



Das Projekt „BaP“ im Landkreis Reutlingen

Barrierefreie Pflege - Verknüpfung von Angeboten und Leistungen einer bedarfsgerechten ambulanten Versorgung von Menschen mit Behinderung und Pflegebedarf

ABSCHLUSSBERICHT

Inhalt

1. Abkürzungsverzeichnis	3
2. Begriffsglossar	3
3. Einführung und Projektbeschreibung.....	4
3.1. Ausgangssituation.....	5
4. Bestands- und Bedarfsanalyse	7
4.1 Bestandsanalyse.....	7
4.2 Bedarfsanalyse	9
4.3 Bedeutung der Ergebnisse für den weiteren Projektverlauf.....	11
5. Einzelfallebene: Case Management	11
5.1. Ziele des Case Managements	11
5.2. Zielgruppe	12
5.3 Case Management im Gesamtkontext des Leistungssystems.....	12
5.4. Rollen und Funktionen im Case-Management-Prozess.....	13
5.4.1. Fallmanagement.....	13
5.4.2. Bezugsmitarbeiterin als Case Managerin	14
5.4.3. Sonstige Personen als mögliche Case Managerin	14
5.5. Aufgaben der Case Managerin.....	15
5.5.1. Schnittstelle zum Leistungsträger	15
5.5.2. Leistungsplanung.....	15
5.5.3. Wissen um die aktuelle Situation/ Vernetzung der beteiligten Dienste und Personen	16
5.5.4. Begutachtung durch den MD und Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI	16
5.6. Fallvignette zur Darstellung der Versorgungssituation von Menschen mit Behinderung und Pflegebedarf.....	16
5.7. Modellhafte Umsetzung des Case Managements	17
5.8. Ergebnisse	19
6. Zusammenarbeit und Qualifizierung: „Workshop EGH und Pflege together“	19
6.1. Ziele des Workshops „EgH und Pflege together“	20
6.2. Zielgruppe	20
6.3. Inhalte und Umsetzung	20
6.3.1. Programmaufbau und inhaltliche Schwerpunkte.....	21
6.3.2. Inhalte der theoretischen Inputs.....	21
6.3.3 Inhalte des fachlichen Austauschs.....	22
6.4. Ergebnisse	22
7. Förderliche Strukturen für die gemeinsame Versorgung von Menschen mit Behinderung und Pflegebedarf durch die Behindertenhilfe/Sozialpsychiatrie und die ambulante Pflege	23

8. Ungelöste Themen	24
8.1. Bedarfsermittlung und Leistungerschließung bei komplexen Versorgungssituationen	24
8.2. Finanzierung.....	24
8.3. Rechtliche Rahmenbedingungen für den Einsatz einzelner Berufsgruppe	25
8.4. Personelle Ressourcen	25
9. Veröffentlichung, Verstetigung und Transfer der Projektergebnisse	26
9.1. Veröffentlichung der Ergebnisse.....	26
9.1.1 Abschlussveranstaltung des Projekts	26
9.2. Verstetigung im Landkreis Reutlingen	27
9.2.1 Ergänzende Maßnahmen zur Verstetigung.....	27
9.3 Transfer in andere Regionen	28
10. Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung	29
10.1 Ziele und Forschungsdesign der wissenschaftlichen Evaluation des Projekts „Barrierefreie Pflege im Landkreis Reutlingen“.....	30
10.2 Methoden und Aufgaben der wissenschaftlichen Begleitung.....	31
10.3 Wesentliche Befunde der wissenschaftlichen Begleitung	32
10.3.1 Ergebnisse der Auswertung von zwei Bestandsanalysen (2018/2021)	32
10.3.2 Ergebnisse aus den Bedarfsanalysen.....	34
10.3.3 Ergebnisse aus der Evaluation des Workshops „EGH und Pflege together“	44
10.3.4 Ergebnisse aus der Evaluation des Case Managements.....	48
10.3.5 Ergebnisse aus dem 360 Grad-Workshop	51
10.4 Zusammenfassung und Einordnung der Ergebnisse	54
10.5 Literaturverzeichnis.....	57
11. Fazit und Ausblick	57
12. Anhang	59
12.1 Case Management	59
12.1.1 Handreichung zum Case Management	59
12.1.2 Fallvignette	68
12.1.3 Information für Klient*innen zum Case Management	70
12.1.4 Einverständniserklärung zum Austausch, der am Case Management beteiligten Personen	71
12.2 Workshop „EGH und Pflege together“.....	72
12.2.1 Handreichung Workshop „EGH und Pflege together“	72
12.2.2 Ablaufplan des Workshops.....	77
12.2.3 Anlage zum Programm „Workshop EGH und Pflege together“- Fragestellungen für die Arbeit in Kleingruppen -	78
12.2.4 Zertifikat „Inklusive Pflege“	81
12.3 Flyer Beratungsangebote	82
12.4 Presseartikel.....	83

1. Abkürzungsverzeichnis

BEI_BW	Bedarfsermittlungsinstrument Baden Württemberg SGB IX
BTHG	Bundesteilhabegesetz
EGH	Eingliederungshilfe
EUTB	Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung
HBG	Hilfebedarfsgruppe
MD	Medizinischer Dienst
NBA	Neues Begutachtungsassessment
PG	Pflegegrad
PSP	Pflegestützpunkt
QA	Qualifizierte Assistenz im eigenen Wohnraum
SGB V	Sozialgesetzbuch Gesetzliche Krankenversicherung
SGB IX	Sozialgesetzbuch Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen
SGB XI	Sozialgesetzbuch Soziale Pflegeversicherung
WfbM	Werkstatt für behinderte Menschen

2. Begriffsglossar

- *Bezugsmitarbeiterin*: Ist im Rahmen ihres Dienstauftrages bei einem Leistungserbringer der Behindertenhilfe oder Sozialpsychiatrie für einzelne Klientinnen zuständig. Sie ist verantwortlich für alle Fragenstellungen rund um das Thema Teilhabe.
- *Case Management*: Eine Methode, um ein zielgerichtetes System von Zusammenarbeit zu organisieren und zu koordinieren, mit Ausrichtung auf den konkreten Unterstützungsbedarf der Klientin und deren konkrete Beteiligung¹. Im Projekt „BaP“ wurde das CM angewendet, um die Leistungen der Behindertenhilfe/Sozialpsychiatrie, der ambulanten Pflege sowie von hauswirtschaftlichen Dienstleistern zu koordinieren. Im Projekt „BaP“ wurden die Begriffe „Case ManagerIn“ und „Koordinierende Bezugsmitarbeiterin“ synonym verwendet.
- *Fallmanagerin*: Ist beim Leistungsträger der EGH angesiedelt. Sie ermittelt gemeinsam mit der Klientin den Bedarf im Bereich der Teilhabe und legt im Rahmen des Gesamtplanverfahrens die Ziele und die dafür notwendigen Maßnahmen fest. Ihr obliegt die Leistungsverantwortung bei Vorliegen der Voraussetzungen nach §15 SGB IX.

¹ Vgl. <https://www.case-manager.de/definition/>

- *Koordinierende Bezugsperson/oder-mitarbeiterin*: Sie ist im Rahmen ihres Dienstauftrages bei einem Leistungserbringer der Behindertenhilfe oder Sozialpsychiatrie für einzelne Klientinnen zuständig. Sie ist verantwortlich für alle Fragenstellungen rund um das Thema Teilhabe und organisiert und koordiniert im Bedarfsfall die Leistungen weiterer Erbringer.
- *Menschen mit Behinderung*: der Begriff bezieht sich in diesem Bericht ausschließlich auf Menschen mit einer geistigen oder seelischen Behinderung.
- *Pflegeberatung*: Ist eine Leistung der Pflegekasse. Es wird zwischen zwei Arten unterschieden. Die Beratung nach §7a SGB XI dient der Erstinformation nach dem Antrag auf Leistungen.
Die Beratung nach §37.3 SGB XI dient der Qualitätssicherung in der häuslichen Pflege. Sie ist für Empfängerinnen von Pflegegeld ab Pflegegrad 2 verpflichtend und wird von zugelassenen Pflegediensten durchgeführt.
- *Qualifizierte Assistenz im eigenen Wohnraum*: Sind Assistenzleistungen zur Befähigung der Selbstständigkeit für die eigenständigen Alltagsbewältigung inkl. Anleitung und Übung. Diese Art der Assistenz wird von Fachkräften erbracht. (Früher: Ambulant betreutes Wohnform)
- *Besondere Wohnform*: Sind Einrichtungen, in denen Menschen mit Behinderung leben und betreut werden (Früher: stationäres Wohnen)

3. Einführung und Projektbeschreibung

Der vorliegende Dokument ist der Abschlussbericht zum Projekt „Barrierefreie Pflege im Landkreis Reutlingen“, (BaP). Das Projekt wurde vom Landkreis Reutlingen, der BruderhausDiakonie und der Samariterstiftung durchgeführt. Das Projekt hat zum Ziel die Versorgungssituation von Menschen mit einer geistigen oder seelischen Behinderung und einem Pflegebedarf zu verbessern.

Die Zielgruppe waren Menschen, die in ihrer eigenen Wohnung leben und dies auch bei einem (steigendem) Pflegebedarf beibehalten möchten. Das Projekt beschäftigte sich deshalb mit Fragestellungen, welche Bedingungen zur Verbesserung der Versorgung und damit dem Verbleib in der eigenen Häuslichkeit beitragen. Im vorliegenden Bericht wird, neben der Ausgangssituation, beschrieben, welche Herangehensweisen erarbeitet und umgesetzt wurden. Darüber hinaus wird dargestellt, wie die erzielten Ergebnisse auch über das Projektende hinaus nachhaltig umgesetzt, verstetigt und weiterentwickelt werden können.

In diesem Bericht wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit die weibliche Form verwendet. Männliche und anderweitige Geschlechteridentitäten werden dabei ausdrücklich mitgemeint. Dies bezieht sich nicht auf Kapitel 10. Dieses wurde unter anderer Autorenschaft verfasst.

Die wissenschaftliche Begleitforschung des Projekts erfolgte durch Fr. Prof.in Anke Simon und Hr. Prof. T. Meyer über das Steinbeis-Transferzentrum c/o DHBW Stuttgart. Die wissenschaftlichen Erkenntnisse sind Teil dieses Dokuments. Unter Kapitel 10 ist der von Frau Prof.in Simon und Herr Prof. Meyer verfasste Abschlussbericht zu finden.

3.1.Ausgangssituation

In der Behindertenhilfe und Sozialpsychiatrie gewinnt die Förderung ambulanter Wohnformen seit vielen Jahren an Bedeutung. Im BTHG ist das Wunsch- und Wahlrecht verankert und dessen personenzentrierte Umsetzung präzisiert. Durch die Pflegestärkungsgesetze wurde der Grundsatz „ambulant vor stationär“ gestärkt. Die demographische Entwicklung schlägt sich auch bei Menschen mit einer geistigen oder seelischen Behinderung nieder, so dass auch bei diesen Personengruppen eine zunehmende Pflegebedürftigkeit zu erwarten ist. Durch diese Entwicklungen ergeben sich für die ambulante pflegerische Versorgung neue Fragestellungen.

Der Landkreis Reutlingen hat sich mit der Einrichtung der Inklusionskonferenz auf den Weg gemacht, sich zum inklusiven Landkreis zu entwickeln. Damit verbunden ist auch die Entwicklung inklusiver Versorgungsstrukturen, damit für Menschen mit Behinderung und Pflegebedarf im Rahmen des Regelsystems der (Alten-)Pflege sozialraumbezogen Versorgungsangebote und Betreuungsangebote zur Verfügung stehen.

Der Landkreis hat deshalb einen Prozess angestoßen, gemeinsam mit der BruderhausDiakonie und der Samariterstiftung die Angebotspalette für Menschen mit Behinderung und Pflegebedarf zu erweitern und bedarfsgerecht anzupassen.

Beide Leistungserbringer haben unter anderem im Landkreis Reutlingen Angebote im Bereich der Behindertenhilfe, der Sozialpsychiatrie und der Altenpflege.

In einem vorbereitenden Prozess wurden vielfältige Strukturunterschiede zwischen der Altenpflege und der Behindertenhilfe/Sozialpsychiatrie deutlich:

- Unterschiede im Leistungsrecht und bei der Bedarfsermittlung im Bereich der EGH (SGB IX) und der Pflege (SGB XI)
- unterschiedliche Qualifikationen und Erfahrungshintergründe der Mitarbeiterinnen

- organisatorische und personelle Trennung zwischen Angeboten der Behindertenhilfe/Sozialpsychiatrie und der ambulanten Pflege

3.2. Projektstruktur

- Projektpartner:
 - Landkreis Reutlingen
 - BruderhausDiakonie mit den Fachbereichen Altenpflege und Behindertenhilfe
 - Samariterstiftung mit den Fachbereichen Altenpflege, Behindertenhilfe und Sozialpsychiatrie
- Wissenschaftliche Begleitung:
 - Steinbeis Transferzentrum c/o Duale Hochschule Baden-Württemberg
- Förderung:
 - Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration in Baden-Württemberg im Rahmen des Innovationsprogramms Pflege
- Laufzeit 01.07.2019 bis 30.06.2022

3.3. Projektinhalte und Zielsetzungen

Entwickeln Menschen mit einer geistigen oder seelischen Behinderung in ihrer eigenen Häuslichkeit einen Pflegebedarf, gewinnt die Sicherung der pflegerischen Versorgung an Bedeutung.

Zentrales Ziel des Projekts „BaP“ ist es, die Versorgung dieses Personenkreises in der eigenen Häuslichkeit zu verbessern.

Das Projekt wurde in verschiedenen Phasen durchgeführt. Zunächst erfolgte eine Bestands- und Bedarfsanalyse, zur systematischen Erhebung des Personenkreises, aber auch des konkreten Bedarfs zur Verbesserung der Versorgungssituation.

Als zentrale Elemente wurden einerseits die Vernetzung und Verzahnung der Behindertenhilfe/Sozialpsychiatrie und der ambulanten Pflege identifiziert, andererseits aber auch der Qualifikationsbedarf der Mitarbeiterinnen.

Die nächste Phase befasste sich mit der Entwicklung von Lösungen. Für die Vernetzung der Leistungen im Einzelfall wurde ein Konzept für das Case Management entwickelt und implementiert.

Der Bedarf an Qualifikation und Austausch der Mitarbeiterinnen der unterschiedlichen Fachbereiche wurde durch die Entwicklung und Durchführung eines Workshop bedient.

Die einzelnen Projektschritte wurden evaluiert.

Die im Projekt entwickelten Angebote sollen im Landkreis Reutlingen verstetigt und auf andere Regionen übertragen werden.

Die Arbeit der Projektpartner wurde von einem Projektbeirat unter anderem mit Vertreterinnen –der Kranken- und Pflegekassen, des Diakonischen Werks Württemberg, des Beirats Selbsthilfe der Inklusionskonferenz und des Kreistages begleitet.

4. Bestands-und Bedarfsanalyse

Zu Beginn des Projekts wurde eine Bestandsanalyse durchgeführt. Das Ziel dabei war, neben der Erhebung der Anzahl der Menschen mit Behinderung und einem Pflegebedarf, auch einen Überblick darüber zu erhalten in welcher Wohnform diese leben und welche Leistungen sie nach dem SGB IX und dem SGB XI in Anspruch nehmen. Diese Erhebung wurde zum Ende des Projekts wiederholt um aktuelle Daten zur Verfügung zu haben, aber auch um mögliche Veränderungen in der Versorgungsstruktur aufzuzeigen.

Ein weiterer Schritt zu Beginn des Projekts war es, den konkreten Bedarf zu analysieren, der im Projektverlauf bearbeitet werden soll. Dabei wurde zwei Ziele verfolgt: Einerseits sollte herausgearbeitet werden, welcher Bedarf in der direkten Versorgung der Klientinnen besteht. Andererseits sollte der Qualifizierungsbedarf der Mitarbeiterinnen der Behindertenhilfe/Sozialpsychiatrie und der ambulanten Pflege in Erfahrung gebracht werden.

Darüber hinaus sollten auch Faktoren der Versorgungsstruktur beleuchtet werden, um Ansatzpunkte zur Verbesserung zu identifizieren.

4.1 Bestandsanalyse

Die Bestandsanalyse erfolgte auf Basis der Datenbestände der projekteingebundenen Leistungserbringer und des Landkreises Reutlingen. Die Erhebung bezog sich auf die Sozialräume Reutlingen, Pfullingen, Lichtenstein, Gomadingen, Münsingen und Mehrstetten, da die Leistungserbringer in diesen ihr Angebot vorhalten.

Erfasst wurden alle Menschen mit Behinderung, die von den folgenden Anbietern Leistungen der Behindertenhilfe/Sozialpsychiatrie und/oder der ambulanten Pflege in Anspruch nehmen:

- Eingliederungshilfe:
 - Behindertenhilfe (BruderhausDiakonie)
 - Behindertenhilfe/ Sozialpsychiatrie (Samariterstiftung)

- Verein für Sozialpsychiatrie e.V. (Teilerhebung nur der Klientinnen, die auch pflegerische Leistungen von SamariterMobil erhalten)
- Ambulante Pflegedienste:
 - SamariterMobil (Samariterstiftung)
 - BDmobil (BruderhausDiakonie)
 - DGMA (Diakoniegesellschaft Münsinger Alb, in gemeinsamer Trägerschaft der BruderhausDiakonie und der Samariterstiftung)

Zentrale Parameter der Erhebung:

- Angaben zur Person: Alter, Geschlecht, Art der Behinderung (geistig oder seelisch)
- Angaben zur Wohnform: Qualifizierte Assistenz im eigenen Wohnraum; Familienpflege für Erwachsene (früher: Betreutes Wohnen in Familie); privates Wohnen ohne Leistungsbezug EGH; Personen, die aus dem eignen Wohnraum mit Qualifizierter Assistenz in eine besondere Wohnform gewechselt haben.
- Angaben zur Einstufung nach SGB IX und SGB XI: Hilfebedarfsgruppe und Pflegegrad
- Angaben zur Inanspruchnahme von Leistungen nach SGB V und SGB XI: Pflegegeld, Sachleistung, Verhinderungspflege, Kurzzeitpflege, Entlastungsbetrag

Die Daten wurden zum Stand 31.12.2018 (257 Personen) und zum Stand 31.12.2021 (276 Personen) erhoben.

Zentrale Aussagen der Bestandsanalyse:

- Die deutliche Mehrheit der Leistungsempfängerinnen erhält qualifizierte Assistenzleistung im eigenen Wohnraum (in 2018: 80%, in 2021: 77%). Weitere Personen nutzen die Familienpflege für Erwachsene (in 2018: 7%, in 2021: 5%). Gut ein Achtel wohnt privat ohne Bezug von Leistungen der EGH fürs Wohnen. (in 2018: 12%, in 2021: 14%).
- Der Anteil der 30-39-jährigen (in 2018: 56 Personen, in 2021: 68 Personen) und der 60-69-jährigen hat sich innerhalb des Zeitraums deutlich erhöht (in 2018: 25 Personen, in 2021: 37 Personen).
- Jüngere Altersgruppen (unter 40 Jahren) sind zu beiden Zeitpunkten verhältnismäßig stark vertreten (in 2018: 101 Personen, in 2021: 104 Personen). Laut der Erhebung aus 2021 sind knapp 40% der erfassten Personen jünger als 40 Jahre, nur 18% sind 60 Jahre oder älter.

- Gut die Hälfte der Personen hat einen Pflegegrad, wobei sich dieser Anteil von 2018 auf 2021 erhöht hat (2018: 54%, 2021: 58%). Am häufigsten vertreten ist der Pflegegrad 2 (32%). Auch die Hilfebedarfsgruppe 2 (in 2018: 58%, in 2021: 53%) überwiegt.
- In 2018 haben circa 50% der Personen, in 2021 circa 40 % Leistungen gemäß SGB V oder XI erhalten. Diese Personen haben auch Leistungen eines ambulanten Pflegedienstes oder Pflegegeld erhalten.

Siehe auch : Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung

4.2 Bedarfsanalyse

Die Bedarfsanalyse erfolgte anhand strukturierter Interviewleitfäden.

Die Leitfäden wurden mit Beteiligung der wissenschaftliche Begleitung entwickelt. Von ihr wurde auch die Auswertung der Befragungen übernommen.

Um ein möglichst breites Spektrum an Einschätzungen zu erhalten, wurden bei verschiedenen Personengruppen Interviews durchgeführt:

- 18 Mitarbeiterinnen der Behindertenhilfe/Sozialpsychiatrie, der ambulanten Pflege, sowie dem Sozialdienst der WfbM
- 9 Klientinnen, die durch die Behindertenhilfe/Sozialpschiatrie im Rahmen der Qualifizierten Assistenz im eigenen Wohnraum betreut werden und pflegerische bzw. hauswirtschaftliche Unterstützung durch einen ambulanten Pflegedienst erhalten. Ergänzend wurde eine Klientin interviewt, die in eine besondere Wohnform gewechselt ist.
- 7 Expertinnen aus der Sozialpolitik, der Selbsthilfe und anderen, die mit dem Thema Menschen mit Behinderung und Pflegebedarf befasst sind

Im Folgenden werden die wesentlichen Ergebnisse der Bedarfsanalyse dargestellt:

- Bedarf in der Versorgung der Klientinnen

Es wurde sehr deutlich, dass das gleichzeitige Auftreten eines Bedarfs im Bereich der Teilhabe und der Pflege zu komplexen Fragestellungen führt. Um diesen adäquat zu begegnen ist es wichtig, passgenaue Lösungen für Einzelfälle zu schaffen. Leistungen aus der Behindertenhilfe/Sozialpsychiatrie und der ambulanten Pflege sollen miteinander verzahnt werden. Von großer Bedeutung ist hierbei, dass die Unterstützung durch die verschiedenen Bereiche durch eine Person organisiert und koordiniert wird. Dafür könnte sich die Methode des Case Managements eignen. Die Person, die Case

Management leistet, soll aus dem bestehenden Betreuungskontext und nicht zusätzlich und von extern kommen.

