lebenssituationen mit

z. T. gleichzeitig gesundheitlichen, sozialen und wirtschaftlichen Problemen. Diese komplexen Versorgungsfälle machen i. d. R. vielfältige Interventionen des Beraters notwendig (Kontakte zu Leistungsanbietern, Abstimmung und Organisation von Unterstützungsmaßnahmen etc.).

Im Laufe des Projektes wurde Folgendes deutlich: Zur Optimierung der Ablauforganisation von Versorgungsleistungen benötigt das Case-Management ein gemeinsam abgestimmtes Konzept.

Zur Entwicklung eines Case-Management-Konzeptes wurde im März 2016 aus dem Team eine Arbeitsgruppe gebildet, die sich konkret mit Fragen der Indikation und der Handlungsabläufe, wie Assessment, Hilfeplan, Linking, Monitoring, befasste. In die Entwicklung wurde auch die Ärzteschaft als potentieller Partner in Fallkonferenzen miteinbezogen. Im Juni 2016 lag ein Entwurf des Case-Management-Konzeptes vor, das am 11. Mai den Mitgliedern der Lenkungsgruppe vorgestellt wurde (*Anlage 1*). Im September 2016 fand eine vertiefende zweitägige Fortbildung mit Prof. Dr. Michael Monzer³ statt.

Da es vorkommt, dass Netzwerkpartner zu ihrer Entlastung oder aufgrund fehlender personeller oder fachlicher Ressourcen komplexe Versorgungsfälle an die GPSP und den PSP abgeben möchten, wurden auch die Netzwerkpartner in die Entwicklung des CM-Konzeptes eingebunden. Im November 2016 wurde in der Netzwerkkonferenz Ost die Vorstellung und Diskussion des neuen CM-Konzeptes für die Sitzung im Mai 2017 angekündigt.

Im statistischen Abgleich mit 2014 (79 Case-Management-Fälle) reduzierte sich die Zahl 2016 auf 74, obwohl die Anzahl der Klienten insgesamt stark anstieg. Dies ist sehr wahrscheinlich auf die Entwicklung klarer Bedarfsindikatoren zurückzuführen, die nun für alle Akteure einen verbindlichen Maßstab darstellen. Eine sorgfältige Identifikation und Auswahl von Klienten, die eines CM bedürfen, trägt auch zur Entlastung der Mitarbeiterinnen bei, denn CM-Prozesse sind in der Regel äußerst arbeitsintensiv.

1.5.2 Ablaufkriterien für Fallkonferenzen

Die mit dem HMSI geschlossene Vereinbarung zum Modellprojekt „Sektorenübergreifende Versorgung durch Beratung, Koordination und Planung“ verpflichtet zur „Organisation und Unterstützung von einzelfallbezogenen, interdisziplinären Fallkonferenzen zur Etablierung einer lebensweltorientierten Hilfeplanung und -koordination“.⁴ Für die Dokumentation der Hilfeplanbesprechungen, an denen i.d.R. mehrere Dienstleister beteiligt sind, wurden verbindliche Ablauf- bzw. Dokumentationsschemata entwickelt. Im Dezember 2016 konnte in der Teambesprechung der von Mitarbeiterinnen gefertigte Entwurf (*Anlage 1*) vorgestellt und besprochen werden. Die weitere Bearbeitung unter Berücksichtigung des Datenschutzblattes wurde für den Januar 2017 vorgenommen. Die Dokumentation dient als Grundlage für die Erhebung und künftige Evaluation der Fallarbeit.

1.5.3 Einführung des Versorgungstagebuchs

Zum Projektauftrag 2016 gehörte ferner die Entwicklung und Einführung eines Versorgungstagebuchs (Mitteilungsbuch) als kommunikationsunterstützendes Instrument für an der individuellen Fallversorgung beteiligte Dienstleister. Das Mitteilungsbuch liegt in der Privatwohnung des Klienten / Patienten

³ Medhochzwei Verlag GmbH, Heidelberg 2013 (Hrsg.): Monzer, Michael, Case Management Grundlagen.

⁴ Maßnahme- und Zeitplan zum Modellprojekt „Sektorenübergreifende Versorgung durch Beratung, Koordination und Planung“. Anlage zum Verlängerungsantrag.

aus und wird in *Leitlinie 8*, als ein zentrales Mittel der Kommunikation in der ambulanten Patientenversorgung für alle eingebundenen Pflegekräfte und Helfer genannt.

Laut Zeitplan sollten die Konzipierung und Einführung ab dem zweiten Quartal 2016 beginnen. Den Netzwerkteilnehmern lag der Entwurf in der am 1. Juni 2016 stattfindenden Netzwerkkonferenz Ost vor; hier wurde er lebhaft diskutiert, wobei auch Änderungswünsche vorgetragen wurden.

Die mit der Erstellung des Mitteilungsbuches befasste Unter-Arbeitsgruppe („Orga-Team“) entschied sich zusätzlich für eine Beratung durch einen Vertreter des Universitätsklinikums, um die spezifischen Schnittstellen zwischen der stationären und ambulanten Versorgung gemeinsam reflektieren zu können. Ein wichtiges Thema war auch die Frage, welche Informationen auf diesem Wege mitgeteilt werden sollten/durften. Hier spielte bereits die wichtige Abklärung des Datenschutzes hinein, bei der der Datenschutzbeauftragte der Landesregierung hilfreich zur Seite stand. Schließlich wurde die Frage der Handhabung und der Verantwortlichkeit erörtert. Es kam zu der Vereinbarung, dass die Hinterlegung und Verwendung des Mitteilungsbuchs beim Patienten in der Verantwortung eines beauftragten Netzwerkpartners liegen muss, der zuvor eine Einwilligungserklärung des Patienten einzuholen hat.

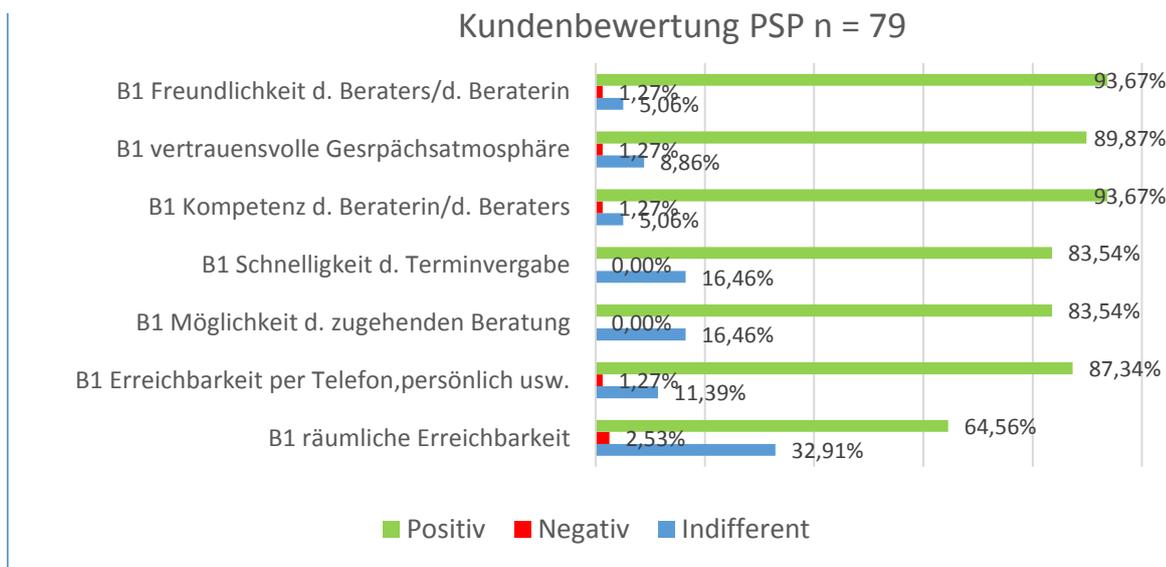
Ein weiterer Diskussionspunkt bezog sich auf den Kreis der Adressaten, z.B. ob das Mitteilungsbuch auch den jeweils behandelnden Kliniken, die den Patienten aufnehmen, zugänglich gemacht werden sollte. Beschlossen wurde, dass Klienten selber entscheiden, ob sie das Buch bei stationären Aufenthalten mitnehmen möchten. Im September 2016 lagen 500 Mitteilungsbücher bereit. Exemplare bekamen die Netzwerkpartner nach Unterzeichnung der Leitlinien Ost am 2. März 2016 ausgehändigt. Das Buch wurde im Gesundheitsamt sowie dem GPSP Biedenkopf ausgelegt und gegen Unterschrift ausgegeben.⁵

Inwieweit sich das Mitteilungsbuch insbesondere in komplexen Versorgungssituationen als eine praktikable Lösung für Informationstransfer und Transparenz zum Wohle des Klienten bewährt, bleibt zunächst abzuwarten und wird Gegenstand der Evaluation sein.

1.5.4 Befragung zur Kundenzufriedenheit

Der Pflegestützpunkt führt eine jährliche Analyse zur Kundenzufriedenheit durch. Das Konzept dafür hat das IWAK-Institut als Maßnahme zur Qualitätssicherung der Beratungsarbeit von Pflegestützpunkten entwickelt. Anfang 2016 beteiligten sich die Projekt-Außenstellen erstmalig an der Befragung, um Auskunft darüber zu erhalten, inwieweit aus Kundensicht den Qualitätskriterien entsprochen bzw. Zufriedenheit mit der Beratung erreicht wurde und welche Verbesserungswünsche bestanden. Von insgesamt 167 versendeten Fragebögen kamen 79 zurück, das entspricht einem Rücklauf von 47 %. Die Mehrheit der Rückmeldungen (58 %) erfolgte durch Angehörige, 34 % durch Pflegebedürftige. Knapp 60 % erhielten Beratung im Rahmen eines Hausbesuchs, 33 % wurden in Räumlichkeiten des Pflegestützpunktes beraten. Insgesamt zeigte sich eine hohe Zufriedenheit mit der Arbeit der Beratungsstellen. Die Kriterien Freundlichkeit und Kompetenz des Personals wurden von den Befragten am positivsten beantwortet; sie liegen bei jeweils 93 %. Positiv erwähnt wird auch die Unabhängigkeit des Beratungsangebotes.

⁵ Da die Akteure der Westregion 2016 die Leitlinien noch nicht unterzeichnet hatten, war die Einführung des Versorgungstagebuchs für sie erst nach Unterzeichnung der Leitlinien West in 2017 möglich.