- Bedarf an Qualifizierung:

Bei allen Berufsgruppen wurde deutlich, dass ein Informationsdefizit für komplexe Versorgungssituationen bei gleichzeitigem Auftreten eines Bedarfs im Bereich der Teilhabe und der Pflege besteht. So fehlt Mitarbeiterinnen der Behindertenhilfe/Sozialpsychiatrie Kenntnis zu pflegerischen Themen und andererseits Mitarbeiterinnen der ambulanten Pflege Wissen im Umgang von Menschen mit Behinderung.

Darüber hinaus wurde ein Bedarf an engerer Zusammenarbeit und einem fachlichen Austausch formuliert. Dadurch soll ein verbessertes Verständnis der jeweils anderen Arbeitsweisen erreicht werden.

- Themen zur Versorgungsstruktur:

- Es besteht ein Mangel an ambulanten Pflegediensten, die auf den Personenkreis Menschen mit Behinderung oder herausforderndem Verhalten eingestellt sind.
- Erhöhter Zeitaufwand für die Pflege von Menschen mit Behinderung. Dies wird auf Grund der Zeitvorgaben für die pflegerischen Verrichtungen als schwierig erlebt. Der zusätzliche Zeitaufwand ist über die Kranken/-Pflegekasse in den vereinbarten Leistungsentgelten nicht dargestellt.
- Teilweise werden trotz eines bestehenden Pflegebedarfs keine Leistungen nach SGB XI beantragt oder in Anspruch genommen. Dies betrifft vor allem Klientinnen, die im Elternhaus leben. Die Gründe hierfür sind unterschiedlich (Informationsdefizite bezüglich der Erschließung von Leistungen oder Hürden bei der Inanspruchnahme von Leistungen).
- Als Gründe für einen Umzug in eine besondere Wohnform wurden verschiedene Faktoren benannt: im ambulanten Setting nicht mehr abdeckbarer Pflegebedarf; benötigte umfassende Präsenz (zum Beispiel kurzfristige Unterstützung mehrmals am Tag und/oder bei Nacht). Aber auch der Wunsch der Klientin nach einem Umzug wurde als Grund genannt, da dies ihrem Sicherheitsbedürfnis und dem Wunsch nach sozialer Eingebundenheit entspricht.

Siehe auch : Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung

4.3 Bedeutung der Ergebnisse für den weiteren Projektverlauf

Der formulierte Bedarf für die Verzahnung der verschiedenen Leistungserbringer zur Verbesserung der Versorgungssituation sollte aufgegriffen werden. Für die Organisation und Koordination der Unterstützungsleistungen im Einzelfall, sollte ein Konzept für das Case Management entwickelt werden. Dabei soll der Wunsch berücksichtigt werden, dass das Case Management von einer Person übernommen wird, die mit der Klientin vertraut ist. Im Hinblick auf die Qualifizierung wurde deutlich, dass den Mitarbeiterinnen der EGH bei Klientinnen mit Pflegebedarf das Knowhow für eine qualifizierte Unterstützung fehlt, wie etwa beim Erkennen des Pflegebedarf oder bei der Erschließung von Leistungen der Pflegeversicherung. Mitarbeiterinnen der ambulanten Pflegedienste erleben Verhaltensweisen und Bedarfssituationen bei Klientinnen mit Behinderung, die ihnen bei der Erbringung von pflegerischen oder hauswirtschaftlichen Leistungen weniger vertraut sind und die sie nur schwer einordnen können. Wissenserweiterung in diesen Bereichen sollte deshalb Bestandteil der Qualifizierung sein. Um den Wunsch nach einem interprofessionellen Austausch aufzugreifen, soll ein Workshop für die verschiedenen Berufsgruppen konzipiert und durchgeführt werden.

Die Anregungen zur Versorgungsstruktur sollen im Projektverlauf aufgegriffen und bearbeitet werden.

5. Einzelfallebene: Case Management

Um für den Einzelfall die Leistungen der Behindertenhilfe/Sozialpsychiatrie und der ambulanten Pflege aufeinander abzustimmen, ist es wichtig dass dies von einer Person organisiert und koordiniert wird. Dafür eignet sich die Methode des Case Managements. Im Projektverlauf wurde ein Anwendungskonzept entwickelt und modellhaft umgesetzt. Im Folgenden werden die wesentlichen Elemente des Konzepts, sowie die Umsetzung anhand eines Fallbeispiels beschrieben.

5.1. Ziele des Case Managements

Ziel des Case Managements ist es, gemeinsam mit der Klientin passgenaue Lösungen zu finden, wenn ein Bedarf an Unterstützung in verschiedenen Bereichen wie der Teilhabe, der Pflege oder im hauswirtschaftlichen Bereich auftritt.

Durch die Organisation und Koordination der notwendigen Leistungen soll die Versorgungssituation verbessert und ein Verbleib in der eigenen Häuslichkeit ermöglicht werden.

5.2. Zielgruppe

Für Klientinnen mit Bedarf im Bereich der Teilhabe und der Pflege soll Case Management im Einzelfall etabliert werden, wenn Folgendes gegeben ist:

- Wenn auf Grund eines veränderten Betreuungs-/Pflegebedarfs die bestehenden Hilfen nicht mehr ausreichend oder passend sind und der Verbleib in der eigenen Häuslichkeit bedroht ist.
- Wenn durch die Vernetzung der Leistungen ein Wechsel aus einer besonderen Wohnform der EGH, dem Elternhaus oder einer Pflegeeinrichtung in die eigene Häuslichkeit ermöglicht werden soll.
- Wenn es für die Versorgungssituation wichtig ist, dass die Leistungen der einzelnen Leistungserbringer aufeinander abgestimmt werden.
 - a) Inhaltlich: Klärung wer welche Maßnahmen (EGH, ambulanter Pflegedienst, haushaltsnahe Dienstleistungen, Verhinderungspflege, Bürgerschaftliches Engagement, ...) zur Zielerreichung erbringt.
 - b) Zeitlich: Planung der Leistungen angepasst an die Bedürfnisse im Tagesablauf der Klientin.

5.3 Case Management im Gesamtkontext des Leistungssystems

In enger Abstimmung mit der Klientin und ggf. der gesetzlichen Betreuung, übernimmt die Case Managerin verantwortlich die Aufgabe, die Situation einzuschätzen, Beratung, z.B. durch den PSP in Anspruch zu nehmen und ggf. die Leistungsbeantragung zu veranlassen. Wenn Leistungen nach SGB IX bezogen werden, liegt die Gesamtverantwortung beim Fallmanagement des Leistungsträger der EGH. Die Fallmanagerin ermittelt den Bedarf und erstellt gemeinsam mit der Klientin den Gesamt-/Teilhabeplan. Auf dieser Grundlage agiert die Case Managerin in der Leistungserbringung. Sie organisiert und koordiniert die Maßnahmen verschiedener Leistungserbringer. Sie ist für alle relevanten Akteurinnen verbindliche Ansprechpartnerin.

Die Case Management-Funktion kann von verschiedenen Stellen übernommen werden. Im Regelfall ist dies die Mitarbeiterin, die mit der Bedarfssituation der Klientin durch die Betreuung, Pflege oder Beratung am meisten betraut ist.

Für Klientinnen, die noch keine Leistungen der Behindertenhilfe oder Sozialpsychiatrie erhalten, kann dies von der EUTB, dem PSP, der ambulanten Pflege oder der gesetzlichen Betreuung übernommen werden. Für Klientinnen, die bereits Leistungen der Behindertenhilfe oder Sozialpsychiatrie erhalten, übernimmt die Bezugsmitarbeiterin die Case Management-Funktion.

Die Einbettung des Case Managements im Gesamtkontext soll in folgendem Schaubild dargestellt werden.

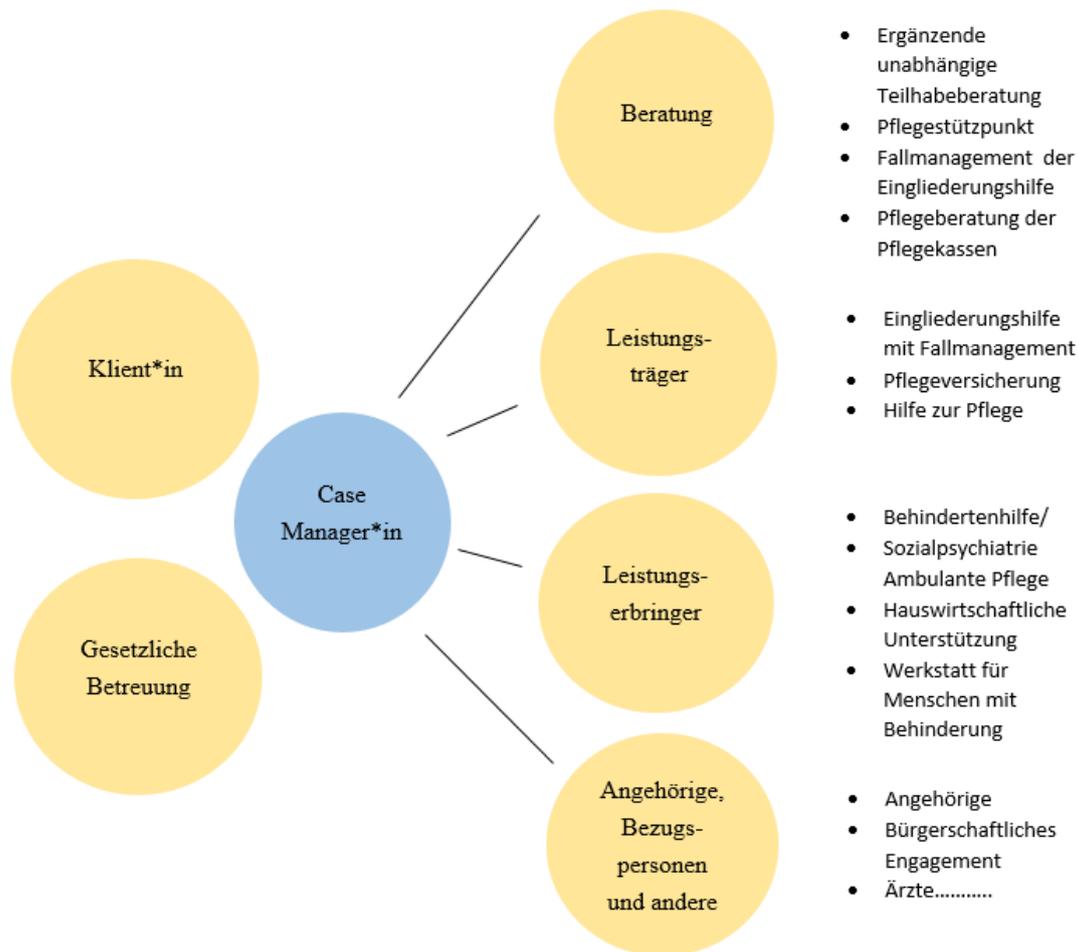


Abbildung 1 Darstellung des Case Managements im Gesamtkontext

5.4. Rollen und Funktionen im Case-Management-Prozess

Im Case Management-Prozess können verschiedene Stellen und Personen in unterschiedlichen Rollen und Funktionen beteiligt sein. Dies richtet sich an der individuellen Lebens- und Bedarfssituation der Klientin aus. Im Weiteren werden die verschiedenen Stellen näher beschrieben.

5.4.1. Fallmanagement

Das Fallmanagement ist beim Träger der EGH angesiedelt. Ihm obliegt die Leistungsverantwortung bei Vorliegen der Voraussetzungen nach §15 SGB IX.

5.4.2. Bezugsmitarbeiterin als Case Managerin

Wenn Klientinnen Leistungen der EGH in Anspruch nehmen, erhalten sie qualifizierte Assistenzleistungen durch die Behindertenhilfe oder Sozialpsychiatrie.

Für jede Klientin ist i. d. R. eine Fachkraft als Bezugsmitarbeiterin benannt, die Teilhabe relevante Bedarfe in den Blick nimmt.

Die Funktion der Bezugsmitarbeiterin wird auf die Rolle der Case Managerin ausgeweitet, wenn verschiedene Leistungserbringer bei einer Klientin tätig sind.

5.4.3. Sonstige Personen als mögliche Case Managerin

Leben Menschen in der eigenen Häuslichkeit und erhalten keine Leistungen der EGH, wird die Funktion des Case Managements von der Person übernommen, die durch ihre Tätigkeit mit der Bedarfssituation vertraut ist. Im Folgenden werden verschiedene Stellen und Personen beschrieben, die diese Funktion im Bedarfsfall übernehmen können.

- EUTB

Die EUTB berät Klientinnen bei Fragen rund um das Thema Teilhabe. Wenn ersichtlich ist, dass auch andere Leistungen, wie eine pflegerische Versorgung, für eine bedarfsgerechte Gestaltung der Situation notwendig sind, übernimmt die EUTB die Case Management-Funktion und erstellt einen Versorgungsplan. Dabei kooperiert sie bei Bedarf mit dem PSP.

- PSP

Der PSP berät Klientinnen bei Fragen rund um das Thema Pflege. Wenn ersichtlich ist, dass auch andere Leistungen, wie Leistungen zur Teilhabe, für eine bedarfsgerechte Gestaltung der Situation notwendig sind, übernimmt der PSP die Case Management-Funktion und erstellt einen Versorgungsplan. Dabei kooperiert er bei Bedarf mit der EUTB.

- Ambulanter Pflegedienst

Bei Menschen, die in der eigenen Häuslichkeit leben und ausschließlich Leistungen der ambulanten Pflege erhalten, kann die Funktion des Case Managements von Mitarbeiterinnen des ambulanten Pflegedienstes übernommen werden. Sie kooperieren bei Bedarf mit dem PSP oder der EUTB.

- Gesetzliche Betreuung

Bei Menschen, die keine Leistungen der EGH oder der ambulanten Pflege beziehen, kann die Case Management-Funktion von der gesetzlichen Betreuung übernommen werden. Dies kann unabhängig davon auch dann der Fall sein, wenn sie am meisten mit der Situation vertraut ist. Sie kooperiert bei Bedarf mit dem PSP oder der EUTB.

Wenn sich die Situation so entwickelt, dass zur bedarfsgerechten Gestaltung Leistungen zur Teilhabe beantragt und gewährt werden, geht die Case Management-Funktion an die Bezugsmitarbeiterin der Behindertenhilfe oder Sozialpsychiatrie über.

5.5. Aufgaben der Case Managerin

Da die Case Managerin mit verschiedenen Stellen kooperiert und mit vielfältigen Aufgaben betraut ist, ist es wichtig, diese genauer beschreiben. Damit werden Verantwortlichkeiten für Themen und Aufgabengebiete beschrieben. Gleichzeitig wird damit aber auch die Abgrenzung zu den Aufgabengebieten anderer Stellen benannt.

5.5.1. Schnittstelle zum Leistungsträger

Da die Gesamtverantwortung bei Vorliegen der Voraussetzungen nach §15 SGB IX beim Fallmanagement des Leistungsträgers liegt, kommt der Zusammenarbeit zwischen dem Case Management und dem Fallmanagement eine zentrale Bedeutung zu. Bei der Bedarfsermittlung und bei der Erstellung des Gesamt-/Teilhabeplans durch die Fallmanagerin kann die Case Managerin nach Zustimmung durch die Klientin hinzugezogen werden. Die dem Bedarf entsprechenden Maßnahmen werden vereinbart. Diese Vereinbarung ist Grundlage für die zu erbringenden Leistungen.

Im Rahmen der Zielauswertung wird gemeinsam mit der Klientin evaluiert, ob die ergriffenen Maßnahmen passend zum Bedarf sind und die vereinbarten Ziele damit erreicht werden können. Dies findet regelhaft statt, wenn die Kostenzusage für die bewilligten Maßnahmen ausläuft. Der Zeitraum dafür beträgt längstens zwei Jahre.

Zeigt sich außerhalb dieses vereinbarten Turnus, dass die vereinbarten Maßnahmen nicht der Bedarfssituation der Klientin entsprechen, informiert die Case Managerin das Fallmanagement. Ein Grund dafür kann die Veränderung des Bedarfs im Bereich der Teilhabe oder der Pflege sein. Es folgt eine Abstimmung zur Anpassung der bezogenen Leistungen, z. B. in Form einer Beantragung zur Erhöhung des Pflegegrades.

5.5.2. Leistungsplanung

Auf Basis der genehmigten Leistungen erfolgt gemeinsam mit der Klientin die Planung der Maßnahmen. (Leistungen zur Teilhabe, Leistungen des ambulanten Pflegedienstes, Haushaltsnahe Dienstleistungen, ...)

5.5.3. Wissen um die aktuelle Situation/ Vernetzung der beteiligten Dienste und Personen

Die Case Managerin ist Anlaufstelle für alle anderen in der Betreuung und Pflege tätigen Leistungserbringer, aber auch für Angehörige und andere wichtige Personen.

Bei ihr werden die Einschätzungen zum Befinden, zu Veränderungen oder Besonderheiten gebündelt. Sie organisiert im Bedarfsfall einen interprofessionellen Austausch.

Bei gesamtplanrelevanten Veränderungen informiert sie das Fallmanagement.

5.5.4. Begutachtung durch den MD und Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI

Bei Begutachtungen durch den MD zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nimmt die Case Managerin teil, um die Klientin bei der Darstellung ihres Bedarfs zu unterstützen. Ebenso nimmt sie an den Beratungsbesuchen durch den ambulanten Pflegedienst teil.

Sie bringt ihre Sichtweise der Versorgungssituation mit ein und nimmt andererseits Empfehlungen zur Verbesserung der Versorgungssituation auf und wirkt an der Umsetzung mit.

5.6. Fallvignette zur Darstellung der Versorgungssituation von Menschen mit Behinderung und Pflegebedarf

Die im Projekt entwickelte Fallvignette bietet für das Case Management die Möglichkeit prägnante Informationen über die Lebens- und Versorgungssituation eines Menschen in kompakter Form abzubilden.

Sie kommt zum Einsatz bei Klientinnen, die Leistungen der Behindertenhilfe/ Sozialpsychiatrie erhalten.

Wenn die Bezugsmitarbeiterin als Case Managerin tätig wird, nutzt sie die Fallvignette. Sie erstellt diese gemeinsam mit der Klientin und aktualisiert sie bei Veränderungen.

Sie steht allen anderen beteiligten Stellen zur Verfügung.

Die Fallvignette beinhaltet neben biografischen Daten, Wünsche und Ziele für die aktuelle Lebenssituation. Weiterhin wird abgebildet, welche Leistungen aus den verschiedenen Sozialversicherungssystemen in Anspruch genommen werden. (SGB IX, SGB XI und SGB V). und ggf. welche Leistungen der Klientin zustehen, aber bislang nicht in Anspruch genommen werden.

Additiv werden Stolpersteine, die die Versorgung erschweren, beschrieben. Es sollen aber auch mögliche Lösungen skizziert werden.

Im letzten Teil wird in chronologischer Form der Case Management-Prozess mit wichtigen Meilensteinen dargestellt.

<p>Biographie/Lebenssituation Frau A ist 61 Jahre alt. Sie hat eine geistige Behinderung, eine starke Seheinschränkung und im Juni 2021 einen Schlaganfall. Bezieht Erwerbsunfähigkeitsrente. Wohnt mit ihrem Partner in einer Mietwohnung in einem Mehrfamilienhaus im 1.Stock</p>		<p>Was mir wichtig ist: Dass ich mit meinem Freund zusammen wohnen kann Was für mich schwierig ist: Dass ich nach dem Schlaganfall nicht mehr alleine aus dem Haus gehen kann</p>			
<p>Pflegerische Themen/Ziele Hilfe bei der Körperpflege Ziel möglichst viel Selbstständigkeit Mobilisation und Training von li Arm und Bein</p>		<p>Ziele (laut Gesamt-/Teilhabeplan) Erhaltungsziele von Gesundheit und Selbständigkeit Teilhabe an Gesellschaft und Tagesstruktur Beteiligung an Post und Finanzen</p>			
<p>Beteiligte Dienste/ wichtige Personen Qualifizierte Assistenz, Behindertenhilfe Frau O Gesetzl. Betreuung, Frau W.(Finanzen) Fallmanager, Landkreis, Herr H. Ambulanter Pflegedienst Lebenspartner, Hr. X. Tagesstruktur/Offene Hilfen</p>		<p>Bewilligte/ In Anspruch genommene Leistungen SGB IX, HBG 3 SGB XI, PG 2 (Pflegesachleistungen) Entlastungsbetrag: Haushaltshilfe SGB V, Med. Hilfe Medikamente stellen</p>		<p>Zustehende, aber bisher nicht In Anspruch genommene Leistungen Kurzzeitpflege Verhinderungspflege Fahrbegleitung (genehmigt 09/21-08/22) Fahrbegleitung wurde 1x genutzt zum Kleidungskauf 17.09.2021 (weitere Termine aufgrund Corona abgesagt)</p>	
<p>Hilfsmittel Brille Rollator</p>					
<p>Stolpersteine/Lücken in der Versorgungsstruktur und Lösungsideen für deren Überwindung</p> <ul style="list-style-type: none"> <u>Wohnung</u> ist nicht barrierefrei, Bad sehr klein : Suche nach barrierefreier Wohnung Frau A. kann den <u>Rollator</u> nicht alleine die Treppen runter/rauf tragen: Anschaffung eines zweiten Rollators (einer für die Wohnung; einer um das Haus zu verlassen) 10.11.21 Kauf eines 2. Rollators <u>Betrag von PG 2</u> reicht nicht um notwendige Pflegesachleistungen zu finanzieren: Widerspruch bei Pflegekasse; Antrag auf Hilfe zur Pflege Telefonische Zusage für PG3 03.01.22 		<p>Meilensteine im Case Managementprozess</p> <p>01.07.2021 Rückkehr in Wohnung nach Reha u. a. 01.07.2021,19.07.21,Abstimmung mit ambulantem Pflegedienst über den Versorgungsbedarf 26.07.2021Gesamtplangespräch mit Fallmanager 03.08.2021 Begutachtung durch MD 13.08.2021Eingang Bescheid MD 13.08.2021 Widerspruch gegen Bescheid eingelegt. 11.08.2021Beantragung Höherstufung HBG 04.10.2021 nochmal Begründung Widerspruch Pflegekasse, da nicht angekommen?!</p> <p>30.11.2021 Kontakt mit MD 07.12.2021 Telefonische Überprüfung des Widerspruchs mit dem MD Antrag auf Hilfe zur Pflege eingestellt 10.01.2021 Telefonat mit Pflegekasse und Bescheid angefordert 25.11.2021 Telefonat mit Fallmanagerin, Bescheid kommt mündliche Zusage wegen HBG (genauer Start noch nicht abgeklärt.) 21.02.2022 Kostenzusage ABW bis 30.09.2022, Höherstufung in PG 3 ab 17.08.2021</p>			

Abbildung 2 Fallvignette von Frau A. Für sie das Case Management modellhaft implementiert.