Abb. 4: Ergebnis (Auszug) aus der Befragung zur Kundenzufriedenheit

Quelle: Statistik der Stabstelle Altenhilfe Marburg

1.5.5 Fortbildung der Beratungskräfte

Zur Erweiterung ihrer Kernkompetenzen qualifiziert sich das Mitarbeiterteam der GPSP und des PSP laufend weiter. Im Berichtsjahr wurden folgende Fortbildungen durchgeführt:

Fortbildungen in 2016

05 / 2016	Netzwerkmanagement II Moderationstechniken, Bad Nauheim
05 / 2016	Fortbildung zum PSG II und neue Begutachtungskriterien, Dietzenbach
09 / 2016	Case-Management, Beratungszentrum Marburg ⁶
11 / 2016	Supervisionsseminar für Moderatorinnen, Magdeburg
12 / 2016	Inhouse-Schulung PSG II und neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff, Marburg
12 / 2016	Jahrestreffen der Hessischen Pflegestützpunkte, Kassel

Bereits im Januar 2016 sprachen die Mitarbeiterinnen der GPSP und des PSP ihren Wunsch nach begleitender Supervision an. Die Konfrontation mit besonders schwierigen Lebenssituationen ihrer Klienten bestärkten sie darin. Belastungsgrenzen im Beratungsbereich werden insbesondere von den Sozialberaterinnen der Projekt-Außenstellen angesprochen. Sie stoßen mit ihrer Halbtagsstelle schnell an ihre Kapazitätsgrenzen; zudem fehlen ihnen im Arbeitsalltag Möglichkeiten des kollegialen Austauschs, da sie mehr oder weniger auf sich allein gestellt sind. Zusätzlich stieg bei steigender Frequentierung der GPSP der Druck, das breite Aufgabenspektrum im Rahmen knapper Zeitressourcen optimal zu koordinieren. Begleitende Supervision ist ab Anfang 2017 eingeplant.

⁶ Monzer, Michael: Case-Management - Grundlagen. medhochzwei Verlag, Heidelberg, 2013.

1.5.6 Öffentlichkeitsarbeit

Nur wenn das trägerübergreifende Beratungsangebot der Gesundheits- und Pflegestützpunkte hinreichend bekannt ist und das Vertrauen der Bürgerinnen und Bürger genießt, können diese das Angebot einer unabhängigen und kostenfreien Beratung wahrnehmen. Eine gezielte Öffentlichkeits- und Vernetzungsarbeit diene entsprechend dazu, wichtige Zielgruppen wie die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen zu erreichen. Auch die Information von Multiplikatoren und Dienstleistern, wie z.B. den Seniorenbeirat, den Kommunen, Bürgerhilfen und Pflegeanbietern, ist notwendige Grundlage für die Entwicklung einer sektorenübergreifende Versorgungsstruktur.

Vorträge, Referate und die Organisation von Infoständen bei Gesundheitstagen u. Ä. gehörten 2016 zu den wichtigsten Maßnahmen. Regelmäßige Pressekonferenzen und Pressemitteilungen stellten weitere Bestandteile dar, im Berichtsjahr zählte dazu u.a. der Pressebericht über die Unterzeichnung der Leitlinien der Zusammenarbeit für eine bedarfsgerechte Versorgung von Menschen mit Hilfebedarf in der Ostregion.

Da vor allem im Ostkreis ein hoher Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund lebt, organisierten die Mitarbeiterinnen Infostände und der GPSP in Stadtallendorf stellte sich der Muslimischen Gemeinde vor. Insgesamt waren die Mitarbeiterinnen der GPSP und des PSP bei über 20 Veranstaltungen aktiv vertreten, um das Beratungsangebot vorzustellen und bekannt zu machen.

Die Liste der Vorträge und Informationsveranstaltungen wirft ein Licht auf die Bandbreite der Aktivitäten im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit:

13.01.2016: „Blickpunkt Auge“, Vortrag Dr. Niemeyer
 27.02.2016: Vortrag Regionale Hilfen, Bürgerhilfe Weimar
 16.04.2016: Vortrag beim Landesverband kleinwüchsiger Menschen
 21.04.2016: Vortrag beim Bildungswerk der Hessischen Wirtschaft
 06.05.2016: Vortrag im Bürgerhaus Roth
 10.05.2016: Vortrag zum Pflegestärkungsgesetz in Dietzenbach
 01.06.2016: Schulung in Bürgerhilfe Mardorf
 14.06.2016: Vortrag in „Krafts Hof“, Pflegeversicherung: Grundwissen für Migranten
 24.06.2016: Vortrag bei der „Nacht der Kunst“
 04.07.2016: Vortrag vor dem Seniorenbeirat Lohra
 02.09.2016: Infostand und Vorstellung PSP, Muslimische Gemeinde
 05.09.2016: Vortrag zum Familien Pflegezeitgesetz, Arbeitsagentur Marburg

09.09.2016: Vorstellung PSP, Muslimische Gemeinde, Stadtallendorf
 13.09.2016: Vortrag bei der Ketzerbach Gesellschaft, Marburg
 17.09.2016: Vortrag, Bürgerhaus Großseelheim
 23.09.2016: Vortrag am Tag der Offenen Tür, BIP
 15./16.10.2016: Infostand, Herbstmarkt Stadtallendorf
 01.11.2016: Vortrag, Diakonisches Werk
 06.11.2016: Vortrag, Bundeswehrverband
 15.11.2016: Seniorenbeirat Kirchhain
 18.11.2016: Vortrag, Bürgerhilfe Weimar
 23.11.2016: Vortrag, Verein „Schau Voraus“, Biedenkopf
 24.11.2016: Vortrag, Lokale Allianz: Demenz und das neue PSG II
 29.11.2016: Vortrag zum PSG II, Berufsbetreuer

Gremienarbeit

Die Mitarbeiterinnen sind darüber hinaus kontinuierlich in verschiedenen Gremien aktiv. Außerdem wurden zur Gewährleistung einer aktiven Mitwirkung der Netzwerkpartner an der Projektentwicklung diverse Unter-Arbeitsgruppen gegründet:

Überblick über die Gremienarbeit in 2016:

03.02.2016: UAG Logo
23.02.2016: PSP Nord Treffen Eschwege
11.03.2016: UAG Öffentlichkeit-Logo
20.03.2016: AG Treffen der Beratungskräfte im Landkreis
18.04.2016: Schnittstellentreffen: CM i.d. HzPf und Pflegestützpunktarbeit
22.04.2016: AG Logo
25.04.2016: Steuerungsgruppe BiP
25.04.2016: AG Orga-Team
29.04.2016: AG Beratung
11.05.2016: Lenkungsgruppe
23.05.2016: AG Logo
02.06.2016: AG Orga-Team
30.06.2016: AG Amb. Dienste im GPV
01.09.2016: AG Orga-Team
06.09.2016: AG Treffen der Beratungskräfte im Landkreis
31.10.2016: Schnittstellentreffen: CM i.d. HzPf und Pflegestützpunktarbeit
01.11.2016: AG Treffen der Beratungskräfte im Landkreis
30.11.2016: AG Menschen mit herausforderndem Verhalten
06.12.2016: Jahrestreffen PSP Kassel
14.12.2016: AG Demenz
21.12.2016: AG Demenz

Ein Teil der Gremienarbeit geht zentral vom PSP Marburg aus und findet im Rahmen des Beratungszentrums BiP statt, in das der Marburger Pflegestützpunkt integriert ist. Diese Gremienarbeit betrifft regelmäßige monatliche Sitzungen mit den anderen im Beratungszentrum BiP tätigen Organisationen wie den Anlaufstellen Altenplanung, Altenhilfe und Pflegebüro der Stadt Marburg, der Alzheimer Gesellschaft Marburg-Biedenkopf e. V., dem Marburger Verein für Selbstbestimmung und Betreuung e.V. und der Freiwilligenagentur Marburg-Biedenkopf e.V. Diese Sonderstellung des BiP mit zentralem Sitz in Marburg bietet kontinuierlich eine ideale Basis für die Vernetzungsarbeit und den Austausch der sozialen Organisationen.

1.5.7 Erfassung von Versorgungslücken

Die Beratungstätigkeit der Mitarbeiterinnen in den GPSP und dem PSP ermöglicht es, dass auftretende Diskrepanzen zwischen Angebot und Nachfrage von Gesundheitsdienstleistungen zeitnah bemerkt werden. Angebotslücken können die Organisation eines individuellen Unterstützungsarrangements erschweren oder gar ausschließen. Das Beratungsteam vereinbarte die Dokumentation von Angebotslücken und eine entsprechende Informationsweitergabe an die Altenhilfeplanung des Landkreises. Entsprechende Rückmeldungen erfolgen auch in den Netzwerkkonferenzen mit dem Ziel, Träger zu motivieren, an Lösungsvorschlägen mitzuwirken und sich an notwendigen Strukturentwicklungsmaßnahmen zu beteiligen.

Der Mangel an Kurzzeit- und Tagespflegeplätzen wird dauerhaft thematisiert. Täglich eingehende Anfragen nach diesen Unterstützungsangeboten können nicht zufriedenstellend beantwortet werden. Als eine der möglichen Ursachen für die stark gewachsene Nachfrage wird die Pflegereform genannt, die neue Leistungs- und Kombinationsmöglichkeiten für die Versicherten eröffnet hat.

Zunehmend werden auch fehlende Kapazitäten im ambulanten Sektor registriert; ambulante Pflegedienste stehen am Rand ihrer Leistungskapazitäten; im Bereich der Alltagshilfen zeigen sich gravierende Angebotslücken. Diese Versorgungslücken wurden in den Netzwerkkonferenzen anhand von Praxisberichten verdeutlicht.

In der Novembersitzung der NWK Ost berichtete eine Mitarbeiterin des Sozialdienstes der Vitos Klinik (Marburg) über die Versorgungslücke im Bereich demenzkranker Menschen mit herausforderndem Verhalten. Es bestehen große Schwierigkeiten, diese Patienten in spezialisierte Einrichtungen zu vermitteln. Konsequenz aus der nachfolgenden Diskussion war die Gründung einer Arbeitsgruppe, die die Problematik in einem offenen Brief an die politisch Verantwortlichen adressierte.

Im Projektjahr 2016 konnten sich die Gesundheits- und Pflegestützpunkte in enger konzeptioneller Abstimmung mit dem Pflegestützpunkt weiter etablieren und einen wichtigen Beitrag zur Entwicklung einer dezentralen und leistungsfähigen Beratungsstruktur im Landkreis leisten. Wachsender Bekanntheitsgrad und regionale Verortung zeigen sich in der stetig steigenden Nachfrage des Beratungsangebots.

Die Perspektive einer erweiterten sektorenübergreifenden Sichtweise in der Beratungsarbeit fand in der Entwicklung eines Case-Management-Konzeptes seinen Niederschlag. In der Kombination mit einem Dokumentationsschema für einzelfallbezogene Konferenzen zur Hilfeplanung konnten wichtige Grundlagen zur Vereinheitlichung und Qualitätssicherung der Beratungsarbeit geschaffen werden.