5.7. Modellhafte Umsetzung des Case Managements

Um das Case Management in der Praxis anzuwenden, erhielten Klientinnen der Behindertenhilfe/ Sozialpsychiatrie der BruderhausDiakonie und der Samariterstiftung das Angebot, sich modellhaft am Projekt zu beteiligen. Das Angebot richtete sich an Klientinnen, deren Versorgungssituation im Bereich der Teilhabe und/oder der Pflege nicht bedarfsgerecht gelöst und deren Verbleib in der eigenen Wohnung dadurch gefährdet war.

Auch Klientinnen mit Teilhabe- und Pflegebedarf, die von einer besonderen Wohnform in eine eigene Wohnung umziehen wollen, waren Adressatinnen.

Das Case Management wurde mit Nutzung der Fallvignette bei fünf Klientinnen angewendet. Beispielhaft wird dies im Folgenden für Klientin A dargestellt.

- Biografische Daten: Frau A, ist 61 Jahre alt, hat eine geistige Behinderung und lebt mit ihrem Partner zusammen in einer Wohnung.
- In Anspruch genommene Leistungen:
 - Qualifizierte Assistenz im eigenen Wohnraum durch die Behindertenhilfe (ehemals ABW) im Rahmen der EGH SGB IX
 - Unterstützung bei der Körperpflege und haushaltsnahe Dienstleistung im Rahmen der Pflegesachleistungen/Entlastungsbetrag SGB XI
 - Medikamente richten im Rahmen der häuslichen Krankenpflege SGB V
- Veränderung des Bedarfs: Durch die Folgen eines Schlaganfalls ist die Selbstständigkeit v.a. in der Mobilität eingeschränkt, was sich insgesamt auf die Gestaltung der Lebensführung auswirkt. Durch die Einschränkungen ist der Verbleib in der eigenen Häuslichkeit gefährdet.
- Wunsch: Frau A. äußert den Wunsch nach einem Verbleib in der eigenen Häuslichkeit
- Case Management: Frau O. , Bezugsmitarbeiterin aus der Behindertenhilfe übernimmt – in enger Abstimmung mit Frau A. und der gesetzlichen Betreuung- die Case Management-Funktion.

Der Schwerpunkt liegt dabei in der Organisation und Koordination von Leistungen für eine bedarfsgerechte Gestaltung der Situation.

- Leistungserbringung: Abstimmung mit dem ambulanten Pflegedienst über die Anpassung der pflegerischen Leistungen an den veränderten Bedarf
- Leistungerschließung:
 - a) -Gesamtplan-Gespräch mit dem Fallmanagement zur Erhebung des veränderten Bedarfs und der Planung geeigneter Maßnahmen
 - Antrag auf Erhöhung der HBG im Rahmen des SGB IX
 - b) Antrag auf Erhöhung des Pflegegrades im Rahmen des SGB XI
 - c) Versorgung mit Hilfsmitteln (Rollator)
- Bedarfsgerechte Gestaltung der Situation
Es ist gelungen, dass Frau A. ihrem Bedarf angemessene Leistungen gewährt werden. Damit ist der Verbleib in der eigenen Häuslichkeit gesichert. Von großer Bedeutung war dabei die differenzierte Darstellung der Bedarfssituation im Rahmen der Begutachtungen zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit.

Ein weiterer zentraler Faktor war, dass die pflegerische Versorgung durch den ambulanten Pflegedienst erweitert werden konnte. Von grundsätzlicher Bedeutung ist die Einbindung des Lebenspartners, der die nächtliche Versorgung (Begleitung bei Toilettengängen) übernimmt.

Zur kompakten Darstellung dieser Informationen Abbildung 2 Fallvignette

5.8. Ergebnisse

Die Implementierung des Case Management bei den fünf Klientinnen wurde über einen Zeitraum von 6 Monaten durch die Projektleitung begleitet und abschließend von der wissenschaftlichen Begleitung evaluiert.

Es wurde deutlich, dass durch die systematische Koordination der notwendigen Leistungen die Versorgung verbessert werden kann. Die Bezugsmitarbeiterinnen der Behindertenhilfe sind durch ihre Tätigkeit mit den Anliegen und Bedürfnissen der Klientinnen vertraut. Sie können auf dieser Basis eine wichtige Mittlerfunktion sowohl zu anderen Leistungserbringern, wie der ambulanten Pflege, aber auch gegenüber den Leistungsträgern der EGH und der Pflegekasse, sowie nicht zuletzt auch gegenüber den Angehörigen einnehmen.

Von großem Vorteil ist es, wenn die Case Managerinnen über Wissen in den Bereichen der EGH aber auch der Pflege verfügen. Dies betrifft v.a. auch die leistungsrechtlichen Themen. Innerhalb des Projekts zeigte sich, dass es sinnvoll ist, wenn die Case Managerinnen den Workshop „EGH und Pflege together“ besuchen, da in diesem die notwendigen Kenntnisse vermittelt wurden. Auch die Möglichkeit der Inanspruchnahme des PSP ist durch den Workshop in das Bewusstsein der Case Managerinnen gerückt.

Zur Evaluation der modellhaften Implementierung des Case Managements siehe:

Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung

Durch die modellhafte Implementierung des Case Managements wurde der Blick auch auf Themen gerichtet, die in der Versorgung von Menschen mit Behinderung und Pflegebedarf nicht gut gelöst sind. Diese Themen werden unter Kapitel 8 Ungelöste Themen Ungelöste Themen beschrieben.

6. Zusammenarbeit und Qualifizierung: „Workshop EGH und Pflege together“

Um dem spezifischen Bedarf von Menschen mit einer Behinderung und einem Pflegebedarf gerecht zu werden, bedarf es unterschiedlicher Fachkenntnisse und Kompetenzen. Diese sind in der Behindertenhilfe/Sozialpsychiatrie, der ambulanten Pflege und dem

Fallmanagement für das jeweils eigene Fachgebiet vorhanden. Von zentraler Bedeutung für eine Verbesserung der Versorgungsqualität ist jedoch, dass diese Bereiche miteinander vernetzt und verzahnt werden. Dadurch kann ein gemeinsames Verständnis für die Bedarfssituation dieses Personenkreises geschaffen werden. Um dieses zu fördern wurde ein Workshop mit dem Titel „EGH und Pflege together“ konzipiert und durchgeführt. Der viertägige Workshop erstreckte sich über einen Zeitraum von fünf Wochen. Dies ermöglichte es den Teilnehmerinnen das erworbene Wissen in die berufliche Praxis zu integrieren und dieses im Verlauf des Workshops zu reflektieren.

Dem Workshop folgten in einem halbjährigen Abstand zwei Follow -up-Termine.

6.1. Ziele des Workshops „EgH und Pflege together“

Wichtige Ziele des Workshops sind:

- Kennenlernen der Grundhaltungen und Arbeitsweisen der verschiedenen Fachbereiche
- Vermittlung von Basiswissen der Behindertenhilfe/Sozialpsychiatrie sowie der Pflege
- Entwicklung einer gemeinsamen Sicht auf Erfordernisse der Behindertenhilfe/Sozialpsychiatrie, der ambulanten Pflege sowie des Fallmanagements
- Kenntnisvermittlung für das Mitwirken am Case Management
- Übernahme einer Multiplikatorinnen-Funktion der Teilnehmerinnen innerhalb ihres jeweiligen Arbeitsbereichs.

6.2. Zielgruppe

Das Angebot des Workshops richtete sich an:

- Mitarbeiterinnen aus dem Bereich der Behindertenhilfe/ Sozialpsychiatrie (Qualifizierte Assistenz im eigenen Wohnraum)
- Mitarbeiterinnen der ambulanten Pflege (Pflege und Hauswirtschaft)
- Fallmanagerinnen
- Mitarbeiterinnen des Sozialdienstes der WfbM

6.3. Inhalte und Umsetzung

Bei der inhaltlichen Gestaltung des Workshop wurde Wert darauf gelegt, dass sich die Themen am Bedarf der Mitarbeiterinnen der Behindertenhilfe/Sozialpsychiatrie, der ambulanten Pflege und dem Fallmanagement orientieren. Neben dem Wissen aus den

jeweils anderen Fachbereichen, stand das Kennenlernen und die Vernetzung der Bereiche im Vordergrund.

Im Folgenden wird der Aufbau und die inhaltliche Gestaltung des Workshops „EGH und Pflege together“ skizziert.

6.3.1. Programmaufbau und inhaltliche Schwerpunkte

- 1 Einführungstag „Warum wir zusammenkommen“
 - Vermittlung eines Verständnisses für bereichsübergreifende Zusammenarbeit
 - Interprofessionelle Bearbeitung von Fallbeispielen aus der beruflichen Praxis der Teilnehmerinnen
 - Ermittlung des Bedarfs der Teilnehmerinnen an Basiswissen aus den Handlungsfeldern der Behindertenhilfe/Sozialpsychiatrie und der ambulanten Pflege, als Vorbereitung für den Vertiefungstag.
- 2 Vertiefungstag „Ich lerne die andere Welt kennen“
 - Vermittlung von Basiswissen im Handlungsfeld Behindertenhilfe/Sozialpsychiatrie als Lernbereich für die Mitarbeiterinnen aus der ambulanten Pflege und im Handlungsfeld ambulante Pflege als Lernbereich für die Mitarbeiterinnen aus der Behindertenhilfe/Sozialpsychiatrie und des Fallmanagements.
- 3 Hospitationen „Hautnah erleben“
 - gegenseitige Hospitation der am Workshop beteiligten Mitarbeiterinnen insbesondere aus der Behindertenhilfe/ Sozialpsychiatrie und der ambulanten Pflegedienste
- 4 Abschlussstag „Wir sitzen in den Startlöchern“
 - kurz vor dem Übergang in die Praxis“
 - Austausch über die Themen und Erfahrungen bei den Hospitationen und in der eigenen beruflichen Praxis
 - Sammlung von Wünschen für den weiteren Austausch, Ausblick auf die eigene berufliche Praxis

6.3.2. Inhalte der theoretischen Inputs

- Anwendungskonzept Case Management: Bedarfskonstellationen, Beteiligte, Abläufe
- Veränderungen durch das BTHG
- Leistungsrechtliche Fragen, insbesondere im Bereich des SGB XI
- Grundverständnis von geistiger Behinderung und psychischer Erkrankung
- Information über Beratungsangebote durch den PSP und die EUTB

6.3.3 Inhalte des fachlichen Austauschs

- Entwicklung von Herangehensweisen zur Verbesserung der Versorgungssituation des Menschen mit Behinderung und Pflegebedarf aus der eigenen Fachlichkeit heraus
- Auseinandersetzung mit der Rolle anderer Akteurinnen
- Gemeinsame Erarbeitung von Maßnahmen im Case Management Prozess
- Darstellung der Situation des Menschen mit Behinderung und Pflegebedarf anhand der Fallvignette

6.4. Ergebnisse

Als Ergebnis aus dem Workshop „EgH und Pflege together“, der follow up Termine und der Begleitung der Klientinnen durch das Case Managements lässt sich zusammenfassend feststellen:

Der interprofessionelle Austausch im Workshop „EgH und Pflege together“ führte zu einem erhöhten Verständnis der jeweils anderen Arbeitsweise und deren Zielsetzungen. Gleichzeitig wurden dadurch die Rollen der einzelnen Professionen, die im Case Management Prozess zusammenwirken, gestärkt.

Insbesondere in den Hospitationen wurden die Arbeitsweisen und Haltungsweisen des jeweils anderen Bereichs besonders eindrücklich vermittelt und als gewinnbringend erlebt.

Das zunehmende Miteinander fördert die gemeinsame Verantwortung, um mit und für die Klientinnen eine bedarfsgerechte Versorgung zu erreichen. So findet im Alltag eine intensiviertere Abstimmung über die Leistungen der beiden Bereiche und ein Austausch über die Bedürfnisse der Klientinnen statt. Hierbei wird das Wirken der Case Managerin von den Fallmanagerinnen und den Mitarbeiterinnen der ambulanten Pflege als sehr hilfreich erlebt. Auch das gemeinsame Bewusstsein für die Beschreibung von Bedarfen und die Erschließung von Leistungen im Bereich der Teilhabe und ambulanten Pflege ist gestiegen.

Im Hinblick auf die Erschließung von Leistungen hat auch die Beratung durch den PSP und die EUTB an Bedeutung gewonnen. Innerhalb des Projekts wurde deshalb der Flyer „Zentrale Beratungsstellen im Landkreis Reutlingen“ entwickelt. Dieser Flyer richtet sich in erster Linie an Klientinnen und deren Angehörige. Ebenso sollen damit Mitarbeiterinnen des Fallmanagements, der Behindertenhilfe/Sozialpsychiatrie und der ambulanten Pflege angesprochen werden. Zur Evaluation des Workshops „EGH und Pflege together“ siehe:

Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung

7. Förderliche Strukturen für die gemeinsame Versorgung von Menschen mit Behinderung und Pflegebedarf durch die Behindertenhilfe/Sozialpsychiatrie und die ambulante Pflege

Während des Projektes zeigte sich, dass komplexe Versorgungssituationen in der Praxis zum Teil bereits gut gelöst sind.

Um diese positive Ansätze genauer zu identifizieren und um diese ggf. auch auf andere Situationen übertragen zu können, wurden Mitarbeiterinnen der Behindertenhilfe/Sozialpsychiatrie und der ambulanten Pflege zu diesen Themen befragt. Dabei ließen sich folgende förderliche Faktoren identifizieren, die hauptsächlich baulichen und konzeptionellen Ursprungs sind:

- Räumliche Nähe von besonderer Wohnform und qualifizierter Assistenzleistung im eigenen Wohnraum sowie das Zusammenleben von mehreren Menschen mit Behinderung und Pflegebedarf in derselben Wohneinheit begünstigen eine flexible Versorgung.
- Eine partielle gleichzeitige Präsenz der Mitarbeiterinnen aus der Behindertenhilfe/Sozialpsychiatrie und der ambulanten Pflege fördert gemeinsame Absprachen bezüglich der bedarfsgerechten Gestaltung der Versorgungssituation. Dies gilt insbesondere zu Beginn der gemeinsamen Versorgung.
- Offenheit und Interesse der Mitarbeiterinnen, Menschen mit Behinderung und Pflegebedarf in ihrer Lebenssituation zu verstehen, zu unterstützen und sich Wissen aus dem jeweils anderen Bereich anzueignen oder dieses zu vertiefen.
- Mitarbeiterinnen mit beruflichen Erfahrungen aus dem Bereich der Behindertenhilfe/Sozialpsychiatrie und gleichzeitig der Pflege bringen gute Voraussetzungen für den Umgang mit Menschen einer Behinderung und des Erkennens eines Pflegebedarfs mit.
- Die Teilnahme der Case Managerin bei der Begutachtung durch den MD, beim Erstbesuch und der Auftragsklärung mit dem ambulanten Pflegedienst und bei den Beratungsgesprächen gemäß § 37, Abs.3 SGB XI trägt zur Transparenz der Bedarfe des Menschen mit Behinderung und Pflegebedarf bei.
- Barrierefreier Wohnraum bildet eine wichtige Grundlage für ein Leben in der eigenen Häuslichkeit und kann die Wahrscheinlichkeit des Umzugs in eine besondere Wohnform verringern.

8. Ungelöste Themen

Im Verlauf des Projekts rückten immer wieder Themen in den Fokus, die Einfluss auf die Versorgungssituation von Menschen mit einer Behinderung und einem Pflegebedarf haben. Besonders sichtbar wurde dies auf der Einzelfallebene bei der modellhaften Implementierung des Case Managements. Die Projektpartner verstehen es als wichtige Aufgabe, diese Themen aufzuzeigen und darauf hinzuwirken, dass für einzelne Fragestellungen langfristig Lösungen entwickelt werden. Dies wurde bereits in einem 360°-Perspektive-Workshop aufgegriffen. Für einzelne Fragen wurden Lösungsideen skizziert. Die weitere Bearbeitung liegt bei den jeweils verantwortlichen Akteurinnen.

Siehe hierzu Ergebnisse des 360°-Perspektive-Workshops: Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung

8.1. Bedarfsermittlung und Leistungerschließung bei komplexen Versorgungssituationen

Haben Menschen sowohl im Bereich der Teilhabe als auch in der Pflege einen Bedarf sind sie mit zwei völlig unterschiedlichen Systemen konfrontiert. Während die EGH im Rahmen des SGB IX den Bedarf über den BEI_BW durch das Fallmanagement ermittelt, erfolgt dies in der Pflege im Rahmen des SGB XI über das Begutachtungsinstrument (NBA) durch den MD.

Die Planung der erforderlichen Maßnahmen erfolgt im Teilhabe-/Gesamtplanverfahren durch das Fallmanagement in Zusammenarbeit mit der Klientin. Liegen Anhaltspunkte für eine Pflegebedürftigkeit vor, kann die Pflegekasse hinzugezogen werden. Aber auch dieses Verfahren löst die Versäulung der sektoralen Systeme nicht, da diese getrennt voneinander ihre Leistungen festlegen und gewähren. Für Klientinnen, ihre gesetzlichen Betreuerinnen und die Case Managerinnen bedeutet dies in der Praxis einen hohen zeitlichen und bürokratischen Aufwand, damit die - dem jeweiligen Bedarf entsprechenden - Leistungen abgerufen werden können.

8.2. Finanzierung

Im Verlauf des Projekts wurde deutlich, dass sich die Situation von Menschen mit einer Behinderung und einem Pflegebedarf häufig komplex darstellt. Die dem Bedarf angemessenen Maßnahmen, sind nicht vollumfänglich über die finanzierten Leistungen abgedeckt. Vor allem im Bereich der Pflege wurde dies sichtbar. Um Menschen mit einer geistigen oder seelischen Behinderung zu pflegen, ist oftmals ein höherer zeitlicher Aufwand zu erwarten als dies über die Pflegesachleistungen für die Pflegedienste refinanziert wird. Die Erfahrung zeigt, dass dies bei Menschen mit einer geistigen

Behinderung v.a. zu Beginn der Versorgung auftritt. Gründe dafür sind u.a., dass mit zeitlichem Aufwand eine Vertrauensbasis geschaffen werden muss, um eine Compliance herzustellen. Bei Menschen mit einer seelischen Behinderung steht der erhöhte zeitliche Aufwand in deutlichem Zusammenhang mit der psychischen Befindlichkeit, die bspw. krisenbedingt schwanken kann.

Bei Menschen, die Leistungen aus der Behindertenhilfe oder Sozialpsychiatrie erhalten, zeigt sich, dass der Einbezug der Bezugsmitarbeiterin dazu beiträgt, dass eine Pflegeakzeptanz geschaffen werden kann und sich damit der zeitliche Aufwand in der pflegerischen Versorgung verringert.

Als weiteres Thema wurde identifiziert, dass es über die Pflegeversicherung wenig Möglichkeiten gibt, das Case Management in der ambulanten Pflege zu finanzieren. Dies kann dann zum Tragen kommen, wenn Klientinnen keine Leistungen der EGH, aber pflegerische Leistungen erhalten. Entsteht dann eine Situation mit einem komplexen Bedarf, ist es sinnvoll, dass die Mitarbeiterin des Pflegedienstes die Case Management-Funktion übernimmt. Die dafür notwendige Zeit kann nicht oder nur teilweise abgerechnet werden. Um die Situation zu lösen, kann der PSP mit hinzugezogen werden.

Zu den Aufgaben des PSP zählt auch, im Bedarfsfall Case Management bzw. einen umfassenden Versorgungsplan nach § 7a SGB XI durchzuführen. Die Finanzierung des PSP erfolgt zum Großteil über die Kranken- und Pflegekassen.

8.3. Rechtliche Rahmenbedingungen für den Einsatz einzelner Berufsgruppe

Durch rechtliche Regelungen sind die Befugnisse der einzelnen Berufsgruppen festgelegt. In der Betreuung und Pflege von Menschen mit Behinderung und Pflegebedarf sind verschiedene Berufsgruppen, wie Heilerziehungspflegerinnen, Sozialpädagoginnen und Pflegefachkräfte im Einsatz. Vor allem die rechtlichen Regelungen für den Einsatz von Heilerziehungspflegerinnen führen im Alltag immer wieder zu Einschränkungen. Sie dürfen im Rahmen der Delegation keine (fach)pflegerischen Aufgaben² übernehmen.