Handlungsleitend bei der Erfüllung der Projektaufgaben ist die Beteiligung der Netzwerkpartner an grundlegenden Entscheidungs- und Diskussionsprozessen im Rahmen von Arbeitsgruppen. Dies erhöht die Identifikation mit den zu entwickelnden Maßnahmen und Absprachen für eine sektorenübergreifende Versorgungskultur, die sich nur langsam über ein gemeinsames, fallbezogenes Verständnis und Handeln realisieren lässt. Ihre Förderung und Verstetigung wird zentraler Bestandteil der weiteren Projektarbeit sein.

2 Stärkung der Verbundidentität

2.1 Erprobung und Verstetigung der leitlinienorientierten Zusammenarbeit

Die in der ersten Projektphase entwickelten Leitlinien zur Stärkung einer sektorenübergreifenden Zusammenarbeit sind in der laufenden Projektperiode zu erproben und auf ihre Wirksamkeit hin zu überprüfen. Zudem sollen bei Bedarf zusätzliche Konkretisierungen einzelner Berufsgruppen erarbeitet werden.

Abb. 5: Leitlinienbroschüre des Ostkreises



Erste Erfahrungen im Ostkreis

Die verbindliche Unterzeichnung der „Leitlinien der Zusammenarbeit für eine bedarfsgerechte Versorgung von Menschen mit Hilfebedarf im Ostkreis“ durch die Netzwerkpartner fand im März 2016 im Rahmen einer feierlichen Veranstaltung statt. Insgesamt unterzeichneten 23 Vertreter von Pflege-Dienstleistern, Kommunen, Bürgerhilfen, Kliniken und Selbsthilfegruppen aus dem Ostkreis im Landratsamt Marburg die Vereinbarung zur sektorenübergreifenden Verbundarbeit. Weitere Unterzeichner können künftig hinzukommen. Die Leitlinien sind in Form einer Broschüre erhältlich.

Die Leitlinien stellen eine verbindliche Orientierung für die tägliche Arbeitspraxis aller Unterzeichner dar: Sie bilden die „Grundlage für strukturierte Hilfeplangespräche (Einzelfallebene) und

für eine verlässliche Beteiligung der Akteure im Netzwerk (Systemebene).“⁷

Die mit der Vereinbarung geschaffene Verbindlichkeit aller Kooperationspartner in ihrem Zusammenwirken kann zudem als grundlegende Maßnahme der Qualitätssicherung der Beratungs- und Netzwerkarbeit gewertet werden.

Elf Leitlinien enthalten für alle am Versorgungssetting beteiligten Akteure verbindliche Vorgaben zur sektorenübergreifenden Zusammenarbeit, unter Berücksichtigung der Prämisse „ambulant vor stationär“ und unter Wahrung des Rechts auf Selbstbestimmung des Patienten / Klienten. Sie gliedern sich in die Hauptpunkte:

1. Die Versorgung individuell planen;
2. Den Bedarf ermitteln und decken;
3. Case-Management im Bedarfsfall sicherstellen;
4. Informationen bereitstellen und einholen;
5. Das eigene Leistungsprofil schärfen;
6. Bedarfsgerechte Versorgung nach Klinik -/ Reha -/ Heimaufenthalt sichern;
7. Zusammenarbeit mit bürgerschaftlich Engagierten fördern;
8. Kommunikation unter den Netzwerkpartnern verbessern;
9. Angebotslücken kommunizieren;
10. Sich gemeinsam fortbilden;
11. Leitliniengestützte Zusammenarbeit weiterentwickeln.

Ergänzend dazu gibt es bereits erste konkretisierende Empfehlungen für einzelne Berufsgruppen, die vorhandene Schnittstellen und inhaltliche Aspekte der Zusammenarbeit präzisieren und für Verbesserungen und Erweiterungen offen sind.

Inwieweit konnten in der Erprobung seit März 2016 bereits Veränderungen in der Zusammenarbeit mit den Institutionen und Dienstleistern, die die Leitlinien unterzeichnet hatten, wahrgenommen werden? Die Antwort kann sich zunächst nur auf die Akteure der Ost-Region beziehen.⁸

Dazu führte die UAG-Qualitätssicherung erste Sondierungsgespräche mit den Mitarbeiterinnen in Form eines Erfahrungsaustauschs. Die Frage stand auch im Fokus der Netzwerkkonferenz Ost im Juni 2016: Dort berichtete der Pflegeberater des PSP Marburg insbesondere von einem verbesserten und intensiveren Austausch zwischen der Pflegeüberleitung des Universitätsklinikums Gießen-Marburg (UKGM) und dem PSP. Es wurde jedoch auch festgestellt, dass insgesamt noch wenig Veränderung in der täglichen Arbeit festzustellen ist.

Immerhin konnte positiv über eine intensivere Zusammenarbeit mit den Ärzten im Ostkreis berichtet werden. 2016 fanden erste leitliniengestützte Fallkonferenzen statt. Die Zusammenarbeit mit den Ärzten entwickelt sich - wenn auch langsam.

Am Prozess der Erprobung und Optimierung der Leitlinien und weiterer konkretisierender Empfehlungen hat sich das Gesundheitsamt (GSA) des Landkreises Marburg-Biedenkopf als ein wichtiger

⁷ Der Kreisausschuss des Landkreises Marburg-Biedenkopf: Maßnahme- und Zeitplan zum Modellprojekt „Sektorenübergreifende Versorgung durch Beratung, Koordination und Planung“. Anlage zum Verlängerungsantrag.

⁸ Die Leitlinien der West-Region wurden Anfang 2017 unterzeichnet.

Partner und Mittler in den Gesundheitssektor verstärkt eingebracht und steht auch weiterhin als Kooperationspartner zur Verfügung.

Weiterentwicklung der Leitlinien West

Für die Mitglieder der Netzwerkkonferenzen des Westkreises stand mit Inkrafttreten der Leitlinien des Ostkreises Anfang März 2016 der eigene Leitlinienprozess an: Die Teilnehmer der Netzwerkkonferenz hatten beschlossen, zunächst den Prozess im Ostkreis abzuwarten. In der Netzwerkkonferenz im September 2015 in Dautphe entschieden sich die Teilnehmer für eine weitgehende Adaption der Leitlinien der Ost-Region. Allerdings bestand der Wunsch nach weiterer Konkretisierung und Ergänzung. So erarbeiteten die aus dem Gremium heraus gewählten Vertreter in der „AG-Orga“ zur Leitlinie 6 eine konkretisierte Empfehlung bezüglich der Sicherstellung der pflegerischen und sozialen Versorgung. Die Leitlinie 9, welche den Umgang mit festgestellten Angebots- bzw. Versorgungslücken beschreibt, wurde um eine Regelung zur stärkeren Einbeziehung der Kommunen erweitert. Die Vorstellung der Ergebnisse aus der „AG-Orga“ erfolgte im März 2016; weitere Änderungs- und Ergänzungswünsche der Netzwerkpartner wurden eingepflegt, so dass der Entwurf in der September-Sitzung einstimmig verabschiedet werden konnte. Die für das letzte Quartal 2016 geplante Unterzeichnung der Leitlinien West wurde aus organisatorischen Gründen auf Anfang 2017 verschoben. Im Februar 2017 erfolgte die feierliche Unterzeichnung durch insgesamt 40 Organisationen aus der Region West im Landratsamt Marburg. Die im Vergleich zur Ost-Region höhere Beteiligung macht deutlich, dass sich der intensive Prozess der inhaltlichen Auseinandersetzung positiv auf die Bereitschaft zur Mitwirkung auswirkt; auch die sich positiv entwickelnden persönlichen / fachlichen Beziehungen zwischen den örtlichen Akteuren und der Beratungskraft vor Ort mögen ein förderlicher Faktor sein.

Die durch die Unterzeichnung der Leitlinien geschaffene Verbindlichkeit aller Kooperationspartner in 2016 / 2017 ist ein zentraler Schritt in der Weiterentwicklung einer sektorenübergreifenden Verbundarbeit. Es besteht jedoch Konsens darüber, dass es eines längeren Prozesses bedarf, bis die Vereinbarung „mit Leben gefüllt“ ist, d.h., sich im gemeinsamen Praxishandeln bei der individuellen Versorgung von Klienten niederschlägt und sich (im Rahmen der anstehenden Evaluation) deutliche Ergebnisse nachweisen lassen.

Dabei ist insbesondere die Fragestellung von Interesse, in welcher Art und Weise sich die Kooperation der sektoral unterschiedlich verorteten Akteure mit Blick auf die Klienten-/Patientenversorgung verändert hat.

- Werden Patienten/Klienten vermehrt an die Beratungseinrichtungen vermittelt?
- Werden gemeinsame Fallkonferenzen durchgeführt?
- Von wem werden die Fallkonferenzen initiiert?
- Welche hemmenden, welche förderlichen Faktoren werden identifiziert?
- Bringt es einen Gewinn für den Patienten?
- Können auch die Anbieter einen Nutzen für sich generieren?

Inbesondere die Mitarbeiterinnen in den Beratungsstellen sind in den verbleibenden zwei Projektjahren gefordert, die sektorenübergreifende Versorgung ihrer Klienten über eine qualifizierte / strukturierte individuelle Hilfeplanung substanziell weiterzuentwickeln und für alle Beteiligten erfahrbar zu machen.

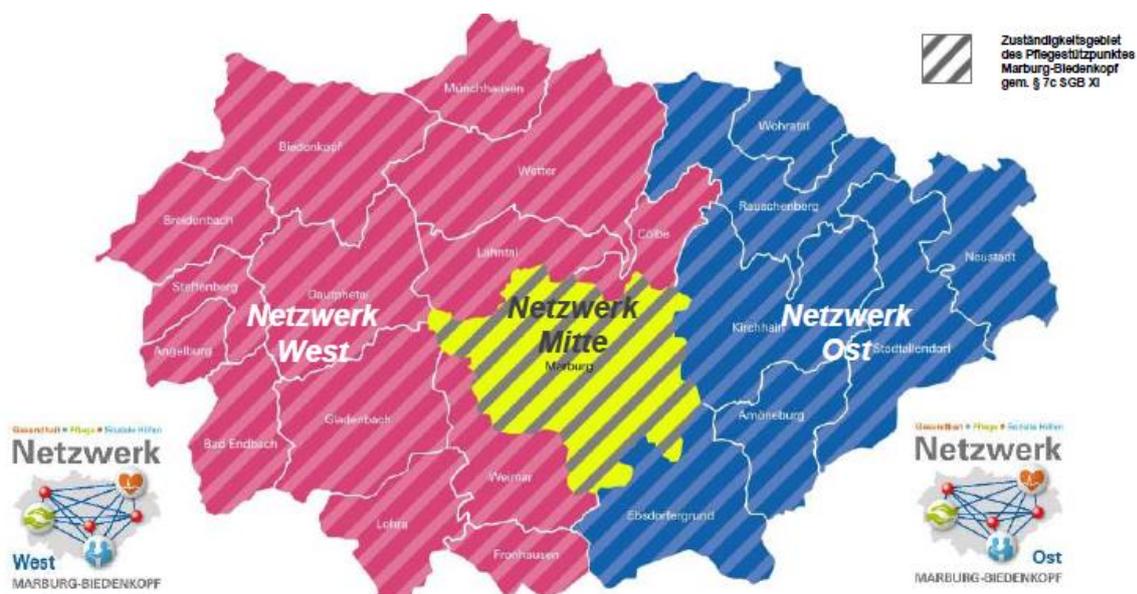
2.2 Arbeit in den Netzwerkkonferenzen

Als Stützpfiler zur Heranbildung einer Verbundidentität in inhaltlicher Hinsicht kann zuvorderst die Netzwerkarbeit mit ihrem Instrument der Netzwerkkonferenzen und den daraus resultierenden gemeinsamen Projekten genannt werden. Ein vorrangiges Ziel ist es, die örtlichen Dienstleister aus den Bereichen Gesundheit, Pflege und soziale Hilfen kennenzulernen und mit ihnen strukturierte Kooperationsbeziehungen aufzubauen. Konkret geht es darum, allen beteiligten Akteuren die großen Vorteile einer vertrauensvollen Zusammenarbeit erfahrbar zu machen, die in der Überwindung eines einseitig interessengeleiteten Konkurrenzdenkens liegt.

Mit der Gremienarbeit wird nicht nur die Grundlage für eine qualifizierte und sektorenübergreifende Beratungsarbeit in den Stützpunkten geschaffen. Sie ist zugleich der Rahmen für Prozessverbindlichkeit in der Zusammenarbeit.

2016 hat sich die im vorliegenden Bericht verwendete Benennung der Netzwerkregionen in „West“, „Mitte“⁹ und „Ost“ durchgesetzt. Ihre Struktur wird in Abb. 6 verdeutlicht.

Abb. 6: Netzwerkregionen der GPSP im Landkreis Marburg-Biedenkopf



Durch diese Netzwerkstrukturen konnten die Projekt-Mitarbeiterinnen in ihrem jeweils zuständigen Regionalbereich einen intensiveren Bezug zur Bürgerschaft, zu den Arztpraxen, den Gesundheits- und Pflegedienstleistern sowie den Kommunen aufnehmen.

Im Jahr 2016 fanden in den Projektregionen Ost und West insgesamt vier Netzwerkkonferenzen statt und zwar für das:

Netzwerk West:	am 9.3.2016 und am 29.9.2016
Netzwerk Ost:	am 1.6.2016 und am 2.11.2016

⁹ Die Region „Mitte“ ist nicht als Projektregion definiert und wird deshalb nicht weiter genannt.

Die Mitarbeiterinnen der GPSP wurden 2016 schrittweise in die Aufgaben der Leitung und Moderation der jeweiligen Sitzungen eingeführt, um sie zu befähigen, diese Aufgaben in der Zukunft selbstständig und eigenverantwortlich wahrzunehmen. Die damit verbundene Profilierung stärkt sie in ihrer Rolle als zuständige Fachkraft und Ansprechperson vor Ort.

Die Durchführung der Netzwerkkonferenzen stellt hohe Anforderungen an die Mitarbeiterinnen; neben der Vor- und Nachbereitung jeder Sitzung müssen sie Moderationstechniken und Methoden zur Aktivierung der Teilnehmer und zur Förderung einer vertrauensvollen Zusammenarbeit erwerben. Für die Organisation und Leitung der Netzwerkarbeit geben die zuständigen Mitarbeiterinnen einen Zeitanteil von rund 20 % ihrer Gesamtarbeitszeit an.

Aktive Netzwerkpartner

Im Verteiler für die Netzwerkpartner werden zurzeit für die Region West 144 und für die Ost-Region 102 Adressaten geführt. Dabei beläuft sich die protokollierte Anzahl der tatsächlich anwesenden Teilnehmer bei den Netzwerkkonferenzen 2016 auf folgende Werte:

Tab. 3: Anzahl der Teilnehmer an den Netzwerkkonferenzen 2015 und 2016

Region	2015		2016	
	1.Sitzung	2.Sitzung	1.Sitzung	2.Sitzung
West	23	20	22	39
Ost	20	16	18	27

Quelle: Protokolle der Netzwerkkonferenzen

Es wird ersichtlich, dass ca. ein Fünftel der im Netzwerk-Verteiler Gelisteten sich aktiv im Verbund engagiert. 2016 konnte in der zweiten Jahreshälfte eine lebhaftere Teilnahme mit 39 (West) und 27 (Ost) aktiven Teilnehmern verzeichnet werden. Es gibt einen hoch engagierten „Kern“ innerhalb des Teilnehmerkreises, der regionübergreifend zusammenarbeitet und „am Ball bleibt“, so dass von hier aus richtungsweisende Arbeit geleistet wird. Neue Institutionen konnten in nur geringer Zahl hinzugewonnen werden. Erfreulich ist die mittlerweile recht kontinuierliche Beteiligung eines Vertreters der Ärzteschaft an den Sitzungen.

In der NWK Ost im November 2016 entschieden die Teilnehmer aufgrund vorausgegangener Erfahrungen, Aufnahme- und Ausschlusskriterien für die Teilnahme im Netzwerk zu definieren, um eine Verbindlichkeit der Gremienarbeit zu gewährleisten. Die damit betraute AG Qualitätssicherung hat sich im November 2016 erstmals getroffen.

Inhalte und Ergebnisse der Netzwerkkonferenzen

Deutlich zeichnet sich ab, wie die Zielvorgaben des Maßnahmenplans in der Umsetzung Gestalt annehmen. Die inhaltliche Arbeit in den Netzwerkkonferenzen war im Berichtsjahr stark geprägt von der Diskussion um die Leitlinien, von der Erarbeitung und Vorstellung des Case-Management-Konzeptes, der Entwicklung des Mitteilungsbuch und des Logos (s.u.). Zur Sprache kamen auch die vorhandenen Versorgungslücken, verbunden mit der Frage nach möglichen Maßnahmen. Vorgestellt wurden ferner neue Angebote, wie z.B. die „Ambulante Ethikberatung in Hessen“. In einem der Treffen wurde die Rolle der Kommunen im Netzwerk diskutiert; daraus entwickelte sich der Wunsch, das

Bewusstsein für kommunale Aufgaben - z. B. als Erstinformanten und Vermittler - zu schärfen und eine stärkere Verbindung zu den Kommunen aufzubauen.

In den Netzwerkkonferenzen werden somit künftige Handlungserfordernisse für die Mitarbeiterinnen der GPSP und des PSP sowie für die Akteure deutlich.

Die Installierung von Unter-Arbeitsgruppen hat sich bewährt: Sie stellen die organisatorische und inhaltliche Ausrichtung der Netzwerkkonferenzen auf eine breitere Basis; eine aktive Mitverantwortung und Mitgestaltung der Dienstleister in der Netzwerkarbeit stärkt die Identifikation mit der Verbundarbeit und kann Impulse für eine gemeinsame Versorgungsplanung in der Region setzen.

Die Gewinnung neuer Kooperationspartner aus dem Gesundheits- und Pflegewesen war und ist eine beständige Zielsetzung; gemeinsame Aktionen / Projekte, von denen auch die Akteure profitieren, müssen geplant und gezielt als Anreiz / Türöffner für Interessierte organisiert werden.

2.3 Entwicklung eines gemeinsamen Logos

Eine einheitliche Außendarstellung beim Internetauftritt, bei der Öffentlichkeitsarbeit, in Flyern, Broschüren und in Presseberichten gibt der Verbundidentität den äußeren Rahmen.

Durch die 2016 kreierten Logos der beiden Außenstellen, die sich nur durch die Kennzeichnung Ost bzw. West unterscheiden, wird diese Verbundidentität in der Außendarstellung visuell deutlich. An der Erstellung des Logos arbeiteten Mitarbeiterinnen der Projektregionen Ost und West in der AG Öffentlichkeitsarbeit. Im Mai 2016 lagen die ersten Entwürfe vor.

Abb. 7: Logos der Netzwerkregionen West und Ost



Die Entwürfe wurden in beiden Netzwerkregionen vorgestellt und einstimmig angenommen. Den Verbundpartnern wurde die Möglichkeit eröffnet, sich mit dem Logo im „Pflegekompass“ des Landkreises Marburg-Biedenkopf zu präsentieren.

Vereinbartes Ziel ist es, sich nach einer Phase der Zusammenarbeit und gemeinsamer Erfahrungen in der Verbundarbeit auf ein für beide Regionen gemeinsames Logo zu verständigen.

3 Intensivierung der Zusammenarbeit mit Akteuren des Gesundheitswesens

Die Ärztegenossenschaft PriMa e.G. (Prävention in Marburg e.G.) ist seit dem Projektstart der Hauptkooperationspartner des Landkreises Marburg-Biedenkopf. Da ein Großteil der niedergelassenen Ärzte

der PriMa e.G. angehört, ermöglicht ihre Mitarbeit im Netzwerk die Einbindung der Ärzte in die koordinierenden Beratungsstrukturen der GPSP. Die Ärzte bzw. Hausarztpraxen sind meist die ersten Ansprechpartner für pflegebedürftige Patienten, vor allem nach der Entlassung aus einem stationären Klinikaufenthalt. Die Hausärzte sind zwar für die medizinische Versorgung zuständig, können jedoch nicht das gesamte ambulante Versorgungssetting hinsichtlich des Pflegebedarfs oder der sozialen Einbindung ihrer Patienten organisieren. Die Gesundheits- und Pflegestützpunkte übernehmen an dieser Schnittstelle eine die Ärzte entlastende und unterstützende Funktion, indem sie sich als „Koordinierungsinstanz einer sektorenübergreifenden Fallorganisation“¹⁰ anbieten. Der Ärztegenossenschaft PriMa e.G. kommt dabei die Rolle zu, ihre Mitglieder zur Mitwirkung in den Netzwerk- und Fallkonferenzen zu motivieren.

Parallel zur Leitlinienentwicklung hatten Mitarbeiterinnen des PSP und der GPSP bereits 2015 niedergelassene Ärzte in ihrer Praxis besucht, um sie im persönlichen Gespräch über die Arbeit der GPSP und des PSP zu informieren und den Kontakt anzubahnen. Diese persönlichen Vorstellungen konnten 2016 fortgesetzt und intensiviert werden.

Mit dem Ziel, die Arzthelferinnen der im Landkreis niedergelassenen Arztpraxen mit den Projektzielen und Arbeitsstrukturen vertraut zu machen, wurde im Mai 2016 eine Schulung organisiert, die jedoch auf wenig Resonanz stieß.