8.4. Personelle Ressourcen

Die Verknappung der (Fach)-kräfte wirkt sich auch auf die Betreuung und Pflege von Menschen mit Behinderung und Pflegebedarf aus. So gelingt es nicht immer zeitnah passende Angebote für deren Bedarf zu etablieren, da ambulante Pflegedienste und Dienste für hauswirtschaftliche Leistungen die personelle Ressourcen nicht unmittelbar zur Verfügung stellen können. Um die Situationen trotzdem gut gestalten zu können, ist es

² Insbesondere die Regelungen zu den Vorbehaltsaufgaben nach § 4 - Pflegeberufegesetz (PflBG) sind nicht delegierbar.

notwendig, dass die Case Managerinnen ggf. in Kooperation mit dem PSP Lösungen erarbeiten.

Da Menschen mit einer geistigen oder seelischen Behinderung und einem Pflegebedarf häufig im erwerbstätigen Alter sind, unterliegen die zeitlichen Möglichkeiten für die pflegerische Versorgung anderen Bedingungen, als dies bei älteren Menschen der Fall ist.

So sollte die pflegerische Versorgung bspw. morgens vor dem Besuch der WfbM stattfinden. Ähnliches gilt für die abendliche Versorgung. Da jüngere Menschen oftmals später zu Bett gehen als ältere, wird die Pflege zu anderen Zeiten benötigt.

Ambulante Pflegedienste werden dadurch in der Dienstplangestaltung vor zusätzliche Herausforderungen gestellt.

9. Veröffentlichung, Verstetigung und Transfer der Projektergebnisse

Die im Projekt erzielten Ergebnisse tragen maßgeblich zur Verbesserung der Versorgungssituation von Menschen mit einer geistigen oder seelischen Behinderung und zusätzlichem Pflegebedarf bei.

Die Projektpartner verstehen es als ihre Aufgabe, die Ergebnisse nachhaltig zu sichern und in einem weiterführenden Prozess den Transfer ins Regelsystem zu gewährleisten.

Da die Projektergebnisse aber auch über den Landkreis Reutlingen hinaus relevant sind, soll der Transfer in andere Landkreise erfolgen.

9.1. Veröffentlichung der Ergebnisse

Um die Ergebnisse einem möglichst breiten Kreis zugänglich zu machen, wurden verschiedene Veranstaltungen und Medien genutzt.

9.1.1 Abschlussveranstaltung des Projekts

In einer Abschlussveranstaltung wurden die Ergebnisse des Projekts einer breiten Fachöffentlichkeit präsentiert und diskutiert. Die Einladung dazu erfolgte an Vertreterinnen relevanter Institutionen innerhalb des Landkreises Reutlingen, aber auch aus benachbarten Landkreisen und an landesweit tätige Verbände.

Im Vorfeld der Veranstaltung fand ein Pressegespräch mit Vertreterinnen der regionalen Zeitungen und eines regionalen Fernsehsenders statt.

9.1.2. Publikationswege

Über interne und externe Medien werden die Mitarbeiterinnen der Projektpartner, die Fachöffentlichkeit und andere Interessierte über die Projektergebnisse informiert.

- Unternehmenshomepage der Projektpartner
- Intranet
- Mitarbeiterinnen-Zeitungen
- Homepage des Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration in Baden-Württemberg
- Fachzeitschriften

9.2. Verstetigung im Landkreis Reutlingen

Ziel ist es, die im Projekt gewonnenen Erkenntnisse und Ergebnisse zu sichern und über das Projekt hinaus im Regelbetrieb zu verstetigen. Dabei sollen andere Leistungserbringer der Behindertenhilfe, der Sozialpsychiatrie sowie der ambulanten Pflege ebenso eingebunden werden.

Im Landkreis soll der Workshop „EGH und Pflege together“ einmal jährlich angeboten werden. Dazu werden Mitarbeiterinnen aller Anbieter der Behindertenhilfe/Sozialpsychiatrie sowie aller ambulanten Pflegedienste eingeladen.

Das Case Management soll als Regelangebot für Menschen mit einer geistigen oder seelischen Behinderung und einem Pflegebedarf eingeführt werden, wenn die Versorgungssituation nicht bedarfsgerecht gestaltet ist.

9.2.1 Ergänzende Maßnahmen zur Verstetigung

Um die Projektergebnisse im Regelbetrieb zu sichern und weiterzuentwickeln, sind weitere Maßnahmen notwendig.

- Im Forum EGH im Landkreis Reutlingen soll eine Unterarbeitsgruppe gegründet werden, die sich mit der Weiterentwicklung des Themas EGH und Pflege befasst.
- Innerhalb der Einrichtungen der BruderhausDiakonie und der Samariterstiftung wird das Thema EGH und Pflege regelmäßig in Leitungs- oder Fachkonferenzen bearbeitet und weiterentwickelt.
- Die Kooperation der Leistungsträger der EGH und der Pflegekasse wird intensiviert.
- Innerhalb einzelner Dienste oder Teams übernehmen Expertinnen zum Thema EGH/Pflege eine Multiplikatorinnen-Funktion. Bevorzugt sind dies Mitarbeiterinnen, die den Workshop „EGH und Pflege together“ besucht haben. Dies wird im

Fallmanagement, in der Behindertenhilfe/Sozialpsychiatrie und in der ambulanten Pflege umgesetzt.

- Das Thema EGH und Pflege wird Teil des Einarbeitungskonzeptes für neue Mitarbeiterinnen im Fallmanagement, in der Behindertenhilfe/Sozialpsychiatrie und der ambulanten Pflege.
- Die Projektpartner Landkreis Reutlingen, BruderhausDiakonie und Samariterstiftung evaluieren gemeinsam mit der wissenschaftlichen Begleitung des Projekts im 2. Quartal 2023 die Verstetigung der Ergebnisse im Regelbetrieb.

9.3 Transfer in andere Regionen

Ein Ziel des Projekts war es, die erzielten Ergebnisse auch anderen Regionen und Land-/Stadtkreisen zugänglich zu machen. Dazu dienten im ersten Schritt die beschriebenen Maßnahmen zur Veröffentlichung der Erkenntnisse des Projekts.

- Die beiden Träger BruderhausDiakonie und Samariterstiftung bieten außer im Landkreis Reutlingen auch in anderen Regionen Behindertenhilfe, Sozialpsychiatrie und ambulante Pflege an. Die trägerinternen Strukturen eignen sich zum Transfer der Projektergebnisse in andere Regionen.
- In Fachkonferenzen der Behindertenhilfe/Sozialpsychiatrie werden die Projektergebnisse vorgestellt und die Übertragung auf andere Regionen thematisiert. Die regional Verantwortlichen übernehmen die Anpassung an die jeweiligen Gegebenheiten und forcieren die Umsetzung.
- Zur weiteren Verbreitung der Projektergebnisse tragen auch andere Institutionen und Verbände bei:
 - Das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration veröffentlicht die Projektergebnisse und entwickelt diese auf Landesebene weiter. Die Ergebnisse werden im Landespflegerat vorgestellt.
 - Das Diakonische Werk Württemberg verbreitet die Ergebnisse über den Fachverband der Behindertenhilfe und über die Gremien der ambulanten Pflege der Abteilung Gesundheit, Alter und Pflege. Die Vertreter der projektbeteiligten Träger stellen die Projektergebnisse in diesen Gremien vor. Interessierte Einrichtungen können Materialien zur Umsetzung der Projektergebnisse beim Diakonischen Werk Württemberg abrufen.

Handreichungen zum Case Management und dem Workshop dienen als Grundlage für den Transfer in andere Regionen und Landkreise. Siehe 12. Anhang

10. Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung



Barrierefreie Pflege im Landkreis Reutlingen (BaP) – Erkenntnisse der wissenschaftlichen Begleitung

Abschlussbericht

Wissenschaftliche Leitung: Prof. Dr. Anke Simon, Prof. Dr. Thomas Meyer

Autor:innen des Abschlussberichts: Anke Simon, Thomas Meyer

Stuttgart, 27.06.2022

Disclaimer

Die wissenschaftliche Begleitung des Projekts „**Barrierefreie Pflege im Landkreis Reutlingen**“ und die hierbei generierten Daten und Analysen sind nach bestem Wissen und Gewissen durch das Forschungsteam Prof. Dr. Thomas Meyer & Prof.in Dr. Anke Simon in Zusammenarbeit mit dem Steinbeis Transferzentrum Institute for Science & Markets (ISM), unter Leitung von Prof. Dr. Marc Kuhn, und in fortlaufendem Informationsaustausch sowie wiederholten Rücksprachen mit den Projektverantwortlichen des Landkreises Reutlingen, der BruderhausDiakonie und der Samariterstiftung erstellt worden.

Trotz bestem Bemühen können die Autor:innen keine Gewähr für Richtigkeit und Vollständigkeit der bereitgestellten Informationen im nachfolgenden Bericht leisten. Haftungsansprüche gegen die Autor:innen, welche sich auf Schäden materieller oder ideeller Art beziehen, die durch die Nutzung oder Nichtnutzung der dargebotenen Informationen bzw. durch die Nutzung fehlerhafter und unvollständiger Informationen verursacht wurden, sind daher grundsätzlich ausgeschlossen.

10.1 Ziele und Forschungsdesign der wissenschaftlichen Evaluation des Projekts „Barrierefreie Pflege im Landkreis Reutlingen“

Die wissenschaftliche Begleitung des Projekts „Barrierefreie Pflege für Menschen mit Behinderung und Pflegebedarf im Landkreis Reutlingen“ war bereits Teil des Förderantrages. Nach Projektbewilligung erfolgte zunächst eine Begleitung durch Prof.in Dr. Annette Franke (evangelische Hochschule Ludwigsburg), die leider nicht fortgeführt werden konnte. Im Dezember 2019 übernahmen die Verfasser:innen dieses Abschlussberichts die wissenschaftliche Begleitung und entwickelten ein **Forschungsdesign**³, welches **einerseits die Projektziele des Förderantrages adressiert** (siehe auch Abschnitt 2):

- _ Evaluation prozessualer und struktureller Aspekte des derzeitigen Angebots
- _ Ermittlung von Ansatzpunkten zur Optimierung
- _ Systematische und bedarfsgerechte Entwicklung der ambulanten Dienstleistungsangebote (Leistungsbausteine) in den Teilbereichen Pflege und Eingliederungshilfe
 - Perspektive Case-Management
 - Perspektive Schulungen und Qualifizierungen des Personals
- _ Erstellung eines Transferkonzepts zur besseren Übertragbarkeit der Projektergebnisse auf andere Landkreise

Auf der anderen Seite wurde das Forschungsdesign so ausgestaltet, dass es der **hohen Komplexität des Projekts gerecht** wird, den **Maßstäben an Wissenschaftlichkeit entspricht** und gleichermaßen die **Machbarkeit eines Anwendungsprojekts der unmittelbaren Praxis nicht überstrapaziert**. Da die genannten Aspekte naturgemäß nicht konfliktfrei sind, wurde besonderes Augenmerk auf eine

³ Siehe Anlage

hinreichende Balance der eingesetzten Methoden gelegt, die im folgenden Abschnitt näher beschrieben werden.

Einhergehend mit der herausfordernden **übergeordneten Zielsetzung** (sprich *Project Mission*) der verbesserten Versorgungsqualität für Menschen mit Behinderung und Pflegebedarf (sieht man von der Gefahr eines Projektscheiterns ab) kann das Förderprojekt innovative Wirkungen mit hoher Relevanz weit über die eigentlichen Projektziele entfalten:

- _Leistungen der Behindertenhilfe und Pflegeleistungen „aus einer Hand“
- _Reutlinger Modell „inklusive Landkreis“ mit großen Ausstrahlungseffekten
- _Skalierungseffekte für BW und Bund

10.2 Methoden und Aufgaben der wissenschaftlichen Begleitung

Gemäß der Vielfalt und Komplexität der Projektziele wurde ein *Mixed Method* – Ansatz gewählt. Eine prinzipielle Differenzierung erfolgte zunächst zwischen den beiden Aufgabenbereichen:

- (1) wissenschaftliche Begleitung und
- (2) wissenschaftliche Evaluation

mit Blick auf die wesentliche Projektcharakteristik des Umsetzungsprojekts (im Unterschied zu Projekten wissenschaftlicher Studien erkenntnisgewinnender oder erkenntnisprüfender Charakteristik).

Der **erste Aufgabenbereich** entsprach dem Wunsch der Projektleitung sowie Projektverantwortlichen und bezog sich auf das Einbringen von Expertise, Rat und Hinweisen im Sinne einer kontinuierlichen Projektbegleitung sowie Mitwirkung an Projekttreffen, respektive den Sitzungen der Steuerungsgruppe und des Projektbeirates.

Der **zweite Aufgabenbereich** betraf die eigentliche wissenschaftliche Evaluation und umfasste definierte Bestandsanalysen, Bedarfsanalysen und drei Implementationsevaluationen (Evaluation des *Implementation Outcome*):⁴

Bestandsanalysen:

- _Auswertung von **Bestandsdaten** zu Leistungsnutzenden mit Pflegebedarf aus den Jahren 2018 und 2021

Bedarfsanalysen:

- _Auswertung von Interviews mit **Mitarbeitenden** der BruderhausDiakonie, der Samariterstiftung und des Vereins für Sozialpsychiatrie
- _Durchführung und Auswertung von **Expert*innen-Interviews**
- _Auswertung von fallspezifischen Interviews mit **Leistungsnutzenden**

Evaluation:

- _Evaluation des Workshops „**EGH und Pflege together**“
- _Evaluation des **Case Managements** anhand von drei exemplarischen Fällen
- _**360 Grad-Workshop** führender Projektbeteiligter (interne & externe Expertise)

⁴ Aufgrund der akuten Corona-Pandemie 2020 & 2021, respektive der damit einhergehenden mehrfachen Lockdowns wurden Anpassungen des Studiendesigns notwendig, beispielsweise Online Erhebungen, Interviews via Videokonferenz bzw. Telefon, Stichprobenreduktion u.a., die erfreulicher Weise geglückt sind und bei nur wenigen Abstrichen zur Sicherstellung der Studien führten.

Die wesentlichen Befunde werden in den Folgeabschnitten ausgeführt.⁵

10.3 Wesentliche Befunde der wissenschaftlichen Begleitung

10.3.1 Ergebnisse der Auswertung von zwei Bestandsanalysen (2018/2021)

Im Rahmen der wissenschaftlichen Evaluation wurden zwei Bestandsanalysen durchgeführt. In diese Bestandsanalysen sollten alle Menschen mit **geistiger oder seelischer Behinderung**, die in **eigener Häuslichkeit** in den **projektrelevanten Sozialräumen** Stadt Reutlingen, Pfullingen, Lichtenstein, Münsingen, Gomadingen und Mehrstetten leben, und von den Leistungserbringern **BruderhausDiakonie (BD), Samariterstiftung (Sam), Diakoniegesellschaft Münsinger Alb (DGMA) und Verein für Sozialpsychiatrie (VSP)** betreut werden, einbezogen werden. Erfasst werden sollten alle Nutzer:innen, die entweder **nur Leistungen der Eingliederungshilfe** oder **nur Pflegeleistungen** oder **beides zusammen** erhalten und in einer ambulant betreuten Wohnform leben, dazu zählen: Qualifizierte Assistenzleistungen im eigenen Wohnraum (ehemals: ambulant betreutes Wohnen in Gruppen, ambulant betreutes Einzelwohnen), Familienpflege für Erwachsene (ehemals: betreutes Wohnen in Gastfamilien) und privates Wohnen ohne Leistungsbezug von Eingliederungshilfeleistungen für den Bereich Wohnen (v.a. Menschen, die bei Ihren Eltern leben und nur Pflegeleistungen erhalten). Personen, die in besonderen Wohnformen (ehemals: stationäres Wohnen) leben, wurden erfasst, wenn sie im Erhebungszeitraum von der eigenen Häuslichkeit in eine besondere Wohnform gewechselt haben. Die Daten wurden als Excel-Datensatz der wissenschaftlichen Begleitung zur Verfügung gestellt.

Die **erste Bestandsanalyse** wurde im Jahr 2019 durchgeführt und umfasste alle Daten zum Stichtag 31.12.2018, die **zweite Auswertung der Bestandsdaten** fand im Frühjahr 2022 statt und bezieht sich auf den Stichtag 31.12.2021. Um eine Vergleichbarkeit herzustellen, wurde in beiden Bestandsanalysen die gleichen Themenbereiche abgefragt.

Bei der ersten Bestandsanalyse zum Stichtag 31.12.2018 lagen Daten von **257 Personen** vor, zum Stichtag 31.12.2021 (Bestandsanalyse II) wurden Daten von insgesamt **276 Personen** erfasst. Damit hat sich die Anzahl von Leistungsnutzenden der oben genannten Leistungserbringer in diesem Dreijahreszeitraum um knapp 20 Personen erhöht (+8%). Insgesamt gibt es nur wenige Veränderungen, was relevante personenbezogene Eigenschaften (Alter, Geschlecht, Art der Behinderung) betrifft:

- Das **Durchschnittsalter** der in der Dokumentation erfassten Personen zum April 2022 liegt bei 46 Jahren (in der ersten Bestandserhebung zum Dezember 2018 betrug es 45 Jahre), die Altersverteilung streut von 19 Jahren (Minimum) (in 2018: 18 Jahren) bis 83 Jahren (Maximum) (in 2018: 82 Jahren). Knapp 40% der erfassten Personen sind jünger als 40 Jahre, nur 18% sind 60 Jahre oder älter. Allerdings hat sich der Anteil älterer Personen (ab 60 Jahren) im Vergleich zur ersten Bestandserhebung erhöht.
- Die **Geschlechterverteilung** ist in beiden Bestandsanalysen relativ ausgeglichen: Etwa die Hälfte der erfassten Personen sind männlich, die andere Hälfte weiblich.
- Die Auswertung zur **Art der Behinderung** zeigt, dass geistige Behinderungen überwiegen, ihr Anteil liegt im Jahr 2021 sogar bei fast 80%. Seelische Behinderungen machen demnach etwa 20% aus, in 2018 war der Anteil noch knapp ein Viertel (2018: n=61 bzw. 24%).

⁵ Die im ursprünglichen Forschungsdesign definierten Projektstage, respektive das Forschungsbudget des Förderantrages, waren bereits nach der Hälfte der Projektlaufzeit aufgebraucht. Aufgrund der hohen Relevanz des Förderprojekts bei gleichzeitigen erschwerten Bedingungen durch die Corona-Pandemie aber auch anderer Faktoren im Projektumfeld entschlossen sich die Autor:innen dennoch das Projekt weiter zu begleiten.

Erhoben wurden ferner die **verschiedenen Wohnformen**, in denen die Leistungsnutzenden leben: Die absolute Mehrheit (77%) erhält Qualifizierte Assistenzleistungen im eigenen Wohnraum (2018: Ambulant Betreutes Wohnen = 80%). Etwa 5% (n=14) nutzen Familienpflege für Erwachsene (2018: 7% ABW in Gastfamilien) und etwa 14% wohnen ohne Leistungsbezug der EGH (2018: 12%).

Nach Angaben in der Dokumentation wechselten 11 Personen bis zum 31.12.2021 in eine **besondere Wohnform** (4%). Hier ist das Durchschnittsalter am höchsten (51 Jahre), was auf einen **Alterseffekt** hindeutet. Überwiegend handelte es sich bei diesen Umzügen in eine besondere Wohnform um Frauen (9 von 11). Des Weiteren haben 7 Personen eine seelische und 4 Personen eine geistige Behinderung. In allen Fällen, zu denen Angaben vorliegen (9 Fälle von 11; bei 2 Personen fehlen die Angaben hinsichtlich des Pflegegrads) liegt ein Pflegegrad (zwischen 1 und 3) vor, was darauf hindeutet, dass die pflegerische Versorgung eine Rolle spielen könnte. Allerdings befinden sich fast alle Personen auch in der HBG 3.

Informationen zum **Pflegegrad** liegen nicht von allen 276 Personen vor (bei 10 Personen fehlen die Angaben). Von 266 Personen wurde bei 153 Personen ein Pflegegrad angegeben, 113 Personen haben hingegen keinen Pflegegrad. Damit hat sich der **Anteil der Personen mit einem Pflegebedarf** von ca. 54% im Jahr 2018 auf 58% im Jahr 2021 **erhöht**. Liegt ein Pflegegrad vor, so handelt es sich meist um den **Pflegegrad 2** (32%), die Pflegegrade 1, 3, 4 und 5 sind hingegen deutlich seltener vertreten, hier haben sich gegenüber dem Betrachtungszeitpunkt der Bestandsanalyse zum 31.12.2018 keine größeren Veränderungen ergeben. Eine differenzierte Betrachtung zeigt, dass es **keinen Zusammenhang zwischen dem Alter und dem Pflegegrad** gibt; die Gruppe mit dem Pflegegrad 5 ist sogar die jüngste Altersgruppe, was das Durchschnittsalter betrifft (36 Jahre). Die naheliegende These: je älter jemand ist, desto höher ist auch die Wahrscheinlichkeit eines Pflegegrads bzw. die Höhe des Pflegegrads, kann hier nicht bestätigt werden. Hingegen scheint der Pflegegrad eher mit der **Art der Behinderung** zusammenzuhängen (eher Menschen mit geistiger Behinderung). Insgesamt scheint sich herauszukristallisieren, dass vor allem in der Gruppe der **privat betreuten Menschen** (ohne HBG), bei denen der Anteil an Menschen mit geistiger Behinderung wiederum am stärksten ausgeprägt ist, häufiger und auch tendenziell ein (höherer) Pflegegrad vorliegt, als bei den anderen Gruppen. Diese Erkenntnis ist insofern spannend, da es sich um Menschen handeln dürfte, die noch im **erwerbstätigen Alter** sind (z.B. in einer WfbM beschäftigt) und entsprechend zeitlich unflexibler sein dürften als verrentete Personen (siehe dazu auch Informationen in Kapitel 2.4).

Zuletzt wurde in der Dokumentation erfasst, welche Leistungen die Personen aus dem Spektrum der **Pflegeversicherung** und der **Krankenkassen** bekommen (Leistungen aus dem SGB V, Pflegesachleistungen aus dem SGB XI oder Pflegegeld aus dem SGB XI, Leistungen der Verhinderungspflege, der Kurzzeitpflege oder des Entlastungsbetrags). Die Auswertung zeigt: Insgesamt **133 Personen** (48%) erhalten **Leistungen aus dem SGB V und/oder dem SGB XI** (bei der Betrachtung im Jahr 2018: 49%), während 143 Personen **keine** Leistungen nach SGB V oder SGB XI in Anspruch nehmen (52% des Gesamtdatensatzes). Von insgesamt 17 Personen fehlen jedoch Angaben. Folgende Merkmale zeichnen die Leistungsnutzenden von Pflegeleistungen aus (Mehrfachnennungen):

- Nur etwa 15% dieser 133 Personen erhalten **Leistungen nach SGB V**.
- 29 Personen (22%) haben im Dokumentationszeitraum **Pflegesachleistungen aus dem SGB XI** bezogen.
- 105 Personen (79%) bekamen **Pflegegeld nach dem SGB XI**.
- 14 Personen (11%) haben **Verhinderungspflege** in Anspruch genommen.
- 1 Person (0,8%) hat **Kurzzeitpflege** bekommen.

- 55 Personen (41%) erhielten Leistungen des **Entlastungsbeitrags**.
- 57 Personen (43%) beziehen *zwei und mehr Leistungen* nach SGB XI und SGB V

10.3.2 Ergebnisse aus den Bedarfsanalysen

10.3.2.1 Auswertung der Interviews mit Mitarbeiter:innen

Die Auswertung der anhand eines strukturierten Interviewleitfadens (Franke 2019) durchgeführten Erhebungen erfolgte im Frühsommer 2020 auf Basis der dokumentierten Interviewprotokolle, respektive Fließtexte. Über folgende Fragenkomplexe wurde eine qualitative Inhaltsanalyse mit induktiver Kategorienbildung⁶ nach Mayring (2002, 2015) mit Hilfe der Software QCAmap durchgeführt:

RQ2 Aktuelle Situation (Fragen: Aktuelle Situation & Problembeschreibung)

RQ3 Schwierigkeiten und Herausforderungen (Fragen: Schwierigkeiten und Herausforderungen alltägliche Arbeit & Versorgungsstruktur & Politische Rahmenbedingungen)⁷

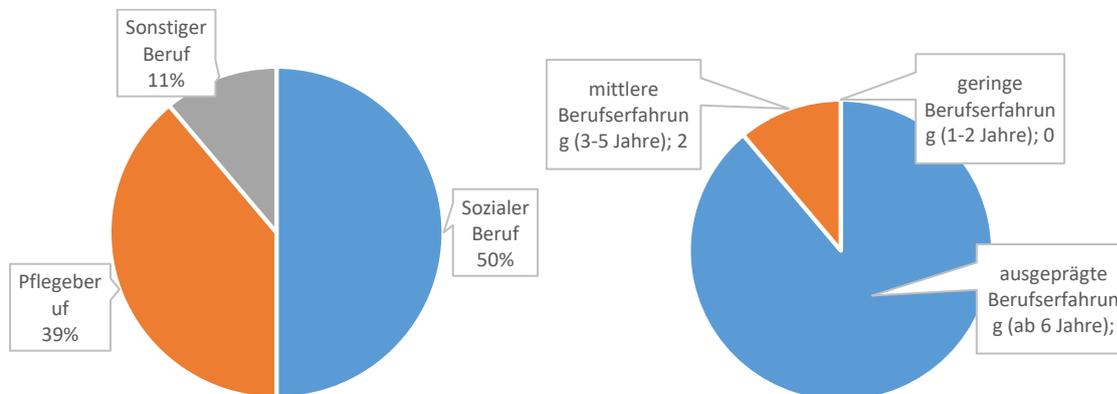
RQ4 Umzüge (Frage: Gründe für Wechsel amb. zu stat. Setting)

RQ5 Lösungsoptionen (Frage: Lösungsoptionen)

RQ6 Qualifikation (Frage: Qualifikation)

RQ7 Zukunftswünsche (Abschlussfrage)

Im Folgenden werden wesentliche Befunde aufgeführt.



Tätigkeitsbereiche: Wohnbereichsleitung - Ergänzende Hilfe - amb. Pflegedienst - Behindertenhilfe ABW - ABW und Betreuung von Gastfamilien - amb. Pflegedienst - Helfer in der Betreuung – Sozialdienst - Bereichsleitung Behindertenhilfe - Standortleiter Sozialpsychiatrie / Eingliederungshilfe - Pflegedienstleitung amb. Pflegedienst - amb. Pflegedienst, stellv. Pflegedienstleitung & tätig in der Pflege - ABW - amb. Pflegedienst - begleitende Dienste, Sozialdienst - amb. Pflegedienst - Bereichsleiter Wohnen - Eingliederungshilfe, Mitarbeiter im ABW - amb. Pflegedienst, Hauswirtschaft – ABW

Abbildung 3: Tätigkeitsbereiche und Berufserfahrung der interviewten Mitarbeiter:innen.

⁶ Über alle Interviewteile waren überdurchschnittlich mehrfache Iterationen notwendig aufgrund von Antwortdurchmischungen und nicht ganz eindeutigen Antwortzuordnungen.

⁷ Zusammenführung der ursprünglichen Fragen im Interviewleitfaden zu Schwierigkeiten & Herausforderungen, Versorgungsstruktur und politischen Rahmenbedingungen aufgrund der starken Antwortdurchmischungen.

Insgesamt wurden mit **18 Interviews** mit weit mehr Mitarbeiter:innen Gespräche durchgeführt als geplant (Soll = 10), was auf ein **reges Interesse in der Belegschaft** schließen lässt. 33 Prozent der Befragten (6 Teilnehmer) waren männlich. Das Durchschnittsalter betrug 48,11 Jahre (SD 9,90). Im Durchschnitt verfügen die interviewten Mitarbeiter:innen über 16,39 Jahre Berufserfahrung (SD 9,33), davon 9,42 Jahre (SD 7,32) in dieser Einrichtung – die **übergroße Mehrheit ist sehr berufserfahren** (Abbildung 3). Die Stichprobe deckt eine **große Vielfalt an Tätigkeitsbereichen** der Belegschaft ab (Abbildung 3). Die Hälfte der interviewten Mitarbeiter:innen arbeiten in einem sozialen Beruf, 39 Prozent in einem Pflegeberuf. Sechs Mitarbeitende nehmen Führungspositionen ein.

Die **aktuelle Situation** mit geistiger Behinderung bzw. psychiatrischer Erkrankung und Pflegebedarf wird **zu 52 Prozent kritisch eingeschätzt** (51 Nennungen). Dabei spielen insbesondere fehlendes Verständnis für die spezifischen Bedarfe von geistig behinderten Menschen in der Gesellschaft eine Rolle (Ankerbeispiel *„Menschen mit Behinderung sind in der Gesellschaft ausgegrenzt und wenn sie pflegebedürftig werden, gibt es kein Heim, das für diese Menschen da ist. Vor allem, wenn sie noch jung sind.“*), Unkenntnis über Unterstützungsmöglichkeiten (Ankerbeispiel *„Und es gibt es ein Missverhältnis, zwischen dem Bedarf und dem Wissen, was sie an Unterstützung bekommen könnten. Und wo was beantragt werden könnte.“*) und Schwierigkeiten des ambulanten Pflegedienstes (Ankerbeispiel *„Bei stärkeren Einschränkungen oder herausforderndem Verhalten, ist es für die Pflegedienste schwierig, weil sie dafür nicht geschult sind.“*)

Demgegenüber belegen **48 Nennungen durchaus auch ein positives Bild** der aktuellen Situation bzw. dass schon einiges auf dem guten Weg ist (Ankerbeispiele positive Einschätzung der aktuellen Situation):

„Die Mitarbeiter im BROMBEERWEG sind kooperativ, wenn jemand nen Wunsch hat oder es eine Problematik gibt, sagen wir das. Es ist immer jemand da. Wenn jemand z.B. nen Fußpilz oder Hautausschlag hat, sagen wir das, und dann wird nach einer Salbe oder nach dem Arzt geschaut, und am nächsten Tag ist es organisiert.“

„Durch die Begleitung in der Familie kann ganz viel an Pflegebedarf aufgefangen werden.“

Bei den von den Mitarbeiter:innen geschilderten Schwierigkeiten und Herausforderungen wurden überdurchschnittlich häufig insbesondere bisher fehlende bzw. wünschenswerte Leistungen (beispielsweise fehlender geeigneter Wohnraum, nächtliche Rufbereitschaft auf dem Land), Abstimmungsprobleme zwischen Bezugsperson, Behindertenhilfe und Pflegedienst (Ankerbeispiel *„Wir wissen gar nicht genau was der Pflegedienst macht.“*), komplexe individuell-unterschiedliche Hilfebedarfe (Ankerbeispiel *„Wir hatten eine junge mit Downsyndrom und Demenz. So was hatten wir noch nie. Die Herausforderung war, dass sie nur geschrien hat.“*) – letzteres korrespondierend mit den bekannten Engpässen in den Versorgungsstrukturen (insbesondere Überlastung der bzw. fehlende Pflegedienste).

Auf die Frage nach **vermeidbare Umzügen bzw. den Gründen für den Wechsel zwischen ambulantem und stationärem Setting**, wurde die fehlende Passung des Betreuungssets (17 %) gefolgt von einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes (15 %) sowie der Überforderung der Angehörigen (11 %) angegeben. 16 Prozent der Befragten gewinnen jedoch einem Umzug in den stationären Bereich auch positive Seiten ab. Darüber hinaus machten 33 Prozent der Mitarbeiter:innen Vorschläge, die einen Umzug verhindert hätten, beispielsweise:

„Es bräuhete so Mischberufe, die die Beziehung aufbauen können.“

„Dann könnte noch Tagespflege installiert werden. Z.B. Demenzgruppen zur Entlastung.“

„Vermieden könnte es vielleicht immer wieder werden, wenn früher ein Pflegedienst mit drin wäre und die Situation dann früher aufgefangen werden könnte.“

Die befragten Mitarbeiter:innen brachten eine **Vielzahl an Lösungsansätzen, -ideen und -vorschlägen** ein, wobei auf Basis der induktiven Inhaltsanalyse acht Kategorien abgeleitet werden konnten (Abbildung 4). Die Bereiche **Case Management und interprofessionelle Zusammenarbeit** nehmen eine **überdurchschnittliche Rolle** ein.

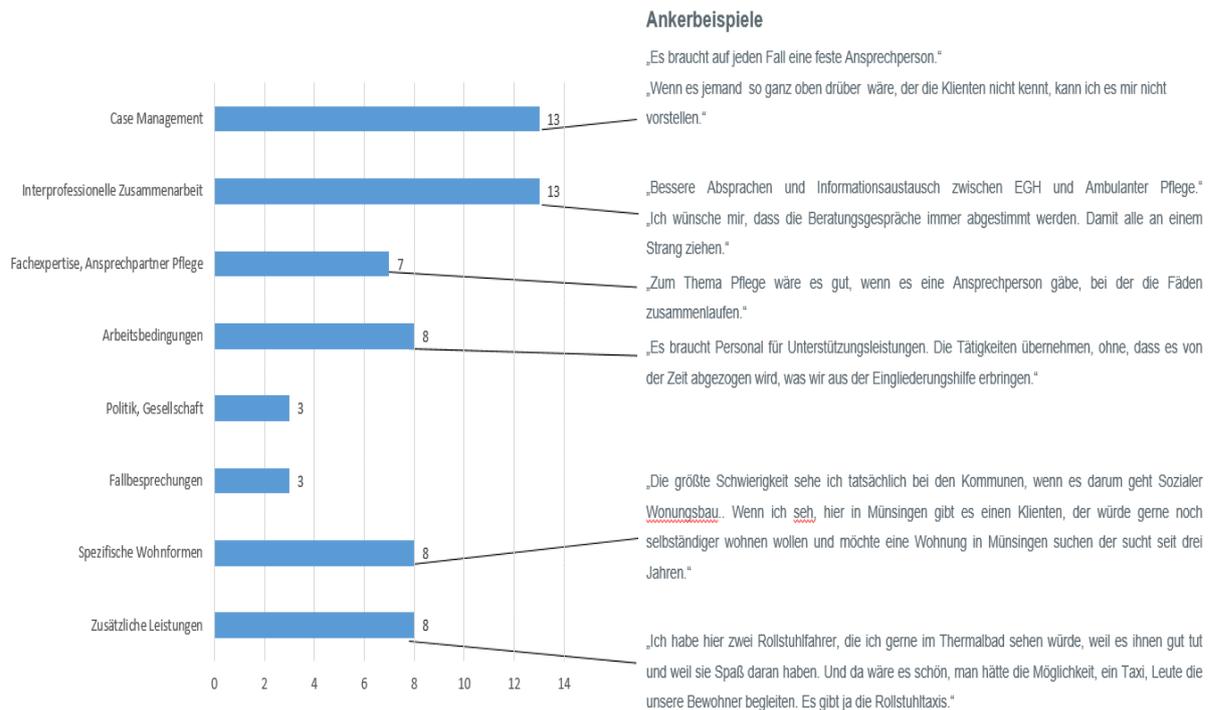


Abbildung 4: Abgeleitete Kategorien der genannten Lösungsvorschläge, Anzahl der Nennungen und Ankerbeispiele (RG5 Frage Lösungsoptionen).

Neben der Einschätzung zum Ist-Stand der eigenen Qualifikation wiesen die befragten Mitarbeiter:innen insbesondere auf **Qualifikationsbedarfe für die Behindertenhilfe bzw. die Betreuer hin (32%)**, gefolgt von **Qualifikationsbedarfen innerhalb der Pflege (19%)**. Auch Fallbesprechungen und interprofessionelle Teams spielen für die Befragten im Hinblick auf Weiterbildungen keine kleine Rolle (9% der Nennungen) sowie die generelle Förderung des lebenslangen Lernens (8% der Nennungen).

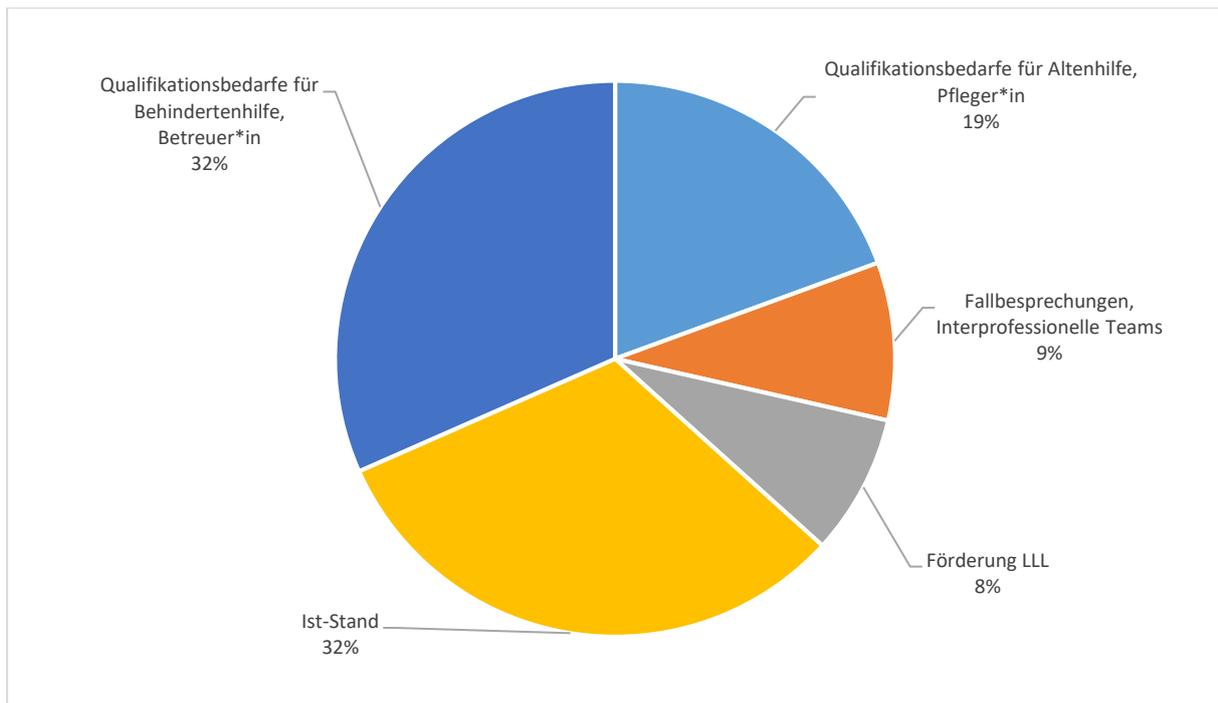


Abbildung 5: Abgeleitete Kategorien zum Fragenkomplex Qualifikation.

Die **Detailantworten zu den Qualifikationsbedarfen der jeweils beiden Hauptberufsgruppen fielen dabei sehr reich und vielfältig aus**. Dabei benannten die interviewten Mitarbeiter:innen in aller Regel eigene Qualifikationslücken und -nachholbedarfe bzw. bezogen sich auf die eigene Berufsgruppe (und externalisierten die Ursachen nicht an andere, was auf ein hohes Maß an Eigenverantwortung schließen lässt):

Ankerbeispiele – Qualifikationsbedarfe für Altenhilfe, Pfleger*in:

„Für junge Pflegekräfte finde ich unheimlich [wichtig], dass es Schulungen gibt. Die können Verhaltensweisen nicht interpretieren und haben keine Idee wie der Zugang zu den Menschen mit geistiger Behinderung gelingen kann.“

„Wissen über psychiatrische Krankheitsbilder fehlt. Man fühlt sich oft betroffen. Man kann es so schlecht einschätzen, wie die Menschen sind und warum. Da kann man nicht nach dem Gefühl arbeiten. Da braucht es Schulungen.“

"In der Ausbildung werden die Krankheitsbilder nur gestreift.“

„das Wissen über pädagogischen Umgang mit dem Personenkreis habe ich wenig.“

"Die MA bräuchten Schulungen wie sie mit Menschen mit psychischer Erkrankung oder geistiger Behinderung besser umgehen könnte.“

Ankerbeispiele – Qualifikationsbedarfe für Behindertenhilfe, Betreuer*in:

„Ich würde mir wünschen, dass es für das Team Fortbildungen zum Thema Pflege gibt. Mir fehlt das Wissen zu pflegerechtlichen Dinge, wie Pflegegrad, Leistungen ...“

„Ich wünsche mir z.B. 1,5 stündige Fortbildungen während der Teambesprechung.“

„Ich kann es nicht einschätzen, wann jemand einen Pflegebedarf hat und hoben Leistungen beantragt werden könnten. Da wüsste ich nicht, an was ich mich orientieren soll. Da fehlt mir das Wissen.“

„Für Nichtfachkräfte fände ich es gut, wenn wir einen Medizinkurs belegen dürften, um dann Tabletten herzurichten oder zu verabreichen nach so und so viel Praxisjahren.“

Zusammenfassung: Ausgeprägtes Problembewusstsein der interviewten Mitarbeiter:innen sowie Bereitschaft zur Weiterentwicklung und Mitwirkung

Zusammenfassend findet sich bei den interviewten Mitarbeiter:innen ein hohes Maß an Problemkenntnis, nicht selten unterlegt mit selbst erlebten narrativen und detailreichen Beispielen von geistig oder seelische behinderten Menschen mit Pflegebedarf in kritischen Settings bzw. Situationen. Die bisherige Situation wird jedoch nicht nur „beklagt“, es werden auch diverse realistische Lösungsansätze und Ideen eingebracht. Neben dem Case Management und den Kompetenzdefiziten bzw. Weiter- und Fortbildungswünsche der jeweils eigenen Berufsgruppe werden eine Vielzahl an weiteren Hinweisen und Empfehlungen angesprochen, die auch punktuell sehr reflektiert und differenziert hervorgebracht werden, was auf ein überdurchschnittliches Maß an Erfahrungs- und Handlungswissen bei den Mitarbeitenden an der direkten Basis hinweist.

10.3.2.2 Auswertung der Expert:innen-Interviews

Von Ende des Jahres 2020 bis Anfang 2021 konnten **sieben Expert:innen-Interviews** durchgeführt werden. Interviewt wurden Expert:innen aus den folgenden Bereichen:

- Eine Dachorganisation der freien Wohlfahrtspflege
- Zwei Leistungserbringer (freie Träger)
- Eine Dozentin aus dem Bereich Altenhilfe
- Eine Berufsbetreuerin
- Zwei Angehörigenvertretungen

Die Auswertung der Interviews wurde mit Hilfe der **Inhaltsanalyse** nach Mayring (2002, 2015) durchgeführt. Dabei wurde die Technik der **zusammenfassenden Inhaltsanalyse** verwendet. Bei dieser Technik werden Textstellen schrittweise aggregiert und zu thematisch ähnlichen Kategorien zusammengefasst. Die extrahierten Aussagen werden keiner bestimmten Person mehr zugeordnet und die verwendeten Ankerbeispiele dienen der Illustration der Ergebnisse. Folgende Themenbereiche konnten hierbei extrahiert werden, die im Folgenden als Hypothesen formuliert werden:

Die Versorgungssituation pflegebedürftiger Menschen mit Behinderung in ambulant betreuten Wohnformen erfordert eine Kooperation mit örtlichen Pflegediensten

Von den befragten Expert:innen wird tendenziell von einer **Zunahme** an Menschen mit Behinderung und/oder psychischer Erkrankung mit Pflegebedarf ausgegangen:

„Tatsächlich erlebe ich halt *zunehmend* mehr Menschen, die diese Einschränkungen haben und aber tatsächlich jetzt auch pflegebedürftig werden.“

Begründet wird diese Zunahme vor allem mit dem **Älterwerden der Klient:innen**. Allerdings scheint jedoch nicht nur auf das Älterwerden von Menschen mit Behinderung hier relevant zu sein, es gibt auch Personen, die bereits in **jüngeren Jahren** einen Pflegebedarf entwickeln.