3.1 Leistungsvereinbarung mit der Ärztegenossenschaft PriMa e.G.

Um die Kooperation mit den Ärzten verbindlicher zu gestalten, wurde eine Leistungsvereinbarung (*Anlage 2*) zwischen dem Kreisausschuss des Landkreises Marburg Biedenkopf und einzelnen Mitgliedern (Ärzten) der PriMa e.G. hinsichtlich ihrer Mitwirkung an Netzwerk- und Fallkonferenzen abgeschlossen. Die Vereinbarung regelt die inhaltliche Mitarbeit der Ärzte im Netzwerk und ihre Einbindung in das Case-Management sowie die unbürokratische Vergütung ihrer Leistungen (Teilnahme an Netzwerkkonferenzen/ einzelfallbezogenen Konsultationen).

Mit Unterzeichnung tritt der Hausarzt der Netzwerkregion Ost bzw. West bei und erkennt damit die bestehenden Leitlinien des Netzwerkes an. Er verpflichtet sich zur aktiven Mitarbeit im Netzwerk und zur Teilnahme an den Netzwerkkonferenzen seiner jeweiligen Region oder zur Entsendung eines Vertreters aus seiner Praxis (VeraH oder NäPa). Ein Arzt, der die Leistungsvereinbarung unterschreibt, muss nicht die Leitlinien unterzeichnet haben.

Von besonderer Bedeutung für die Arbeit der Beraterinnen der Gesundheits- und Pflegestützpunkte sind die Kenntnisse der Ärzte hinsichtlich ihrer Klientel, der regionalen Versorgungsstrukturen und der regionalen Anbieter. In Hinblick auf die Koordinationsaufgaben bei der Organisation individueller Versorgungssettings kommt den Hausärzten oftmals eine Schlüsselstellung zu. § 2 der Vereinbarung, „Netzwerkkonferenzen“, und § 3 „Zusammenarbeit mit dem Pflegestützpunkt“ regeln konkret die Einbindung der Ärzte.

¹⁰ Maßnahme- und Zeitplan zum Modellprojekt „Sektorenübergreifende Versorgung durch Beratung, Koordination und Planung“. Anlage zum Verlängerungsantrag.

Der unterzeichnende Arzt erklärt sich bereit, seine Patienten im Bedarfsfall auf das trägerneutrale Beratungsangebot der Gesundheits- und Pflegestützpunkte hinzuweisen. Im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit verpflichtet sich der Arzt, Flyer auszulegen oder ein Plakat in seiner Praxis anzubringen, das über das Beratungsangebot informiert.

In § 4 „Case-Management und Fallkonferenz“ verpflichtet sich der Arzt zur Teilnahme an einer Fallkonferenz, wenn sich bei der Beratung durch den Gesundheits- und Pflegestützpunkt im Rahmen des Case-Managements dies als notwendig erweist. Der Arzt ist ebenfalls verpflichtet, die Mitarbeiterinnen des GPSP zu informieren, wenn er für einen Patienten mit komplexem Hilfebedarf ein Case-Management für notwendig erachtet, die Einwilligung des Patienten vorausgesetzt.

Die Leistungsvereinbarung beginnt mit der Unterzeichnung beider Partner und endet mit Ablauf der Projektförderung durch das Land Hessen zum 31.12.2018.

Interessierte Ärzte bekommen die Vereinbarung in zweifacher Ausfertigung zugeschickt und senden sie unterschrieben zur Gegenzeichnung durch die Landrätin zurück. Alle Ärzte, die die Vereinbarung unterschreiben, werden in den Verteiler aufgenommen.

Entwicklung der Leistungsvereinbarung

Auf der Generalversammlung der Ärzteschaft PriMa e.G. im Juni 2016 informierte ein Vertreter der PriMa e.G. die Ärzte erneut über das Angebot des Pflegestützpunktes. Der Entwurf der Leistungsvereinbarung wurde mit Vertretern von PriMa e.G. erörtert, auf Praktikabilität hin geprüft und Änderungsvorschläge eingebracht. Im August 2016 konnte der Entwurf dem Vorstand von PriMa e.G. vorgestellt werden.

Im Herbst 2016 wurden die Teilnehmer der Netzwerkkonferenzen über die Vereinbarung mit der Ärzteschaft informiert, die nunmehr die Mitwirkung der Ärzte an Fallkonferenzen ermöglicht und die Rahmenbedingungen dafür festlegt:

Ende 2016 beschloss das Arbeiterteam der GPSP und des PSP, der Ärzteschaft eine Information über das Projekt und die Arbeit der Gesundheits- und Pflegestützpunkte im Jahr 2017 anzubieten.

Mit Beginn des Projektjahres 2017 können erste Erfahrungen mit der Umsetzung der Vereinbarung zwischen Landkreis und der Ärztegenossenschaft PriMa e.G. gesammelt werden.

Insbesondere den Mitarbeiterinnen der Beratungsstellen kommt die Aufgabe zu, die Ärzte in Fallkonferenzen einzubinden, sofern dies für eine ganzheitliche Versorgung des Klienten erforderlich erscheint.

4 Realisierung eines mobilitätssichernden Angebots für ältere Menschen auf dem Land

Der entwickelte Maßnahmenkatalog im Rahmen des Projekts „Sektorenübergreifende Versorgung durch Beratung, Koordination und Planung“ sieht eine Zusammenarbeit mit dem Regionalen Nahverkehrsverband Marburg-Biedenkopf (RNV) vor, um eine bedarfsgerechte Anpassung des öffentlichen

Personennahverkehrs (ÖPNV) an die Mobilitätsanforderungen älterer Bürgerinnen und Bürger in den ländlichen Regionen zu erreichen. Da der Anteil älterer Menschen in der Bevölkerung weiter steigen wird, ist diese Maßnahme aufgrund der demografischen Entwicklung eine Voraussetzung für eine ausreichende ambulante Versorgungsstruktur. Ziele sind:

- Die Barrierefreiheit des ÖPNV zu erhöhen,
- den ÖPNV nachfrageorientiert auszurichten und das AST-System zu stärken,
- die Bürgerbusangebote mit gemeinsamer Oberfläche zu koordinieren,
- alle alternativen Bedienformen zusammenzuführen,
- Versorgungslücken über Netzwerkkonferenzen darzustellen.¹¹

Laut Auskunft des RNV wurde hinsichtlich der Barrierefreiheit durch eine Arbeitsgruppe ein Maßnahmenkatalog für den seniorengerechten ÖPNV erarbeitet: „Grundlage für den Maßnahmenkatalog waren dabei die Handlungsfelder Fahrzeuge, Haltestellen, Fahrpläne / Aushangfahrpläne, Fahrausweise, Mobilitätstraining, Öffentlichkeitsarbeit. Der Kreisausschuss hat diesen Maßnahmenkatalog in seiner Sitzung am 24.02.2016 zur Kenntnis genommen. Die Empfehlungen des Maßnahmenkataloges sollen bei der Planung und Diskussion des Nahverkehrsplanes 2018–2022 Eingang finden. Bei den Ausschreibungen der Linienbündel LMR Nord und LMR Südost mit Start zum 10.12.2017 wurden insgesamt 14 Niederflurfahrzeuge eingeplant. Als ein wichtiges Kapitel im aktuell behandelten Nahverkehrsplan für den Zeitraum 2018–2022 wird derzeit die Kategorisierung der rund 750 Bushaltestellen im Landkreis erarbeitet. In einem Workshop mit den Städten und Gemeinden Ende August des Jahres soll die sukzessive Umsetzung der Haltestellen im Rahmen des Auftrages des PBefG als barrierefreie Haltestellen diskutiert werden.“¹²

Hinsichtlich der Anforderung, den ÖPNV nachfrageorientiert auszurichten und das AST-System zu verbessern, beabsichtigt der RNV für den Nahverkehrsplan 2018–2022 den Einsatz des Anruf-Sammel-Taxis in Schwachlastzeiten und als ergänzendes ÖPNV-Angebot unter der künftigen Bezeichnung „Anruf-Bus“ zu optimieren, indem eine Anpassung an die regionsbezogenen Bedarfe erfolgt.

Zur Koordinierung der Bürgerbusangebote mit gemeinsamer Oberfläche hat der RNV folgende Maßnahmen zur Vereinheitlichung durchgeführt bzw. eingeleitet: „Insgesamt gibt es derzeit im Landkreis Marburg-Biedenkopf sieben Bürgerbusangebote in Weimar, Lahntal, Biedenkopf, Bad Endbach, Amöneburg, Ebsdorfergrund und Breidenbach. In Kirchhain, Dautphetal und Lohra werden derzeit die Planungen für den Einsatz der Fahrzeuge und für die Beschaffung der Fahrzeuge forciert.

Alle Fahrpläne werden beim Regionalen Nahverkehrsverband koordiniert und mit den bestehenden ÖPNV-Angeboten abgestimmt. Alle Fahrpläne der aktiven Bürgerbusprojekte sind systematisch einheitlich auf der Homepage des RNV veröffentlicht. Die Fahrzeuge in Bad Endbach, Ebsdorfergrund und Breidenbach fahren bedarfsorientiert auf Abruf und daher ohne Fahrpläne.

Für die aktuellen Bürgerbusprojekte wird derzeit ein Flyer mit allen Aktivitäten und Ansprechpartnern erarbeitet. Die gemeinsame Oberfläche stellt sich unter dem folgenden Logo dar:

¹¹ Der Kreisausschuss: Verlängerungsantrag für das Projekt „Sektorenübergreifende Versorgung durch Beratung, Koordination und Planung“ des Landkreises Marburg-Biedenkopf in Kooperation mit der Ärztenossenschaft PriMa e.G. und dem Regionalen Nahverkehrsverbund (RNV). 2016. S. 30.

¹² Stellungnahme des RNV zum aktuellen Stand. Vom 19.07.2017.

Abb. 8: Logo des RNV für die Bürgerbusangebote



Auch die unterschiedlichen alternativen Bedienformen (Anruf-Sammel-Taxi, Bürgerbus, Car-Sharing, Mitnahmesysteme) werden künftig besser koordiniert. „Geprüft wird u. a. die Einrichtung einer Mobilitätszentrale und die Integration der Ange-

bote in die RMV-Auskunft, mit der Möglichkeit, die nächste Verbindungsmöglichkeit über die RMV-App abrufen zu können. Insgesamt wird dieses gesamte Themenfeld ein Arbeitsauftrag aus dem Nahverkehrsplan heraus sein.“¹³

Hinsichtlich der Forderung, „Versorgungslücken über Netzwerkkonferenzen darzustellen“ formulierte der RNV als generelle Aufgabe der Zukunft die systematische Erfassung der Versorgungslücken im Mobilitätsangebot durch die Kartierung der ärztlichen Praxen und Versorgungszentren in den ländlichen Regionen in Kooperation mit der Ärztegenossenschaft PriMa e.G.: „Danach wird es notwendig sein, einen Abgleich der ärztlichen Standorte und der Sprechzeiten mit den bestehenden Verbindungsmöglichkeiten der ÖPNV-Angebote einschließlich der alternativen Bedienungsformen vorzunehmen. Daraus sollten dann praktische Handlungsempfehlungen erarbeitet werden.“¹⁴

Abschließend kann festgestellt werden, dass 2016 ein vom RNV organisierter Informations- und Meinungsaustausch in Fachgremien und übergreifenden Netzwerkstrukturen des Landkreises durchgeführt wurde, in deren Verlauf auch Maßnahmen eingeleitet wurden, die den Zielvorgaben des Projekts entsprechen.