Aufgrund dieser Zunahme werden **Versorgungsengpässe** erwartet. Hauptproblem scheint hierbei die Versorgung von Menschen in der **eigenen Häuslichkeit** bzw. im **ambulant betreuten Bereich**, vor allem **im ländlichen Raum**, zu sein. Grund für diesen Versorgungsengpass ist insbesondere der **Mangel an entsprechenden Pflegediensten**.

Eine grundsätzliche Frage ist, ob Einrichtungen der **Eingliederungshilfe pflegerische Dienste** anbieten, oder ob die jeweils bereits **im Sozialraum vorhandenen Pflegedienste** einbezogen werden müssten. In ersterem Fall wird es in Zukunft schwieriger werden, bestimmte Pflegeanteile pauschal abrechnen zu können. Leistungserbringer müssen dann ihre Leistungen und das eingesetzte Personal genau definieren. Insgesamt scheint es sinnvoller zu sein, **Kooperation mit örtlichen Pflegediensten** einzugehen. Dafür spricht auch die Notwendigkeit entsprechender Qualifikationsansprüche:

„Also, sagen wir mal so, es ist ja nicht so, dass das Spritzen von Insulin jetzt einfach eine banale Tätigkeit ist. Da denke ich schon, dass jemand wirklich gut qualifiziert sein muss. Weil sonst ein hohes Risiko für den Betroffenen vorhanden ist. (...), aber grad, was halt so Behandlungspflege anbetrifft, das wird nicht so einfach zu bewerkstelligen sein.“

Örtliche Pflegedienste müssen für die Pflege von Menschen mit Behinderung oftmals speziell geschult werden und sollten Möglichkeiten finden, mit Zeitrestriktionen flexibler umzugehen

In diesem Kontext wird immer wieder auf die **fehlende Erfahrung** herkömmlicher Pflegedienste mit Menschen mit Behinderung verwiesen:

„...dass gerade im häuslichen Bereich die professionelle Pflege durch Pflegedienste oftmals ganz schwierig ist, weil die gewöhnlichen Pflegedienste einfach nicht ausreichend geschult sind, (...). Die fühlen sich oftmals ganz, ganz schnell überfordert und sagen `da können wir nicht mehr hin!`“.

Entsprechend wird gefordert, dass es mehr geschulte und **spezialisierte Pflegedienste** geben müsste.

„... wenn wir spezialisierte Pflegedienste haben (...). Das kriegen die klassische Pflege, die klassisch örtliche organisierte Pflege (...) nicht hin.“

Insbesondere im Hinblick auf pflegerische Tätigkeiten wird von verschiedenen Expert*innen auf den in dieser Branche vorherrschenden „permanenten“ **Zeitmangel** verwiesen, der gerade bei der Pflege von Menschen mit Behinderung ein Problem darstellt:

„Bei den Pflegediensten ist das heutzutage so, dass sie ständig das Smartphone in der Hand haben und da wird genau abgelesen, wie lange und welcher Mitarbeiter bei wem war, gell! Und wenn der die Zeitvorgaben nicht einhält, dann gibt es Stress.“

Anzustreben ist eine wahre Kooperation zwischen Eingliederungshilfe und Pflegediensten, die durch gemeinsame Schulungen und Kennenlernen der anderen Fachlichkeit gefestigt werden kann

Mehrfach wird auf die Herausforderung der **Vereinbarkeit zweier „Systemlogiken“** hingewiesen:

„Beim Kombi Modell haben wir das Problem, dass wir sowohl die Pflege als auch die Eingliederungshilfe dann als Leistungsträger auch mit ihrer jeweiligen Logik drin haben.“

Das heißt was Qualität angeht, was Dokumentation angeht, was aber auch Ausstattung angeht, (...) und diese beiden Systemlogiken widersprechen sich ja.“

Zur Lösung dieser Problematik wird auf die Gestaltung der Kooperation verwiesen. So gibt es ein klassisch additives Modell und eine „wirkliche“ Kooperationen. Das **additive Modell** kann quasi als ein „Nebenher“ verschiedener Leistungserbringer verstanden werden:

„Die eine ist im Prinzip ein Setting (...), wir haben eine Wohngruppe, Eine WG oder sowas, wo dann Menschen mit Behinderung wohnen und dann kommt mal der Pflegedienst, mal kommt die Eingliederungshilfe. Vielleicht sprechen die sich bei dem ein oder anderen ab, aber das war es dann schon.“

Im Rahmen einer „**wirklichen**“ **Kooperation** bestünde hingegen ein regelmäßiger Austausch zwischen beiden Leistungserbringern. Eine wichtige Voraussetzung hierfür ist das Kennenlernen der jeweils anderen Profession und ein intensiverer Austausch, etwa im Rahmen gemeinsamer Schulungen:

„Aber ich glaube, dass das, wenn man das gut aufeinander abstimmt (...), wie ist denn die Pflegeplanung, wie ist denn die Eingliederungsplanung, Warum machen wir das so und warum machen wir das so und haben wir das, was wir da machen, denn gut gemacht? Das ist da viel mehr im Mittelpunkt.“

Umzüge in eine besondere Wohnform können durch eine umfassende, kooperative Unterstützungsplanung vermieden werden

Ein Umzug in ein stationäres Setting wird nach Ansicht der befragten Expert*innen immer dann erforderlich, wenn der **Pflegebedarf** so sehr **steigt**, dass mehrmals täglich Pflege anfallen würde:

„(...) bis dann der Pflegeaufwand so groß wird, dass die dann täglich mehrmals, also täglich morgens und abends Pflegeformen brauchen.“

Neben dem steigenden Pflegebedarf wird auf einen weiteren Grund verwiesen: Etwa dann, wenn Menschen in ambulant betreuten Wohnformen eine **intensivere Präsenzbetreuung** brauchen:

„Es ist, wenn der Pflegeaufwand so hoch wird, dass sie praktisch, dass man die Leute auch nicht allein lassen kann tagsüber.“

„... der Pflegebedarf selbst ist eigentlich nicht entscheidend für die – ich nenn`s jetzt mal – ambulante oder quartiersnahe Wohnform. Sondern es ist immer der Nacht (...) also in dem Moment wo ich eine Nachtwache brauche (...), dann scheitern diese Wohnformen regelmäßig. Das ist quasi die Sollbruchstelle, also immer dann, wenn jemand eine sehr umfassende Präsenz braucht, wenn er alleine in der WG ist oder in der Nacht allein ist.“

Diese notwendige Rund um die Uhr Betreuung kann erfahrungsgemäß in ambulanten Settings nicht kostendeckend ermöglicht werden. Hierbei wird allerdings auf die Möglichkeit verwiesen, **familiäre** oder **ehrenamtliche Ressourcen** dafür nutzen zu können:

„Sind Eltern in der Nähe, gibt es Freiwillige im Haus, d.h. mit solchen Bausteinen spielen wir da. Und letztlich müssen Sie diese Ressource immer in diese Wohnform bringen, (...), sei es aus dem informellen Bereich oder aus dem Formellen.“

Die beschriebenen Restriktionen können also nur bewältigt werden, wenn ein entsprechendes Unterstützungssetting konstruiert wird, das einerseits auf einer „wahren“ Kooperation von EGH

und Pflegediensten basiert und andererseits ggf. weitere (personelle) Ressourcen einbezieht. Diese Komplexität macht ein **Case Management** notwendig.

Erforderlich ist ein Case Management durch eine vertraute Person (Bezugsbetreuende), die im Optimum über Basiswissen in beiden Leistungsbereichen verfügt

Case Management wird von **allen Befragten** als sinnvoll erachtet. Allerdings wird die Frage, **wer** dieses Case Management erbringen sollte, unterschiedlich diskutiert. In den meisten Fällen wird betont, dass dies eine **Bezugs- oder Vertrauensperson** machen sollte:

„(...) bzw. das ist dann die Frage, wer es macht, in der Regel eine Bezugsperson (...), sollte das mit managen und machen.“

Neben dieser zentralen Bedeutung einer Bezugsperson (i.d.R. der/die Bezugsbetreuende) wird aber auch die Form einer „**Konferenz**“ unter Beteiligung mehrerer relevanter Personen vorgeschlagen:

„... so eine Art Hilfeplankonferenz mit allen Beteiligten, also Leistungserbringer, Leistungsträger, Mensch mit Behinderung, sozusagen.“

Fraglich ist allerdings, inwiefern solch ein konferenzzähnliches Case Management nicht bereits im Gesamtplanverfahren abgedeckt wird.

Was die Inhalte von Case Management betrifft, so wird vor allem auf notwendiges Wissen in beiden Bereichen, also EGH und Altenhilfe, vor allem zu **komplexen medizinischen Fragen**, verwiesen. Erwähnt werden zudem Methoden wie „Advanced Care Planning“ und „Biografiearbeit“. Die Biografiearbeit verdeutlicht hierbei nochmals die **zentrale Bedeutung einer Bezugsperson**, die die betroffene Person möglichst gut kennt:

„... wo nicht nur Finanzielles oder sonstiges im Vordergrund steht. (...) es steht die Lebensqualität im Vordergrund (...) und eigentlich ist das allerwichtigste, dass vorher alles vorbereitet wird im Sinne dieses Patienten. (...). Denn wenn ich die Biographie gut kenne, dann kann ich vielleicht auch die Lebensqualität in Vordergrund stellen und weiß, was dem gut tut.“

Ergänzend zu den bisherigen Empfehlungen sollte über den Auf- und Ausbau spezifischer ambulant betreuter Wohnformen für Menschen mit Behinderung und Pflegebedarf nachgedacht werden

Neben den oben genannten Herausforderungen wurde in den Expert:inneninterviews auch über spezifische Wohnformen gesprochen. Ein Vorschlag hierzu ist der Aufbau **spezieller Pflege-WGs**, wie es sie auch in der klassischen Altenpflege gibt:

„Und meine Idee wäre ja schon, dass man ja auch so Pflege-WGs macht, ja. Wie es ja in der Altenhilfe inzwischen auch gibt. Wo so vier bis fünf Menschen zusammenwohnen. Wo man dann auch, äh einen ambulanten Pflegedienst einkauft.“

Aufgrund der Bedeutung informeller Ressourcen werden darüber hinaus **Gastfamilien** besonders empfohlen, sofern bestimmte pflegerische Tätigkeiten hier wahrgenommen werden können:

„... wo wir Gastfamilien suchen, die die gerontopsychiatrisch erkrankten Menschen aufnehmen. Das läuft dann ein bisschen anders, die wohnen in Familien wo wir, die kriegen ein bisschen mehr, die müssen 24 Stunden am Tag da sein und auch ein bisschen Pflegeerfahrung haben, da in diesem Bereich.“

Zusammenfassung: Ambulant betreutes Wohnen von Menschen mit Behinderung und Pflegebedarf ist keine Unmöglichkeit!

Insgesamt zeigt die Auswertung der Expert:innen-Interviews, dass Umzüge ins stationäre Wohnen durch eine passgenaue Unterstützungsplanung vermieden werden können. Diese Unterstützungsplanung sollte im besten Fall von einer Bezugsperson initiiert und moderiert werden, was eine Art „Case-Management“ notwendig macht. Im Rahmen dieses Case Managements gilt es, einen passenden Pflege- oder Haushaltsdienst zu finden, ggf. weitere (personelle) Ressourcen zu erschließen und zu nutzen. Das Finden eines passenden örtlichen Pflegediensts könnte sich dabei allerdings als größte Herausforderung darstellen, da diese oftmals nicht im Umgang mit Menschen mit Behinderung geschult sind und/oder aufgrund von Zeitdruck diese Tätigkeit als wenig attraktiv empfinden könnten. Des Weiteren sollte sich der Aufbau einer Kooperation zwischen EGH und Pflege auch im Team selbst manifestieren, etwa durch gemeinsame Schulungen, gegenseitiges Kennenlernen der jeweils anderen Profession sowie fachlicher Austausch. Die beiden Kernelemente, die sich aus den Expert:innen-Interviews herausarbeiten lassen, sind demnach: **Case-Management und gemeinsame Schulungen.**

10.3.2.3 Auswertung der Nutzer:innen-Interviews

Insgesamt wurden im Sommer 2020 **neun Interviews** mit Nutzer:innen von Leistungen der Eingliederungshilfe durchgeführt. Interviewt wurden **sechs männliche** und **drei weibliche** Personen. Die Altersspanne erstreckt sich von **Mitte 20** bis nahezu **80 Jahren**. Des Weiteren sind **verschiedene Behinderungsarten** und Unterstützungsbedarfe vertreten. Sieben befragte Nutzer:innen wohnen in einer **ambulant betreuten Wohnform** (in zwei Fällen mit Partner:in), lediglich zwei Personen leben in einer **besonderen Wohnform**. In allen Fällen trug eine gesundheitliche Einschränkung zu entsprechenden Verschlechterungen bei, die zu einem Pflegebedarf führt bzw. bereits geführt hatte. In den meisten Fällen lag daher zum Zeitpunkt der Erhebung auch bereits ein **Pflegegrad** vor. Genutzt werden bislang vor allem **Pflegesachleistungen** und **Leistungen des Entlastungsbetrags**.

Die Auswertung der Interviews folgt wie auch bei den Expert:innen-Interviews einem inhaltsanalytischen Verfahren. Allerdings wurde bei diesen Interviews eine strukturierte Inhaltsanalyse durchgeführt, bei der die Textstellen vorabdefinierten Kategorien zugeordnet werden (deduktive Vorgehensweise). Der Interviewleitfaden beinhaltet zudem einige Skalen zur Selbstständigkeit, Mobilität, Gesundheit und Lebenszufriedenheit, die quantitativ ausgewertet werden konnten.

Subjektive Einschätzungen zur Selbstständigkeit und zum gesundheitlichen Wohlbefinden

Die interviewten Personen schätzen ihre **Selbstständigkeit** insgesamt noch als relativ gut ein (auf einer Skala von 1-5 mit den Ausprägungen 1 = keine Probleme bis hin zu 5 = nicht in der Lage liegen die Durchschnittswerte meist im Bereich 2,0). Eine Ausnahme stellt die **Beweglichkeit/Mobilität** dar (im Mittel 3,0). Auch was die items zum Thema **Gesundheit und Wohlbefinden** betrifft, so sind die Durchschnittswerte größtenteils im mittleren oder guten Bereich. Damit wird deutlich, dass die befragten Nutzer:innen an einem **Erhalt der aktuellen Wohnsituation** orientiert sind und auch keine Veränderung ihrer Lebenslage wünschen. Dies bestätigt sich auch im weiteren Verlauf der Interviews.

Aktuelle Wohn- und Lebenssituation sowie Zufriedenheit

Die **Wohndauer** in der aktuellen Wohnsituation erstreckt sich von knapp 10 Jahren bis hin zu wenigen Monaten und beträgt im Schnitt etwa 4-5 Jahre. Mehrheitlich (n=5) sind die Befragten

zudem noch **berufstätig** (Beschäftigungssituation in einer WfbM). Die **Freizeit** wird größtenteils in der jeweiligen Einrichtung verbracht und ist geprägt durch innerhäusliche Aktivitäten, wie fernsehen, lesen, entspannen, kreative oder Basteltätigkeiten sowie diverse Hobbies. Die **sozialen Kontakte** scheinen sich vor allem auf andere Mitbewohner*innen und Familienangehörige zu beschränken.

Die Befragten sind **mehrheitlich zufrieden** mit ihrer aktuellen Wohn- und Lebenssituation, nur einzelne Personen äußern sich kritischer. Die Unzufriedenheit hängt jedoch nicht mit dem Unterstützungs- bzw. Pflegebedarf zusammen, sondern bezieht sich ausschließlich auf **soziale Faktoren**, d.h. auf andere Mitbewohner*innen, oder auf **bauliche Mängel** in der Wohnung. Mindestens fünf Personen äußern aber den konkreten Wunsch nach mehr **sozialer Teilhabe**. Unabhängig davon wünschen sich alle Befragte, dass es **keine Veränderung** gibt. Es werden lediglich **spezielle Wünsche** geäußert, etwa, dass man gerne mit anderen Menschen zusammenleben möchte, die beispielsweise die gleiche Erkrankung haben (z.B. Erblindung, MS). Mindestens vier Befragte betonen zudem, dass Sie **auf keinen Fall** in eine **besondere Wohnform** umziehen möchten und so lang wie möglich in der jetzigen, ambulant betreuten Wohnform bleiben wollen.

Aktueller Unterstützungs- und Pflegebedarf

Die Befragten beschreiben sich zwar mehrheitlich als **relativ selbstständig**, es werden Alltagstätigkeiten, Körperpflege sowie die Medikation größtenteils selbstständig wahrgenommen. Allerdings zeichnet sich in einigen Fällen eine **Erhöhung des Unterstützungsbedarfs** ab: In vier Fällen besteht ein höherer Unterstützungsbedarf im Bereich Alltagsversorgung (Einkaufen, Putzen, Essenszubereitung, Körperpflege und Toilettengänge), bei Spaziergängen, schriftlichen Angelegenheiten, Medikation, und teilweise Haushaltstätigkeiten (Kochen usw.). Grund für das Ansteigen des Unterstützungsbedarfs sind Erkrankungen (z.B. aufgrund der Augenerkrankung, Lähmung).

Eine wichtige Rolle für das Wohlbefinden und den Erhalt der Selbstständigkeit spielt hierbei das **Gefühl von Sicherheit**: Sicherheit gibt z.B. die vom Pflegedienst angebotene Medikation bzw. Unterstützung bei der Medikation. In drei Fällen wird berichtet, dass die medizinische Versorgung (z.B. Insulin, Medikamente) vom Befragten zwar selbst übernommen wird, es allerdings entweder jemand vom Pflegedienst dabei ist, oder aber der Pflegedienst bereitet die Medikation vor, oder es „*schaut jemand rein*“ und überprüft, ob die Medikamente genommen wurden.

Zufriedenheit mit der Pflegeleistung

Ähnlich wie bei der Wohnsituation lassen sich auch in Bezug auf die Unterstützung **mehrheitlich „Zufriedene“** finden, allerdings gilt das nur für die **EGH-Leistungen** (*„des sind ganz nette Leut, die da kommen“*). In Bezug auf diejenigen Personen, die bereits **ambulante Pflege durch einen Pflegedienst** bekommen, stellt sich diese Zufriedenheit anders dar. So betont eine Befragte: die Pflegekräfte *„gucken immer auf die Uhr, und dann müssen sie wieder gehen“*. Es wird gewünscht, dass der Pflegedienst öfter kommt, zudem wird auf unfreundliches Personal verwiesen. Vielfach wird betont, dass die Pflegekräfte *„immer auf die Uhr schauen und schnell weg müssen“*.

Einschränkend muss angemerkt werden, dass die Befragten nicht immer klar zwischen pflegeorientierten Leistungen/Versorgung und der Betreuung im Rahmen der Eingliederungshilfe

differenzieren konnten. Nur in drei Fällen wird explizit erwähnt, dass ein Pflegedienst regelmäßig kommt ("des ist irgendwie in dem Vertrag drin, den ich abgeschlossen habe"). Insofern sind die Ergebnisse, die sich speziell auf Leistungen/Angebote der Pflege beziehen, sicher nicht vollständig.

Zusammenfassung: Der Einbezug von Pflegedienste ermöglicht einen „Erhalt der selbstständigen Lebensführung im sicheren Rahmen“, allerdings mit hohem Unzufriedenheitspotenzial

Die Befunde aus den Nutzer:innen-Interviews verdeutlichen, dass – insbesondere bei steigendem Pflegebedarf aufgrund von Erkrankungen – der **Einbezug eines Pflegedienstes** zum Erhalt der aktuellen Wohnsituation und zur gewünschten Selbstständigkeit beitragen kann. Dabei scheint subjektiv gesehen das **Gefühl von „Sicherheit“** eine große Rolle zu spielen. Die betroffenen Personen wollen das Gefühl haben, dass sich die Pflegekräfte um die relevanten medizinischen Dinge kümmern. In Bezug auf diesen Aspekt ergibt sich aber auch ein **deutliches Spannungsverhältnis**, da die hierfür häufig zur Verfügung stehende Zeit der Pflegedienste mit diesen Erwartungen kollidieren. Dies führt zu hohen **Unzufriedenheitspotenzialen**, insbesondere in Bezug die Wahrnehmung, die Pflegedienste würden lediglich **„Dienst nach Stoppuhr“** machen.

10.3.3 Ergebnisse aus der Evaluation des Workshops „EGH und Pflege together“

Der im Sommer 2021 durchgeführte **Workshop „EGH und pflege together“** wurde durch die wissenschaftliche Begleitung evaluiert. Dazu wurde ein Online-Fragebogen entwickelt, der **allen Teilnehmenden des Workshops** im Nachgang zugesendet wurde. Angeschrieben wurden hierbei 19 Teilnehmende.

Von diesen 19 Teilnehmer:innen öffneten 17 Personen den BefragungslinK, in zwei Fällen wurde die Befragung jedoch abgebrochen. Insgesamt liegen daher Informationen von **15 Personen** (knapp 80% aller Teilnehmenden) vor. Die nachfolgenden Informationen beziehen sich daher auf die Einschätzungen von 15 Personen: Acht Personen sind dabei Fachkräfte aus dem Bereich Eingliederungshilfe, drei Personen aus der ambulanten Pflege und vier Personen aus dem Fallmanagement (Leistungsträger).