Allerdings wurden die Netzwerkkonferenzen im Rahmen der Arbeit der beiden Außenstellen der GPSP und des PSP in Marburg bisher nicht als Kommunikationsplattform für die Bedarfs- und Entwicklungsaspekte des öffentlichen Nahverkehrs genutzt. Auch in den Teambesprechungen ist die Zusammenarbeit mit dem RNV im Sinne eines Beteiligungsverfahrens noch nicht einbezogen worden.

Für 2017 und 2018 sind eine engere Zusammenarbeit und Abstimmung mit der konzeptionellen Arbeit des RNV geplant. Insbesondere die Netzwerkkonferenzen sollten verstärkt als Informationsplattform zur Erörterung von Bedarfs- und Entwicklungsaspekten des öffentlichen Nahverkehrs unter dem Aspekt einer mobilitätsgestützten Versorgungsstruktur genutzt werden.

5 Ausblick

Für den Projektzeitraum 2017 und 2018 wird vorrangig die Intensivierung der Kooperation mit den Ärzten anstehen. Die Verbindlichkeit der Zusammenarbeit wird weiterentwickelt, dokumentiert und evaluiert. Fortbildungen mit den Ärzten sind geplant, um ihnen die Vorteile der Netzwerkarbeit und

¹³ Ebd.

¹⁴ Ebd.

ihren Einbezug ins Case-Management noch weiter deutlich zu machen. Dabei erfolgt eine intensive Unterstützung durch das Gesundheitsamt des Landkreises.

Da das „Orga-Team“ zunächst schwerpunktmäßig für die Weiterentwicklung der Leitlinien zuständig war und dieser Prozess zu einem vorläufigen Abschluss kam, sieht es künftig seinen Aufgabenschwerpunkt in der Organisation von Fortbildungen und anderen gemeinsamen Projekten zur Stärkung der Verbundidentität.

2017 werden verbindliche Standards zur Mitarbeit in den Netzwerkkonferenzen verabredet, um eine kontinuierliche Mitarbeit im Netzwerk und in den Netzwerkkonferenzen zu gewährleisten. Zur Vorbereitung hat sich die AG Qualitätssicherung im November 2016 getroffen. Dabei wird die Anforderung insbesondere darin bestehen, niedrigschwellige Zugangsmöglichkeit zu gewährleisten, um jederzeit potenzielle Akteure einbeziehen zu können und gleichzeitig durch die Entwicklung von Aufnahme- und Ausschlusskriterien Kontinuität und Verbindlichkeit in der Zusammenarbeit mit Akteuren und der Akteure untereinander zu ermöglichen.

Weitere wichtige Ziele für 2017 stellen die Erprobung und Dokumentation der leitlinienbasierten Zusammenarbeit der Akteure aus den Projektregionen dar. Im 2. Quartal 2017 soll als erste Zwischenbilanz eine Bewertung der leitliniengestützten Zusammenarbeit erfolgen. Dazu wird ein Evaluationsbogen entwickelt, um die Ärzte, die Dienstleister und die Mitarbeiterinnen der GPSP und des PSP hinsichtlich ihrer Erfahrungen zu befragen. Die Ergebnisse sollen in einer Sitzung der Lenkungsgruppe vorgestellt werden.

In Hinblick auf die Zusammenarbeit mit dem RNV ist festzustellen, dass die in Kap. 4 angeführten Anpassungen an die Mobilitätsbedarfe der Bürgerinnen und Bürger in Zusammenarbeit mit dem Landkreis Marburg-Biedenkopf zurzeit erfolgen. 2017 und 2018 steht eine engere Einbindung der Beratungsfachkräfte der GPSP und des PSP an, um Bedarfe zu eruieren und Verbesserungen abzustimmen.

Voraussetzung für die Verstetigung der Nebenstellen und somit die Zielerreichung des Projekts ist die Anerkennung der Außenstellen durch die Pflegekasse. Im ersten Quartal 2017 werden erste Gespräche mit der zuständigen Pflegekasse zur Beteiligung an den Gesundheits- und Pflegestützpunkten aufgenommen und ein entsprechender Antrag im Steuerungsausschuss auf Hessenebene eingebracht.¹⁵ Vertreter der Kreisfraktionen im Kreistag des Landkreises haben ihren Willen zur Verstetigung der im Rahmen des Projektes geschaffenen Beratungs- und Vernetzungsstrukturen bereits bekundet.

¹⁵ Die Verhandlungen haben Anfang 2017 begonnen. Vorgesehen ist eine Antragstellung unter Bezugnahme auf das Initiativrecht nach § 7c Abs.1 SGB XI.

Quellenverzeichnis

Der Kreisausschuss des Landkreises Marburg-Biedenkopf: Konzept und Personalbedarfsberechnung für den Ausbau des Pflegestützpunktes Marburg-Biedenkopf. Stabsstelle Altenhilfe. April 2017.

Der Kreisausschuss des Landkreises Marburg-Biedenkopf: Maßnahme- und Zeitplan zum Modellprojekt „Sektorenübergreifende Versorgung durch Beratung, Koordination und Planung“ Antragsteller Landkreis Marburg-Biedenkopf in Kooperation mit PriMa e.G. und dem regionalen Nahverkehrsbund (RNV). Anlage zum Verlängerungsantrag.

Der Kreisausschuss des Landkreises Marburg-Biedenkopf: Verlängerungsantrag für das Projekt „Sektorenübergreifende Versorgung durch Beratung, Koordination und Planung“ des Landkreises Marburg-Biedenkopf in Kooperation mit der Ärztegenossenschaft PriMa e.G. und dem regionalen Nahverkehrsbund (RNV). Antrag an das Hessische Ministerium für Soziales und Integration. Erstellt 25. September 2015. Überarbeitete Fassung, Februar 2016.

Gärtner, Kerstin: Koordination und Vernetzung durch Pflegestützpunkte am Beispiel des Landkreises Marburg-Biedenkopf. Masterthesis, Justus-Liebig-Universität, Gießen 12.2014.

IWAK Abschlussbericht. Wissenschaftliche Begleitung der Implementierung der Pflegestützpunkte in Hessen. Erstellt im Auftrag des Hessischen Sozialministeriums. März 2012.

Leistungsvereinbarung zwischen dem Kreisausschuss des Landkreises Marburg Biedenkopf und einzelnen Mitgliedern (Ärzten) der Ärztegenossenschaft PriMa e.G.

Monzer, Michael: Case-Management - Grundlagen. medhochzwei Verlag, Heidelberg, 2013.

PowerPoint-Präsentation des Pflegestützpunktes Marburg zum Case-Management. 2016.

Statistik der Stabsstelle Altenhilfe Marburg, 2015 und 2016.

Stellungnahme des RNV zum aktuellen Stand vom 19.07.2017.

Abkürzungsverzeichnis

AG-Orga	Arbeitsgruppe Organisation
AST	Anruf-Sammel-Taxi
BIP	Beratungszentrum mit integriertem Pflegestützpunkt
PBefG	Personenbeförderungsgesetz
CM	Case-Management
GPSP	Gesundheits- und Pflegestützpunkt
GSA	Gesundheitsamt
HMSI	Hessisches Ministerium für Soziales und Integration
NäPa	Nichtärztliche Praxisassistentin
Orga-Team	Organisations-Team
ÖPNV	Öffentlicher Personennahverkehr
PSG	Pflegestärkungsgesetz
PSP	Pflegestützpunkt
STAH	Stabsstelle Altenhilfe
RNV	Regionaler Nahverkehrsverband Marburg-Biedenkopf
UAG	Unterarbeitsgruppe
VeraH	Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis

Anlagen

Anlage 1: Case-Management-Konzept

Anlage 2: Leistungsvereinbarung mit der Ärztegenossenschaft PriMa e.G.



Case Management-Konzept¹⁶
für den Pflegestützpunkt Marburg-Biedenkopf
und die Gesundheits- und Pflegestützpunkte Biedenkopf/Stadtallendorf
Januar 2017

Case Management ist ein spezielles Verfahren zur Steuerung von komplexen Versorgungssituationen. Es steht weniger für die Person „Klient“, vielmehr für dessen problematische Situation, die es zu bewältigen gilt. Das Ziel ist ein bedarfsgerechtes, auf den einzelnen Fall zugeschnittenes, Unterstützungsarrangement.

I. Klärungsphase - die richtigen Fälle auswählen und Case Management einleiten

Die Entscheidung, ob die Methode des Case Managements (CM) angewendet wird und die dafür erforderlichen Zeit- und Personalressourcen zur Verfügung gestellt werden, legitimiert sich durch eine gezielte Auswahl der Fälle. Eine solche gezielte Auswahl muss durch Aufklärung und Information der Klienten sowie der potentiell zuweisenden Dienste über das Verfahren hergestellt und durch Indikatoren abgesichert werden. Die mit dem Case Management verbundenen Kommunikations-, Organisations- und Vermittlungsleistungen zur Gewährleistung eines qualitativ hochwertigen und stabilen Versorgungssetting sollte mit einem Nutzen für den Klienten und für die beteiligten Dienstleister/Experten verbunden sein.

Case Management-Angebot des Pflegestützpunktes bekannt machen

a) Information potentieller Klienten

Es wird ein Informationsflyer erarbeitet, der das CM-Verfahren und den Nutzen für den Klienten verständlich vermittelt. Presseartikel und Vorträge ergänzen die Informationsarbeit.

b) Information und Einbindung potentiell zuweisender Dienste/Spezialisten

Das CM-Konzept wird in den Netzwerkkonferenzen vorgestellt, mit den Netzwerkpartnern diskutiert und abgestimmt. Kriterien und Absprachen zur einzelfallbezogenen Zusammenarbeit werden festgelegt

Auswahlkriterien für Case Management

Im Rahmen der Pflegestützpunktarbeit sind insbesondere folgende Auswahlkriterien zu beachten:

1. Mehrdimensionale Problemlage
2. Hohe Akteursdichte (Mehrere Dienstleister/Experten sind in der Versorgung aktiv bzw. müssen eingebunden werden, etc.).
3. Mangelnde Ressourcen im Klientensystem (Mangel an Unterstützung von nahen Angehörigen, Bekannten/Freunden, etc.).
4. Keine oder mangelnde Befähigung zur Umsetzung der Beratungsinhalte (Demenz, physische Erkrankung).