Teilnahmefrequenz an den einzelnen Workshoptagen

Der Workshop fand an **drei unterschiedlichen Tagen** statt: Am 16.06, am 23.06 sowie am 22.07. Dazwischen gab es die Möglichkeit zu **Hospitationen**. Die befragten Personengruppen waren dabei unterschiedlich vertreten (siehe Abbildung 4). Hospitationen wurden am seltensten genutzt.

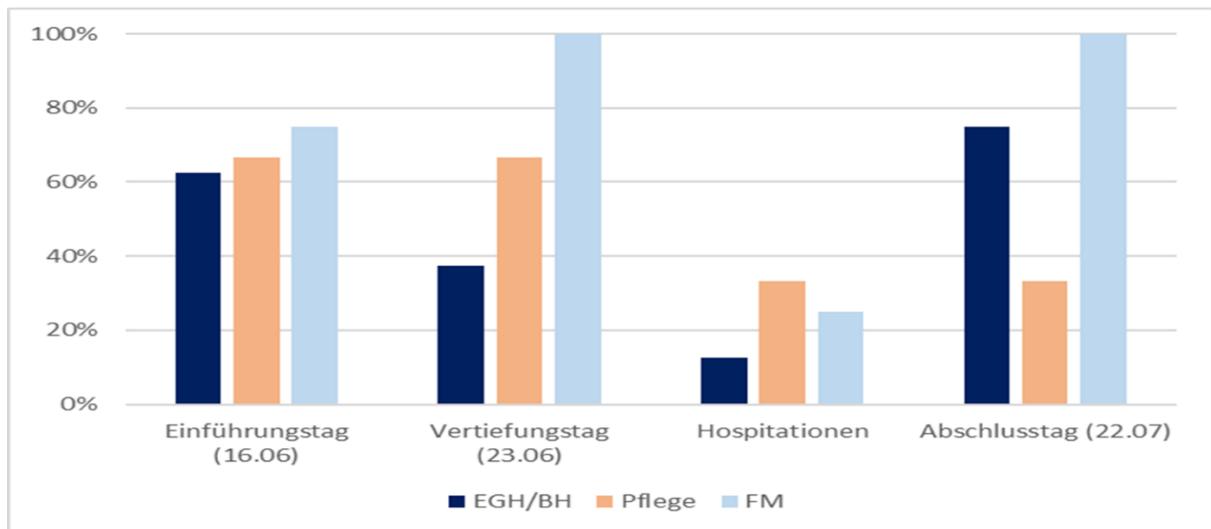


Abbildung 4: Teilnahmefrequenz nach Berufsgruppen (in Prozent, da unterschiedliche Gruppengrößen).

Bewertung des Wissenszuwachses

Die befragten Teilnehmer:innen sollten im Rahmen einer Fragebatterie einschätzen, wie sie den jeweiligen **Wissenszuwachs** bewerten. Den Teilnehmenden aus der EGH wurden hierzu Themen aus dem Bereich Altenhilfe, den Fachkräften aus der Altenhilfe Themen aus dem Bereich der Behindertenhilfe und den Fallmanager:innen beide Themenbereiche angeboten. Insgesamt gesehen, wird von allen drei Berufsgruppen **ein Wissenszuwachs** angegeben. Hauptsächlich wird dieser Wissenszuwachs dabei im gegenseitigen Verständnis für die **Arbeitsweise bzw. Fachlichkeit der jeweils anderen Profession** gesehen. Etwas geringer fällt dieser Wissenszuwachs in Bezug auf **Rechtsgrundlagen** der jeweils anderen Profession aus, ein Thema, das aber ohnehin sehr umfassend und vermutlich nur schwer in einer dreitägigen Fortbildung zu vermitteln ist. Die Vermittlung der Bedeutung und des Ablaufs von **Case-Management** wird hingegen äußerst positiv beurteilt (vgl. Abbildung 5)

Wie schätzen Sie Ihren Wissenszuwachs zu folgenden Themen ein

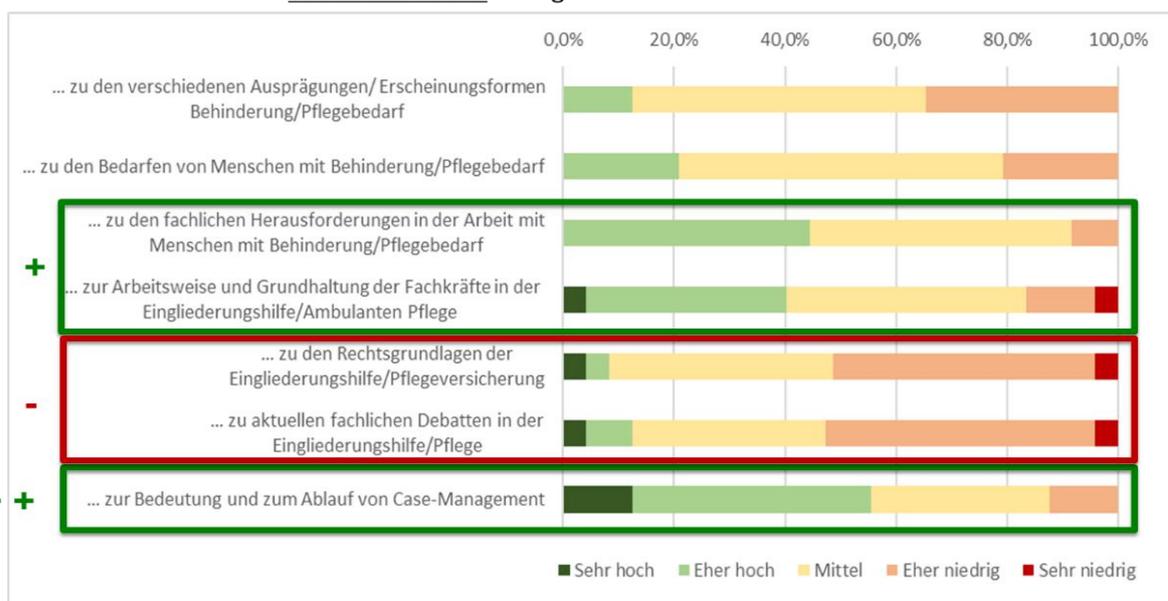


Abbildung 5: Wissenszuwachs bezüglich unterschiedlicher Fortbildungsinhalte(alle Gruppen, n=15, in Prozent).

Zielerreichung des Workshops

Analog des Wissenszuwachses wurden auch die **Ziele** in der Einschätzung der Teilnehmenden **größtenteils erreicht** (vgl. Abbildung 6). Hierbei wird besonders die **Verbesserung eines gegenseitigen Verständnisses** sowie das **Erkennen einer Notwendigkeit einer guten Kooperation zwischen EGH und Pflege** betont. Optimierungsbedarf besteht hingegen bei der Frage, besser erkennen zu können, was **die Menschen brauchen**.

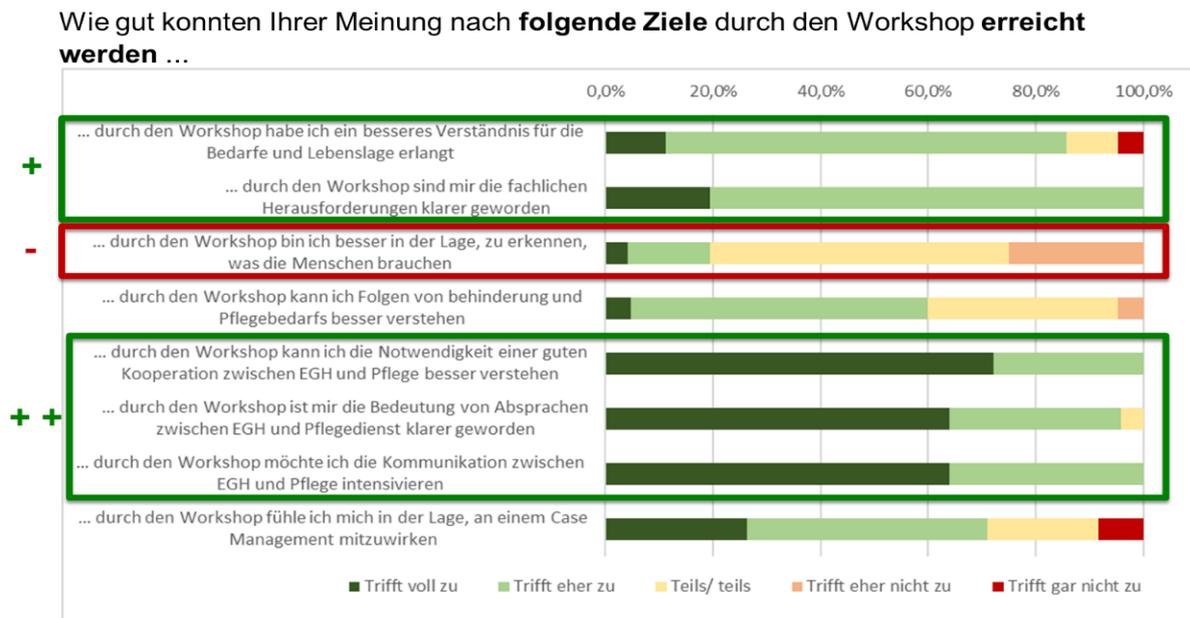


Abbildung 6: Bewertung der Zielerreichung (alle Gruppen, n=15, in Prozent).

Relevante Themen und subjektiver Gewinn

Im Rahmen mehrerer offener Fragen wurden die Teilnehmenden noch dazu befragt, welche **Themen sie besonders wichtig** fanden, und worin für die der **subjektive Gewinn** wurzelt. Dabei wurde unabhängig von der Berufsgruppe von den meisten Teilnehmenden vor allem der **„Erfahrungsaustausch mit der anderen Profession“** und das **„gegenseitige Verständnis“** genannt. Darüber hinaus wurden als positiv bewertet: Die **Fallbesprechungen mit Hilfe der Fallvignette**, die Informationen zum **Case Management** sowie die **Hospitationen**.

Zufriedenheit und Gesamtbewertung

Auch die Gesamtbewertung zeigt eine hohe Zufriedenheit (vgl. Abbildungen 7 und 8). Dabei wurden die **Atmosphäre, die Gespräche** sowie der **gegenseitige Umgang** am stärksten gelobt. Aber auch die **Gesamtorganisation** und die **Austauschmöglichkeiten** stechen besonders positiv hervor. Mehrheitlich sind die Befragten auch der Meinung, dass Sie neue Aspekte gelernt haben und die Inhalte gut auf den beruflichen Alltag übertragen werden können (Abbildung 5)

Wie zufrieden waren Sie mit...

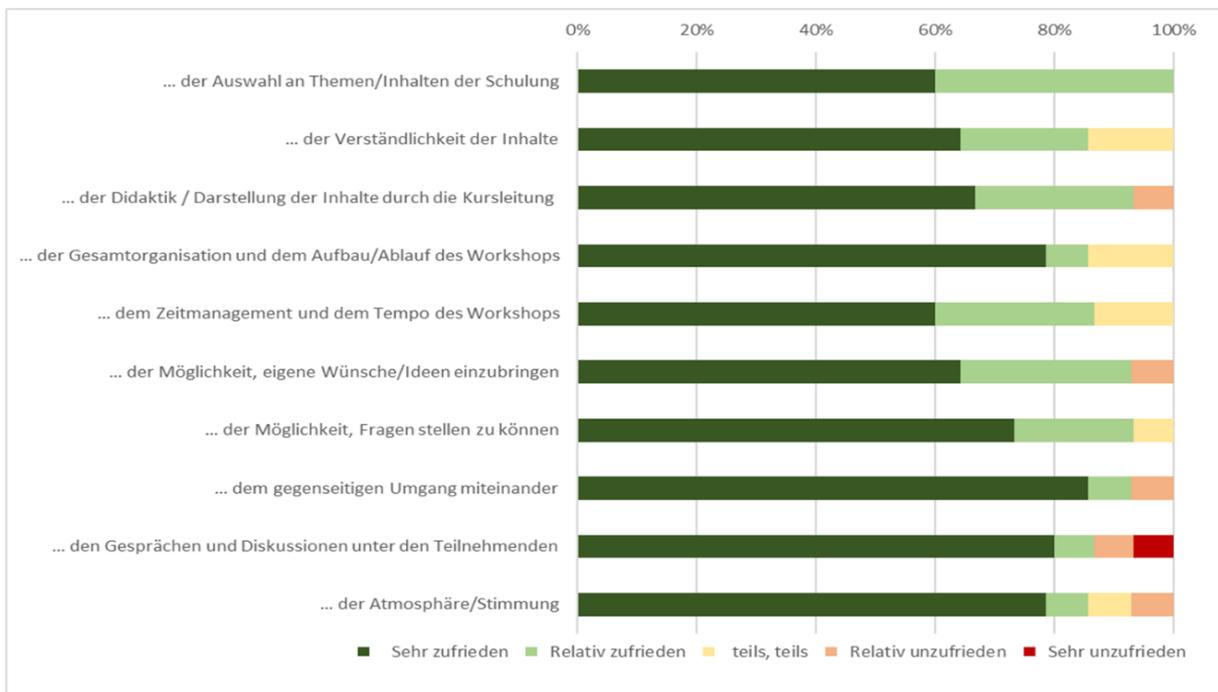


Abbildung 7: Zufriedenheit mit dem Workshop (alle Gruppen, n=15, in Prozent).

Wie bewerten Sie folgende Aussagen?

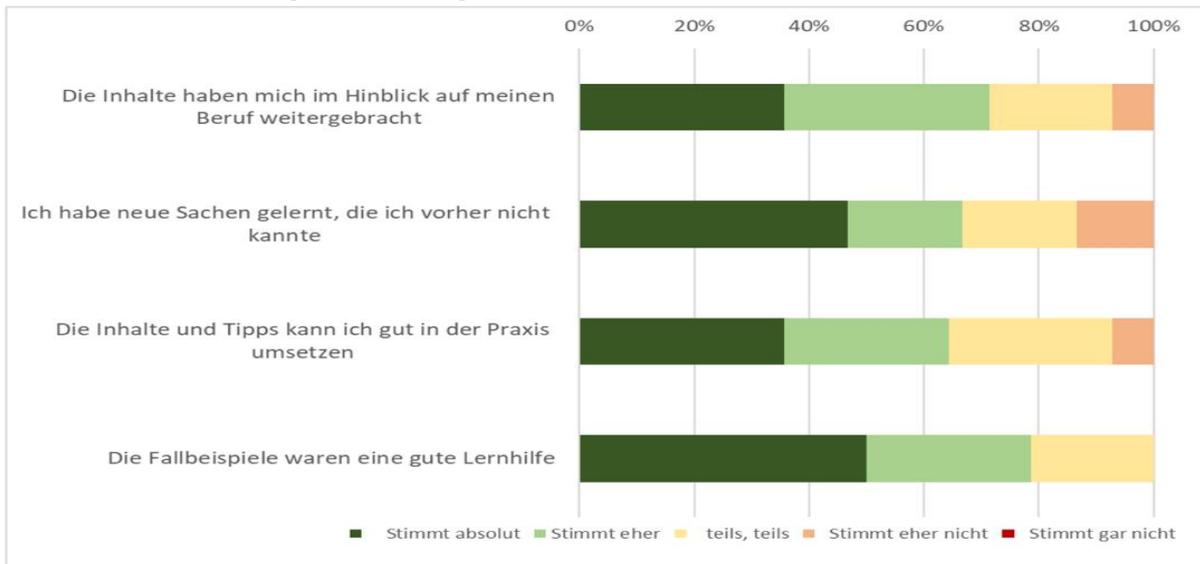
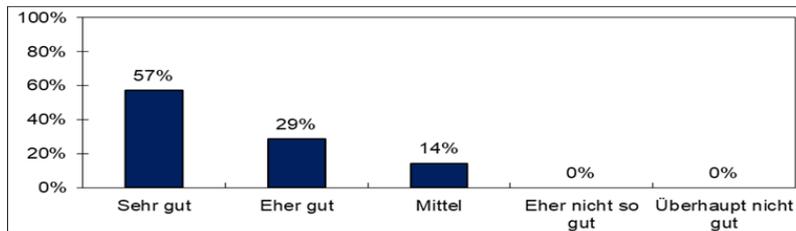
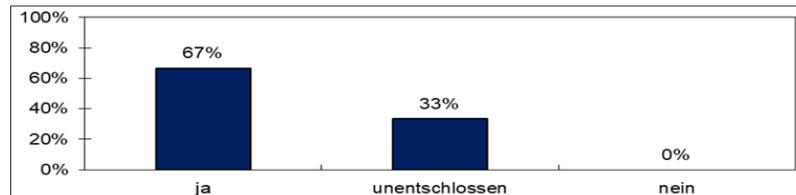


Abbildung 8: Zufriedenheit mit dem Lernerfolg (alle Gruppen, n=15, in Prozent).

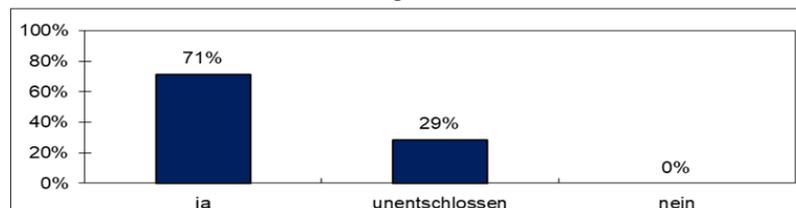
Wie ist Ihr Gesamteindruck des Workshops?...



... würden Sie diesen weiterempfehlen?



... würden Sie weitere Schulungen besuchen?



Die Teilnehmer:innen wurden zuletzt auch gefragt, ob Sie den **Workshop weiterempfehlen** und **weitere Schulungen** belegen würden. Auch hier fallen die Antworten **äußerst positiv** aus (Abbildung 9). So würden 67% der Befragten den Workshop weiterempfehlen und 71% weitere Schulungen besuchen. Zusammengefasst hatten über 90% einen positiven Gesamteindruck.

Vereinzelt gab es zum Abschluss auch Verbesserungsvorschläge. Genannt wurden: **Mehr Fallbeispiele, gemeinsames**

Durchsprechen von Lösungsideen in der Gruppe und **mehr Hospitationen**.

Abbildung 9: Gesamtbewertung des Workshops (alle Gruppen, n=15, in Prozent).

10.3.4 Ergebnisse aus der Evaluation des Case Managements

Analog der Evaluation des **Workshops „EGH und Pflege together“** sollte auch das **Case Management** durch die wissenschaftliche Begleitung evaluiert werden. Von den bislang fünf durchgeführten Case Management-Prozessen wurden **drei Fälle** ausgewählt, anhand derer eine genauere Betrachtung der hier relevanten Herausforderungen und Lösungen erfolgen konnte (multiperspektivische Fallanalysen). Im Folgenden werden die Befunde aus **zwei Fallanalysen** exemplarisch dargestellt und am Ende zusammenfassend interpretiert.

Frau B – Pflegebedarf aufgrund eines Schlaganfalls

Folgende Informationen können der **Fallvignette** entnommen werden: „Frau B. ist 61 Jahre alt. Sie hat eine geistige Behinderung, eine starke Seheinschränkung und im Juni 2021 einen Schlaganfall. Bezieht EU-Rente. Wohnt mit ihrem Partner in einer Mietwohnung in einem Mehrfamilienhaus im 1.Stock“

Frau B wird seit 2012 von BruderhausDiakonie betreut und lebt aktuell im **ambulant betreuten Paarwohnen**. Durch einen **Schlaganfall** wurde die Frage relevant, ob die benötigte Unterstützung überhaupt noch im eigenen Wohnraum gewährleistet werden kann, da sie **tägliche Pflege** benötigt. Pflegerische Themen/Ziele sind: Hilfe bei der Körperpflege, Erhalt der Selbstständigkeit,

Mobilisation und Training von linkem Arm und Bein. Zudem wird eine **Haushaltshilfe** benötigt. Leistungen, die hierfür relevant sind (Quelle: Fallvignette):

- SGB IX, HBG 2
- SGB XI, PG 2
- (Pflegesachleistungen)
- Entlastungsbetrag: Haushaltshilfe
- SGB V, Medikamente stellen

Am Case Management sind verschiedene Personen beteiligt. Beteiligte Dienste/Personen sind:

- Mitarbeiterin ABW (Case Management)
- Gesetzl. Betreuung, Frau W. (Finanzen)
- Fallmanager, LK RT
- DGMA
- Lebenspartner
- Tagesstruktur/OH

Für die zu erbringenden Pflegeleistungen musste ein **Pflegedienst** gefunden werden. Gewonnen werden konnte der Pflegedienst der **DGMA**. Dieser Pflegedienst kommt täglich, immer morgens. Einmal in der Woche wird zudem eine „große Pflege“ gemacht. Des Weiteren gibt es noch eine Haushaltshilfe, die über PG 2 finanziert wird. Zusätzlich erschlossene Leistungen sind: ein neuer Rollator, der im Erdgeschoss steht (der andere Rollator ist in der Wohnung, die sich jedoch im ersten Stock befindet) und ein Fahrdienst (Taxi), der durch den Landkreis finanziert wird (Verbesserung der Mobilität). Eigentlich wäre auch noch eine Nachtbetreuung nötig, wenn Frau B. auf die Toilette muss, dies übernimmt aber der Partner.

Insgesamt musste schnellstmöglich eine Lösung für den täglich anfallenden Pflegebedarf gefunden werden, ansonsten hätte ein Umzug in eine **besondere Wohnform** stattfinden müssen. Nach Auskunft der Bezugsbetreuerin musste die tägliche Pflege gesichert werden, was aber nur mit **PG 3** funktionieren würde. Zudem würde der PG 3 eine Fachkraftpflege und eine höhere Flexibilität ermöglichen. Aufgrund des Schlaganfalls musste daher von PG 2 auf PG 3 **aufgestockt werden**. Der PG 3 wurde zunächst abgelehnt, konnte aber durch einen Widerspruch der gesetzlichen Betreuerin doch realisiert werden. Aufgrund des **Wissens der Koordinierenden Bezugsperson**, wie ein Gutachtenprozess abläuft, konnte eine Höhergruppierung erreicht werden, was neue Spielräume zuließ. Zusätzlich ist aktuell auch eine Höherstufung in der Eingliederungshilfe in Bearbeitung.