¹⁶ Dieses Konzept orientiert sich an den Empfehlungen von M. Monzer: „Case Management - Grundlagen“, medhochzwei-Verlag GmbH, Heidelberg 2013.

5. Unsicherheit bei der Auswahl von Angebotsalternativen (Angst vor wirtschaftlichen Sorgen, Heimunterbringung etc.).
6. Regelversorgung greift nicht (Angebote reichen nicht aus, Versorgungslücken, intensive Begleitung etc.).
7. Überdurchschnittliche Kosten (24-Std. Pflege, hoher Stundensatz bei amb. Dienstleistungen)
8. Probleme im Umgang mit Versorgungsangeboten (wenig Information über Angebote, Versorgung reicht nicht aus).

Materielle Problemlagen, körperliche/psychische sowie soziale Probleme bilden die Basiskriterien zur Fallauswahl. Aus jedem Problemfeld sollten Hinweise auf Schwierigkeiten vorliegen (vgl. Monzer, S. 81). Problemketten, Wechselwirkungen zwischen Problemen, unklare Problemlagen und eine drohende Chronifizierung bzw. Problemverschärfung sind weitere Indikatoren für Case Management (*Anlage 1: Auswahlkriterien für CM*).

Aufnahme eines CM-Falls

Die Aufnahme in das Case Management wird als „formeller Akt“ - als bewusste Entscheidung zur zukünftigen Zusammenarbeit - gestaltet.

Der Klient wird über das Vorgehen und die einzelnen Schritte ausführlich informiert; er wird - soweit möglich - zu aktiver Beteiligung und Eigenverantwortung verpflichtet.

Zu beteiligende Dienstleister/Experten werden um aktive Mitwirkung und gezielte Einbringung ihrer Ressourcen und Expertise gebeten. Die Fallübergabe an das CM bedeutet nicht die Verantwortungsübergabe; die Dienstleister bleiben verantwortlich beteiligt.

II. Fallkonferenzen: Problem- /Ressourceneinschätzung und Hilfeplanung

Fallkonferenzen dienen der Problem- und Ressourceneinschätzung. Dem Case Manager obliegt die Organisation der Fallkonferenz; er übernimmt zudem die Moderation und Zusammenführung der unterschiedlichen Perspektiven und Einschätzungen, falls diese Aufgaben keine andere Stelle übernimmt. Mit den Beteiligten gemeinsam abzuklären sind insbesondere individuelle Ressourcen, Probleme, Kontextbedingungen, Bedürfnisse und Erwartungen als Grundlage für die Organisation eines fallbezogenen Unterstützungsnetzwerks durch das Case Management. Sofern möglich, sind der Klient und/oder aber ein Vertreter aktiv beteiligt.

Die Zielentwicklung erfolgt soweit möglich aus der Klientenperspektive unter Berücksichtigung der individuellen Lebensentwürfe und Haltungen sowie unter Berücksichtigung wirtschaftlicher Gesichtspunkte (Kosten). Die zu verabredenden Maßnahmen sollten sich an den SMART-Regeln orientieren (**S**pezifisch, **M**essbar, **A**kzeptabel, **R**ealistisch, **T**erminiert). Der zu erstellende Hilfeplan formuliert Vereinbarungen über Ziele, Maßnahmen, Fristen, Verantwortlichkeiten und Erfolgsindikatoren (*Anlage 2: Ablaufschema Fallkonferenz*).

III. Vermittlung des Klienten an Dienstleister und Umsetzung des Hilfeplans

Der Case Manager erhält vom Klient und den beteiligten Akteuren das Mandat, im Vermittlungsprozess eine neutrale, verhandelnde Rolle zu übernehmen. Er verfügt über umfassende Kenntnisse der Angebote, Konzepte und Leistungsprofile der Netzwerkpartner als Voraussetzung für eine qualifizierte Umsetzung des Hilfeplans. Er sichert darüber hinaus gegenüber allen am Prozess Beteiligten

ein transparentes und auf verbindliche Kommunikation ausgerichtetes Vorgehen zu. Sofern der Klient/Angehörige die Dienstleister nicht selbst auswählen kann, erfolgt die Auswahl nach den Kriterien: Erreichbarkeit, Vernetzungs- und Kooperationsbereitschaft und formale Anerkennung (Zulassung durch Kostenträger).

Die fallbezogene Vernetzungsintensität und Begleitung orientiert sich an dem individuellen Bedarf des Klienten. Verabredet werden Interventionen zur Abklärung möglicher Anpassungsbedarfe, zur Erfolgs- und Wirksamkeitsprüfung und ggf. notwendiger Re-Assessments. Diese Aufgaben können auch von anderen Akteuren oder dem Klienten/Angehörigen selbst verantwortlich übernommen werden. Anliegen des Case Managements ist die Befähigung zur Selbsthilfe.

IV. Ergebnissicherung und Abschluss

Konkret geht es um die Beurteilung der Fallbearbeitung, die sich auf Aussagen/Bewertung des Klienten, der Angehörigen und der Leistungserbringer stützt. Ein Abschlussbericht leistet eine zusammenfassende Darstellung des Prozesses und dient der Ergebnissicherung, der Transparenz und der Erfassung möglicher Erkenntnisse für die Sozialplanung. Die Ergebnisse der bereits im Pflegestützpunkt praktizierten „Zufriedenheitsbefragung“ fließen in die rückblickende Bewertung des Fallablaufs ein. Nicht zuletzt kann die Evaluation auch dem Case Manager dienen, z.B. wenn sich daraus Hinweise auf Schwächen und Stärken des Vorgehens ergeben.

Fallauswahlkriterien für Case Management

I. Problemlagen

Materielle Probleme:

Wohnung / Wohnumfeld	Einkommen / Finanzielle Situation	Mobilität
<ul style="list-style-type: none"> • Unzureichender Wohnraum, keine zentrale Warmwasserversorgung, Treppen können nicht überwunden werden • Kündigung der Wohnung steht an • Obdachlosigkeit 	<ul style="list-style-type: none"> • geringe Rente • Schulden • Armut 	<ul style="list-style-type: none"> • Gehen ohne Hilfsmittel möglich • Gehen am Stock • Gehen am Stock aber unsicher • Gehen am Rollator • Gehen am Rollator aber unsicher • Sitzen im Rollstuhl • Auf- und Umsetzen nur mit Hilfe möglich • Mobilität aufgrund Sehbeeinträchtigung stark eingeschränkt

Körperliche Probleme:

Körperliche Erkrankung	Psychische Erkrankung	Behinderung
<ul style="list-style-type: none"> • Apoplex • Unfall • Tumorerkrankungen • Herz- Kreislauf-erkrankungen • Muskuloskelettale Erkrankungen 	<ul style="list-style-type: none"> • Demenz • Schizophrenie • Depression • Angststörung • Sucht 	<ul style="list-style-type: none"> • Körperbehinderung • Geistige Behinderung • Psych. Behinderung

Soziale Probleme:

<ul style="list-style-type: none"> • Gewalt • Schwierige familiäre Verhältnisse • Migration • Vereinsamung/ Soziale Isolation

II. Lösungen erschwerende Bedingungen / Strukturen

Lösungen erschwerende Bedingungen	Problematische, formelle Lösungsstrategien	Unabgestimmte Angebote	Hoher Koordinationsaufwand
<ul style="list-style-type: none"> • Kein Verständnis der eigenen Problematik • Schwierigkeiten im Umgang mit Regelangeboten • Verdrängung • Persönliche Überforderung 	<ul style="list-style-type: none"> • Fehlende Angebote • Unzureichende Angebote • Schwierige Nutzung • Fehlendes Verständnis • Abwehrende Angebote / Zugangsbarrieren sind schwierig 	<ul style="list-style-type: none"> • Fehlende Vernetzung • Einseitige Deutungshoheit • Widersprüchliche Aussagen • Einseitige Aussagen • Ablehnung anderer Lösungsbereiche 	<ul style="list-style-type: none"> • Viele unterschiedliche Professionen • Unzureichende Kommunikation • Konflikte zwischen Akteuren

Ablaufkriterien einer Fallkonferenz im Pflegestützpunkt des Landkreises Marburg-Biedenkopf

1. Auswahlkriterien für eine Fallkonferenz:

- Komplexe Problemlage
- Hohe Akteursdichte
- Angebote sind nicht aufeinander abgestimmt
- Versorgungslücken treten auf

2. Ablaufkriterien einer Fallkonferenz:

Das Case Management im (Gesundheits- und) Pflegestützpunkt organisiert die Fallkonferenzen und übernimmt die Verantwortung für die

- Aufklärung/Information des Klienten und die Einholung einer Einverständniserklärung,
- Einladung der Teilnehmer, Protokollführung und Einhaltung des Zeitrahmens von 1-1,5 Stunden,
- Moderation der Fallkonferenz
- Zusammenführung der unterschiedlichen Perspektiven und Einschätzungen (Hilfeplan),
- Abschluss von Vereinbarungen mit den beteiligten Akteure über die verabredeten Maßnahmen,
- Festlegung der Verantwortungsübernahme zur Erfolgs- und Wirksamkeitsprüfung (Fallführung).

Protokoll einer Fallkonferenz

Datum: _____

Zeit: _____

Protokollant/CM: _____

Klient: _____

Geb.: _____

Tel. _____

Krankenkasse: _____

Hausarzt: _____

Eiwilligungserklärung des Klienten liegt vor

Ausgangssituation/Problemstellung:			
Klient (gesetzl. Vertreter)	Problem- u. Ressourcen- einschätzung	Ziele	Indikatoren für Zielerreichung
	Problem- u. Ressourcen- einschätzung	Ziel / Maßnahme	Frist (wer, wie oft, bis wann?)
Angehörige/ Bezugsperson			
Case Manager			

	Problem- u. Ressourcen- einschätzung	Ziel / Maßnahme	Frist (wer, wie oft, bis wann?)
Dienstleister 1			
Dienstleister 2			
Dienstleister 3			
Gesamteinschätzung / Zusammenfassung:			
Grundsatzziel 1:			
Grundsatzziel 2:			
Unterschriften der Teilnehmer:			
Monitoring (Notiz CM, Datum, ggf. neue Zielformulierung):			
Neues Ziel:			
Evaluation (Notiz CM, Datum):			

LANDKREIS



 MARBURG
BIEDENKOPF



Leistungsvereinbarung

zwischen dem
Kreisausschuss des
Landkreises Marburg-Biedenkopf
Im Lichtenholz 60,
35043 Marburg

und

Herrn / Frau Dr. med. _____ (*1)

(bzw.) den Ärzten bzw. Ärztinnen (*2)

Herrn / Frau Dr. med. _____

(bzw.) der hausärztlichen Praxis _____ (*1)

(*1) Einzelpraxis / (*2) Berufsausübungsgemeinschaft

in _____ Ort

_____ Straße

- Mitglied(ern) der Ärztegenossenschaft „PriMa“ e.G. –

Präambel

Der Landkreis Marburg-Biedenkopf hat im Jahr 2014 mit der Förderung des Landes Hessen ein „Projekt zur sektorenübergreifenden Versorgung durch Beratung, Koordination und Planung“ ins Leben gerufen.

Dieses soll dazu dienen, eine Optimierung der Versorgung der im Landkreis Marburg-Biedenkopf lebenden pflegebedürftigen Personen zu gewährleisten. Dazu arbeiten die Netzwerkpartner aus professionellen, kommunalen und ehrenamtlichen Organisationen/Institutionen aus dem medizinischen, pflegerischen und sozialen Bereich eng zusammen, um sowohl die ambulante und stationäre Versorgung als auch die soziale Einbindung der Klienten/Patienten zu ermöglichen.

Der Hauptkooperationspartner des Landkreises Marburg-Biedenkopf in diesem Projekt ist von Beginn an die Ärztenossenschaft PriMa e. G., in der ein Großteil der niedergelassenen Ärzte vereint sind. Insbesondere die Hausärzte sind in der medizinischen ambulanten Versorgung für die meisten Kranken und Pflegebedürftigen die ersten Ansprechpartner.

Durch den Aufbau von zwei weiteren Gesundheits- und Pflegestützpunkten in Biedenkopf und Stadtallendorf, die den bestehenden Pflegestützpunkt in Marburg ergänzen und verstärken, wurden insbesondere in der Netzwerkregion Ost und der Netzwerkregion West neue Beratungs- und Koordinierungsstellen geschaffen, die auch dazu dienen sollen, die niedergelassenen Ärzte insbesondere von Beratungswünschen der Klienten/Patienten zu entlasten und zu unterstützen.

Die Kenntnisse der Ärzte sind gleichwohl für die Verbesserung der Strukturen und die koordinierte Zusammenarbeit der Pflegestützpunkte mit den anderen Netzwerkpartnern besonders wichtig.

Daher schließen der unterzeichnende Arzt und der Landkreis Marburg Biedenkopf folgende Vereinbarung ab:

§ 1 Netzwerkbeitritt



Der unterzeichnende Hausarzt tritt hiermit der Netzwerkregion Ost bei. Er erkennt die bestehenden Leitlinien des Netzwerkes an.

Er ist berechtigt, das Netzwerklogo für Werbezwecke und Bekanntmachungen zu nutzen.

Der Landkreis Marburg-Biedenkopf sichert zu, den unterzeichnenden Arzt regelmäßig über wichtige Änderungen in der Netzwerkregion Ost zu informieren.

§ 2 Netzwerkkonferenzen

Der unterzeichnende Arzt erklärt sich bereit, an der zweimal jährlich stattfindenden Netzwerkkonferenz Ost teilzunehmen oder einen kompetenten Vertreter aus der Praxis (VeraH oder NÄPa) zu entsenden.

Er erklärt sich bereit, ggf. auf Versorgungslücken und andere allgemeine Problematiken in der regionalen Versorgung der pflegebedürftigen Klienten/Patienten hinzuweisen und ggf. Lösungsvorschläge in die Netzwerkkonferenz Ost einzubringen. Er ist bereit, sich an der Weiterentwicklung und Konkretisierung der Leitlinien zu beteiligen.

§ 3 Zusammenarbeit mit dem Pflegestützpunkt

Der unterzeichnende Arzt wird im Bedarfsfall seine Klienten/Patienten auf das trägerneutrale Beratungsangebot des Pflegestützpunktes nach § 7 c, SGB XI hinweisen.

Der Unterzeichner erklärt sich bereit, Flyer und ggf. auch ein Plakat (DIN A3) zu den Pflegestützpunkten so auslegen bzw. aufhängen, dass sie den Klienten/Patienten seiner Praxis gut zugänglich sind.

Sofern er eine Notlage in Hinblick auf Pflege/Versorgung bei einem Klienten/Patienten erkennt und dieser oder deren Angehörige nicht selbst tätig werden können, wird er den Pflegestützpunkt über seine Praxis informieren, sofern der Klient/Patient dies gestattet.

Die Mitarbeiter des Pflegestützpunktes werden im Bedarfsfall die Koordination der notwendigen Hilfen übernehmen.

§ 4 Case-Management und Fallkonferenz

Bei besonders komplexen Versorgungslagen wird durch den Pflegestützpunkt nach bestimmten Qualitätsmerkmalen ein Case-Management durchgeführt.

Der Landkreis Marburg-Biedenkopf, erklärt, dass der die Mitarbeiter des Pflegestützpunktes den unterzeichnenden Arzt beim Antrag einer Fallkonferenz über einen seiner Patienten grundsätzlich informieren und zur Teilnahme einladen wird.

Der unterzeichnende Arzt erklärt sich bereit, in vereinzelt Fällen, in denen der Case-Manager die Anwesenheit des Arztes bei einer Fallkonferenz für notwendig erachtet, an diesem Termin teilzunehmen oder eine vertretungsberechtigte Person (VerA oder NÄPa) zu entsenden.

Eine Fallkonferenz, an der ein unterzeichnender Arzt teilnimmt, soll grundsätzlich in den Praxisräumen dieses Arztes stattfinden - es sei denn, dieser wünscht ausdrücklich einen anderen Ort. Dies soll die schnelle Verfügbarkeit von Behandlungsunterlagen während der Konferenz gewährleisten und den Ärzten die Zeit für An- und Abfahrt ersparen.

§ 5 Vergütung

Der unterzeichnende Arzt erhält pro angefangene halbe Stunde für die Teilnahme an Fallkonferenzen, fallbezogene Einzelgespräche und Netzwerkkonferenzen, zu denen er vom Pflegestützpunkt eine Einladung erhält, eine Aufwandsentschädigung in Höhe von 37,50 Euro.

Die Abrechnung ist formlos unter Angabe der Art der Sitzung, des Datums und der Dauer der Sitzung mit der Mitteilung der Kontoverbindung beim Fachbereich Gesundheitsamt des Landkreises Marburg-Biedenkopf, Schwanallee 23, 35037 Marburg, schriftlich oder per Mail (RossbachD@marburg-biedenkopf.de) einzureichen.

Im Falle der Vertretung des Unterzeichners durch seine NÄPa oder VerA kann er eine Entschädigung von 15 Euro pro angefangene halbe Stunden beantragen.

Die Abrechnung sollte möglichst quartalsweise erfolgen. Es wird darauf hingewiesen, dass aus haushaltstechnischen Gründen Abrechnungen, die nach dem 1. März des Folgejahres eingehen, nicht mehr berücksichtigt werden können.

Fahrtkosten und eine Entschädigung für die Fahrzeit sind nicht erstattungsfähig.

§ 6 Praxisaushang

Der unterzeichnende Arzt erhält für seine Praxis als Bestätigung dieser Vereinbarung ein entsprechend gestaltetes aushängbares Dokument für seine Praxisräume, mit dem er die Klienten/Patienten in geeigneter Form auf diese Kooperation hinweisen kann.

§7 Ende der Vereinbarung

Diese Vereinbarung beginnt mit der Unterzeichnung durch beide Partner und endet mit Ablauf der Projektförderung durch das Land Hessen, voraussichtlich zum 31.12.2018.

Ort , *Datum* , *Arzt* *Unterschrift*

Ort , *Datum* , *Landkreis Marburg-Biedenkopf* *Stempel*
Unterschrift Landrätin

Antrag zur Einberufung einer Fallkonferenz

Bitte senden an:

Landkreis Marburg-Biedenkopf
Gesundheits- und Pflegestützpunkt Stadtallendorf
Bahnhofstr. 2
35260 Stadtallendorf

Fax: 06428/40592 2161



1. Antragstellender Arzt:

Name, Vorname : _____
Praxis: _____
Telefon: _____
E-Mail: _____

2. Klient/Patient:

Name, Vorname : _____
Straße, Ort : _____
Telefon: _____

Hiermit wird beantragt, dass für die oben benannte Person eine Fallkonferenz durch den Gesundheits- und Pflegestützpunkt einberufen wird.

Einverständniserklärung des Patienten / Bevollmächtigten liegt vor und ist als Anlage beigefügt.

3. Grund der Beantragung:

Neuer Fall mit komplexer Versorgungslage

Ggf.

Beschreibung:

Akute Versorgungsproblematik ab/seit _____ aufgrund von

Weitere _____ Gründe:

4. Vorschlag zur Beteiligung folgender Personen/Institutionen an der Fallkonferenz:

Falls bekannt, Namen eintragen

- Patient / bzw. Bevollmächtigter, soweit vorhanden _____
- Betroffene Angehörige: _____
- Amb. Pflegedienst: _____
- Stationäre Einrichtung: _____
- Bürgerverein/Niedrigschwellige Dienste: _____
- Entlassungsmanagement/Sozialdienst Krankenhaus: _____
- Ansprechpartner Kommune: _____
- Sozialpsychiatrischer Dienst: _____
- Hausarzt/Facharzt: _____
- Heilmittelerbringer _____
- Weitere Personen/Institutionen _____

5. Termin:

-
- Vorschlag/Vorschläge _____
-

6. Ort:

Die Fallkonferenz könnte in unseren/meinen Räumlichkeiten _____ stattfinden.

Leider kann ich/können wir keine Räume für die Fallkonferenz anbieten.

Ort, Datum

Unterschrift:

LANDKREIS

**Pflegestützpunkt**

Landkreis Marburg-Biedenkopf

Gesundheit • Pflege • Soziale Hilfen

Netzwerk**Die Praxis**

Dr. med.

in

- Mitglied der Ärztenossenschaft „PriMa“ e.G. -



ist Mitglied in der regionalen Netzwerkkonferenz Ost und Kooperationspartner der Gesundheits- und Pflegestützpunkte des Landkreises Marburg-Biedenkopf.

Die trägerunabhängigen Pflegestützpunkte des Kreises beraten Pflegebedürftige und deren Angehörige kostenlos bei Fragen rund um Pflege und Versorgung.

Die Praxis ist Mitunterzeichner der Leitlinien der Netzwerkkonferenz Ost und kooperiert mit allen Netzwerkorganisationen, die an der pflegerischen und häuslichen Versorgung seiner Patienten beteiligt sind.

Der Arzt dieser Praxis nimmt bei Bedarf an Fallkonferenzen teil, bzw. regt diese an, um die komplexe Versorgung schwerkranker und pflegebedürftiger Patienten sicherzustellen.

Marburg, _____,

Datum

Kirsten Fründt, Landrätin des Landkreises Marburg-Biedenkopf