Das Ziel in dieser Fallkonstellation bestand darin, dass Frau B. weiterhin mit ihrem Partner in der Wohnung leben und wieder selbstständiger und mobiler werden möchte. Die wesentliche Herausforderung bestand aber in den **vielfältigen Klärungsprozessen** bezüglich der Heraufsetzung des Pflegegrads (Pflegekasse) und der Hilfsbedarfsgruppe (EGH). Wegen langer Dauer des Bewilligungsprozesses bei der Pflegekasse musste der Übergang durch erspartes Geld von Frau B. kompensiert werden. Durch eine **Kombination verschiedener Unterstützungen** und dem **weiteren Einbezug des Partners** konnte dies gelingen, weil dieser bei den nächtlichen Toilettengängen unterstützen kann. Wenn Frau B alleine leben würde, wäre dies ggf. nicht mehr möglich. Eine weitere wichtige Voraussetzung für die Lösung war, dass die Koordinierende Bezugsperson **früher selbst in der Altenhilfe tätig war**, weswegen sie sich sehr gut mit leistungsrechtlichen Fragen der Altenhilfe (Prozess der Begutachtung) auskennt.

Frau M – Pflegebedarf als Herausforderung einer Verselbstständigung

Folgende Informationen können der **Fallvignette** entnommen werden: „Frau M. ist 45 Jahre alt, hat eine Intelligenzminderung und eine psychische Erkrankung (Zustand nach Traumatisierung), rezidivierende, depressive Störung, sehr starke Nikotinabhängigkeit, Hautulcus. Nach der Scheidung war sie obdachlos. Nach Psychiatrieaufenthalt lebte sie 10 Jahre in einer Pflegefamilie. Im April 2021 zog sie in eine Mietwohnung der BruderhausDiakonie mit ABW-Betreuung.“

Frau M hat bereits seit längerem einen **pflegerischen Bedarf**, war aber bisher gut versorgt. Zunächst lebte sie in einer **besonderen Wohnform**, dann bei einer **Pflegefamilie**, die auch die Pflegeleistungen übernommen hat. Frau M wollte aber wieder selbstständiger ihr Leben gestalten und im Sommer 2020 entstand der Wunsch, von der Pflegefamilie in eine **ambulant betreute Wohnform** umzuziehen. Zunächst fand ein Probewohnen statt, der Einzug erfolgte dann im Mai 2021.

Dadurch entstand die Problematik, den **Pflegebedarf adäquat** decken zu können. Pflegerische Themen/Ziele sind: Harninkontinenz, Versorgung gelingt alleine unzureichend; Körperpflege wird alleine unzureichend ausgeführt; Venenproblematik an den Beinen verursacht Schmerzen und Unruhe, wiederkehrende Ulcus; Medikamenteneinnahme und Besorgung erfolgt mit Anleitung. Da die Pflege ja vorher in der Pflegefamilie erbracht wurde, musste durch den **Umzug in die ambulant betreute Wohnform** dies nun anders organisiert werden, da **keine tägliche Versorgung mehr möglich war**; ansonsten wäre nur eine **besondere Wohnform** (stationär) in Frage kommen. Relevante Leistungen, die hierfür relevant sind (Quelle: Fallvignette):

- SGB IX HBG 1 (vorläufig) / HBG 3 bewilligt
- SGB XI PG 4 Pflegesachleistung, Haushaltshilfe, Hilfe zum Duschen 1x wöchentlich, Erhöhung auf 2x Duschen/Woche ab Dez 21
- SGB V Verbandswechsel nach Bedarf
- Entlastungsbetrag für Sportgruppe für VSP (aktuell nicht angeboten)

Am Case Management sind verschiedene Personen beteiligt. Beteiligte Dienste/Personen sind:

- ABW-Mitarbeiterin (Bezugsbetreuerin)
- Ambulanter Pflegedienst DGMA
- Fallmanagerin LK RT
- Gesetzl. Betreuerin

Anders als im Fall von Frau B (siehe oben) lief die Bewilligung der Leistung unproblematisch ab, da Frau M bereits einen **hohen Pflegegrad** hat (PG 4: „da ging viel“). Die Problematik in dieser Fallkonstellation bestand eher darin, die **Einsatzzeiten des Pflegedienstes** zu koordinieren: So gab es anscheinend zeitliche Probleme für den Pflegedienst, da Frau M in der **WfbM tätig ist** und um **8 Uhr morgens bereits zur Arbeit** muss. Eine gemeinsame Terminfindung war daher extrem schwer, es wurden dann aber passende Zeiten gefunden, an denen der Pflegedienst **2x die Woche** kommen kann. Nach Auskunft der befragten Pflegedienstleitung wurden 2 Tage festgelegt, dies konnte auch nicht anders realisiert werden. Frau M hätte hierbei ein **Zeitfenster**, innerhalb dessen die Pflege erfolgt. Wenn sie jedoch nicht kann, muss die Pflegetätigkeit **verschoben werden oder ausfallen**.

Ein weiteres Problem bestand in der **personellen Flexibilität des Pflegedienstes**. So ist es Frau M wichtig, dass immer **die gleiche Person** die Pflege übernimmt. Die leistungsberechtigte Person wünscht sich vor allem **mehr Flexibilität** des Pflegedienstes sowie einen „**besseren Umgang**“ mit den zu Pflegenden. Zudem brauchen die Pflegekräfte mehr Zeit, um einen Beziehungsaufbau und eine Vertrauensbasis zu ermöglichen, man würde nach Aussage der Befragten oft zu hören bekommen: „so viel Zeit haben wir nicht“.

Eine wichtige Voraussetzung für das Gelingen war zudem das **Probewohnen** (4 Wochen), um prüfen zu können, ob die Versorgung ausreicht. Dazu wurde direkt Kontakt mit DGMA aufgenommen. Ferner musste die Bezugsbetreuerin die ersten paar Male **bei den Pflegeeinsätzen mit dabei sein**.

Zusammenfassung: Mehrwert/Nutzen des Case Managements:

In beiden Fällen zeigt sich: Durch das Case Management konnte **ein (sonst notwendiger) Umzug ins stationäre Wohnen verhindert werden**. Dadurch gelang es, die Unterstützung in einem ambulant betreuten Setting zu organisieren. In beiden Fällen war jedoch das **Finden und Beauftragen eines geeigneten Pflegedienstes**, der zudem die **Möglichkeit** hat, Pflegeleistungen für Menschen mit Behinderung zu erbringen, durchaus schwierig. Eine besondere Herausforderung stellt dabei die **zeitliche und personelle Flexibilität** dar, insbesondere – im Falle von Frau M – wenn die zu Pflegenden noch berufstätig sind. Wesentliche Gelingensfaktoren sind zudem: Der Einbezug anderer Personen (im Falle von Frau B der eigene Partner) sowie eine Case Manager:in, die sich mit leistungsrechtlichen Fragen der Altenhilfe auskennt.

10.3.5 Ergebnisse aus dem 360 Grad-Workshop

Der 360 Grad-Workshop, im initialen Forschungsdesign bereits als zentrales Element eingebaut, diente nach dem Ansatz der Implementationsforschung der Evaluation erreichter Implementationsergebnisse (Implementation Outcome, Peters et al. 2013). In Form von Fokusgruppen führender Akteure (interne sowie externe Expertise) erfolgt einerseits eine umfassende Evaluation bzw. Bewertung der Projektergebnisse. Gleichermaßen führt die Expertise der beteiligten Führungskräfte zur weiteren fachlichen und strategischen Anreicherung als schöpferisches Element. Der 360 Grad Workshop umfasste die drei inhaltliche Schwerpunkte bzw. Themenkomplexe **Rückblick, außerhalb des Projekt Liegendes bzw. zu Lösendes sowie Nachhaltigkeit**. Korrespondierend mit diesen drei Workshop-Themen wurden entsprechende Moderations- und Arbeits-Methoden für die beteiligten Expert:innen eingesetzt.

Thema 1 Rückblick

Leitfragen: Was war das eigentliche Anliegen, mit welcher Intention ist das Projekt gestartet? Wo steht das Projekt? Welche Erwartungen wurden erfüllt, welche nicht? Was hat das Projekt gebracht?

Methoden: Impulsvortrag und Bericht durch die Projektleitung, darauf aufbauend Einschätzung / Bewertung des Projektergebnisses durch das Plenum mit Hilfe von Metaplankarten & Pinboard sowie anschließender Diskurs

Thema 2 Außerhalb des Projekts Liegendes, zu Lösendes

Leitfragen: Welche Fragen bzw. Herausforderungen gingen mit dem Projekt einher bzw. traten im Projektverlauf zu Tage, die ggf. nicht im Projekt bzw. von den Trägern gelöst werden konnten, aber mit denen das Projekt konfrontiert ist und die daher an geeignete Stellen adressiert werden sollten (z.B. rechtliche Fragen, sozialpolitische Fragen, nötige

Strukturen usw.)? Was sind Themen bzw. Herausforderungen, die in diesem Kontext immer wieder auftauchen und die eigentlich gelöst werden müssen? An wen wären diese am besten zu adressieren? Können plakative Beispiele zur Erhöhung der Transparenz und Verständlichkeit angeführt werden?

Methoden: (Klein-) Gruppenarbeit, Expert:innen-Gruppen arbeiten ausgewählte Frage / Herausforderung am Tisch auf Flipchart (als Tischoberfläche) auf, anschließend Wechsel zu einem anderen Tisch und Kommentierung / Anreicherung der dort entstandenen Arbeit.

Thema 3 Nachhaltigkeit:

Leitfragen: Was braucht es, damit die Erkenntnisse des Projekts nachhaltig beibehalten werden, welche Strukturen müssen geschaffen werden usw.? Wie können die Projektergebnisse verstetigt werden bzw. wie soll das Erreichte weiter fortgeführt werden (**Verstetigungskonzept**)? Was können andere Landkreise bzw. Einrichtungen davon lernen (**Transferkonzept**)?

Methoden: Entwurfspräsentation durch die Projektleitung, anschließende Kommentierung durch das Plenum

Im Folgenden werden die wesentlichen Ergebnisse des 360grad Workshop in einer kurzen Zusammenfassung dargestellt.

Im Kontext des **Rückblicks** durch die Projektleitung und einer kurzen Reflexion der erzielten Projektergebnisse wurde nochmals auf die **Genese der Projektidee** und der hiermit **zusammenhängenden Ziele** verwiesen: Die Ambulantisierung in der Behindertenhilfe erfordert entsprechende ambulante Pflegekonzepte, mit dem Ziel, das Leben in der eigenen Häuslichkeit sichern zu können. Erforderlich ist dazu aber eine wohnortnahe Versorgung. Als wesentliche Erfolge wurden genannt: Das Case Management-Konzept sowie die Schulungsmaßnahme (Workshop „EGH und Pflege together“). Im Rahmen des Projekts konnte zudem ein Dialog zwischen Leistungsträgern und Leistungserbringern initiiert werden, der von allen Beteiligten positiv hervorgehoben wurde („*dass wir mehr miteinander sprechen*“).

Im Anschluss an den Rückblick wurde von den Workshop-Teilnehmenden zusammengetragen, **was im Projekt nicht gelöst** bzw. **welche Fragen, Themen und Problembereiche außerhalb des Projekts** liegen und im Rahmen des Projekts **nicht beantwortet werden konnten**. Dazu wurden Moderationskärtchen geschrieben und im Anschluss diskutiert. Einige Beispiele sind:

- Die **Versäulung der Leistungssysteme** ist derzeit praktisch nicht lösbar (unterschiedliche Leistungskataloge; fehlende Schnittstellen). Dies ist ein Hemmnis für flexible und bedarfsgerechte Angebote. Entsprechend gelingt auch die **Verzahnung** unterschiedlicher Leistungen nach wie vor schwer. Aus diesem Grund muss das Thema auch von der Politik angegangen bzw. gelöst werden; entsprechende gesetzliche Änderungen sind notwendig (allerdings wird auch darauf verwiesen, dass die Umsetzung des BTHG's erst am Anfang steht).
- **Informationsstand** von Menschen mit Behinderung bzw. deren Angehörigen bezüglich des Themas „**Pflege**“ ist häufig gering; außerdem sehen diese sich einer extrem hohen Komplexität der Versorgungsstrukturen gegenüber, so dass eine (externe) Beratung meist noch notwendig ist. Hierbei wird auch herausgestellt, dass die Beteiligung der **Pflegekassen**

noch zu gering sei. Es fehlen etwa Kontaktstellen. Außerdem sollten die Pflegekassen mehr in das Gesamtplanverfahren einbezogen werden.

- **Besondere Wohnformen** wurden im Rahmen des Projekts von vorneherein nicht berücksichtigt; hier existiert eine Erfahrungs- und Wissenslücke. In diesem Zusammenhang wurde auch erwähnt, dass mehr Wissen zum **Thema Übergänge** (z.B. zwischen Wohnformen) vorliegen müsste.
- Es ist in Zukunft zudem ein Anstieg des Pflegebedarfs bei Menschen mit Behinderung, die **zu Hause leben wollen**, zu erwarten. Hier sind Möglichkeiten auszuloten (Verzahnung Leistungen).
- Der **Fachkräftemangel** wird in Zukunft, auch für dieses Vorhaben, ein Problem darstellen.
- In der aktuellen (generalistischen) **Ausbildung** sowie in bestehenden **Schulungsangeboten** wird das Thema noch zu wenig aufgegriffen.
- Zentrale Frage ist: Wie werden aus den im Rahmen des Projekts entwickelten Ideen (Case Management, Dienstleistungsangebote der Pflegedienste, Workshop) **Regelangebote**. Ziel sollte eine **Weiterführung** der Angebote und Schulungen sein.

Um **Nachhaltigkeit** zu sichern, sollten die Teilnehmenden dann selbst eigene Vorschläge einbringen, die ebenfalls auf Moderationskärtchen festgehalten wurden. Folgende Vorschläge können hier exemplarisch genannt werden:

- Sinnvoll wäre eine **Handreichung** für Betroffene bzw. deren Angehörige und/oder gesetzliche Vertretungen (diese sollte auch auf der Webseite eingestellt werden).
- Das Instrument der „**Fallvignette**“ könnte im Rahmen von Gesamtplanverfahren genutzt werden.
- Personen, die die Rolle des Case Managements übernehmen, sollten **entsprechend qualifiziert werden** (interdisziplinäre Qualifikation). Zudem muss das **Portfolio an Unterstützungsmöglichkeiten** dem Case Management bekannt sein. Hier könnte auch der **Pflegestützpunkt** das Case Management beratend unterstützen.
- Generell ist eine **bessere Vernetzung der relevanten Akteure** anzustreben. Ziel sollte eine gute Zusammenarbeit über die Sektorengrenzen hinweg sein (ausgehend vom Bedarf des Menschen mit Behinderung und Pflegebedarf). Auch die Rolle von (Fach-)Ärzten ist hier mitzudenken.
- Das Case Management (z.B. koordinierende Bezugsperson) sollte eng(er) mit dem Fallmanagement beim Leistungsträger **zusammenarbeiten**.
- Diskutiert wurde auch **flexibles Budget** (über alle Leistungssysteme hinweg) zur Finanzierung verschiedener Leistungen.
- Anzustreben sind zudem Impulse für **Angebotsentwicklung**; beispielsweise könnten auch Konzepte für **inklusive Angebote** entwickelt werden (z.B. Angebote für pflegebedürftige Menschen mit und ohne Behinderung; ebenso offene Angebote, Angebote für Tagespflege, usw.)
- Das Thema sollte stärker in die (generalistische) **berufliche Aus- und Weiterbildung** einfließen. Insgesamt sind hierbei auch interdisziplinäre Weiterbildungsmöglichkeiten anzubieten sowie Aufklärung und entsprechende Workshops (dem Dialog zwischen EGH und Pflege wird hier eine wichtige Bedeutung zugemessen). Ein Vorschlag war auch, Einrichtungen der EGH als Einsatzorte in der generalistischen Pflegeausbildung mit zu denken.
- Verstetigung - **nach einem Jahr** sollten die Entwicklungen und Anstrengungen **nochmals evaluiert werden**, um feststellen zu können, wie nachhaltig die Verstetigung war.

- Zudem sei eine **verbesserte Datenqualität** anzustreben.
- Das Thema sollte zum Zwecke des Transfers auch in den **Landespflegeausschuss** eingespeist werden.

10.4 Zusammenfassung und Einordnung der Ergebnisse

Die **Bestandsanalyse** zeigt in einem Dreijahreszeitraum (2018 bis 2021) eine leichte Zunahme an Leistungsnutzenden im ambulant betreuten Bereich mit geistiger oder seelischer Behinderung (+8%). Fast 60% aller erfassten Personen verfügt über einen **Pflegegrad**, in den meisten Fällen handelt es sich dabei um den Pflegegrad 2. Damit hat sich der **Anteil der Personen mit einem Pflegebedarf** von ca. 54% im Jahr 2018 auf 58% im Jahr 2021 **erhöht**. Entsprechend ist auch der **Versorgungsbedarf an pflegerischen Leistungen** quantitativ gesehen angestiegen. Allerdings gibt es keinen Zusammenhang zwischen dem Alter und dem Pflegegrad; die Gruppe mit dem höchsten Pflegegrad (PG 5) ist sogar die jüngste Altersgruppe. Eine genauere Analyse zeigt hingegen, dass es **zwischen dem Pflegegrad und der Art der Behinderung** (in diesem Falle: geistige Behinderung) deutlichere Zusammenhänge gibt. Die Befunde zeigen also, dass auch bei **jüngeren Menschen ein Pflegegrad** vorliegen kann, was insofern eine wichtige Rolle spielt, da es sich um Menschen im **erwerbsfähigen Alter** handelt, die eventuell einer Beschäftigung nachgehen (z.B. in einer WfbM). Damit sind sie zeitlich unflexibler als verrentete Personen, was sich auf die Frage der Einsatzzeiten von ambulanten Pflegediensten auswirkt.

Alles in allem verdeutlicht diese Auswertung, dass von einem steigenden Anteil an Menschen mit geistiger und/oder seelischer Behinderung mit Pflegebedarf, die in der eigenen Häuslichkeit im Rahmen von EGH-Leistungen betreut werden, auszugehen ist. Dabei handelt es sich aber keinesfalls nur um ältere Menschen, sondern auch um Menschen im erwerbsfähigen Alter, so dass eine entsprechende zeitliche Flexibilität bei der Erbringung der Pflegeleistungen erforderlich ist.

Im Rahmen der **Bedarfsanalysen** wurden dann drei verschiedene Erhebungen mit Hilfe qualitativer Interviews durchgeführt. Dabei wurden Mitarbeiter:innen der beiden Leistungserbringer BruderhausDiakonie, Samariterstiftung und des Vereins für Sozialpsychiatrie, ausgewählte Expert:innen sowie Nutzer:innen von Leistungen der beteiligten Leistungserbringer befragt. Die Befunde werden im Folgenden kurz zusammengefasst.

- In den **Interviews mit den Mitarbeiter:innen** wird die Problemlage, in der sich Menschen mit geistiger bzw. seelischer Behinderung und hinzukommenden Pflegebedarf oft befinden deutlich. Viele der befragten Mitarbeiter:innen arbeiten an der Basis in der unmittelbaren Klient:innen-Versorgung und verfügen über eine große Berufserfahrung. Die besonderen Bedürfnisse der Klient:innen können in der aktuellen Situation **zu wenig berücksichtigt werden**. Unter den vielen Lösungsideen und -hinweisen wurden insbesondere die **Verbesserung der interprofessionellen Zusammenarbeit**, ein eng am Klienten wirksames **Case Management** und **Qualifizierungsbedarfe bei beiden Berufsgruppen** (der Pflege und EGH) aufgezeigt. Letzteres bezog sich neben der Fachlichkeit auch auf die unterschiedlichen Berufsverständnisse, grundsätzlichen Haltungen und Berufsparadigma. Hier sei die Förderung des gegenseitigen Kennenlernens und Bewusstwerdung aus Sicht der Befragten ein entscheidender Faktor. Daneben wurden immer wieder Versorgungsengpässe, insbesondere bei den Pflegediensten, Mangel an geeigneten Wohnformen sowie gesundheitspolitische (Bürokratie, Versäulung, Spartendenzen) bzw. gesellschaftliche Defizite (Unwissenheit und Desinteresse) angesprochen.

- Die **Interviews mit den Expert:innen** bestätigen zunächst, was auch in der Bestandsanalyse deutlich wird: Es ist von einer **weiter steigenden Anzahl an Menschen mit Behinderung und Pflegebedarf** in **ambulant betreuten Settings** auszugehen. Diese Entwicklung, gepaart mit Einschätzungen zur fehlenden Verfügbarkeit entsprechend spezialisierter Pflegedienste vor Ort, könnte die **Versorgungssituation, insbesondere im ländlichen Raum, deutlich erschweren**.

Allerdings wird in den Expert:innen-Interviews auch deutlich, dass Umzüge ins stationäre Wohnen durch eine **passgenaue Unterstützungsplanung** vermieden werden können. Voraussetzung hierfür ist jedoch, dass diese Planung im besten Fall von einer Koordinierenden **Bezugsperson** systematisch initiiert und moderiert wird („**Case-Management**“). Als herausfordernd wird jedoch beschrieben, einen passenden Pflege- oder Haushaltsdienst zu finden. Ferner müssen eventuell weitere (personelle) Ressourcen einbezogen werden, etwa Partner:innen oder Familienangehörige. Besonderes Gewicht hat jedoch die Frage, ob und inwiefern örtliche Pflegedienste die **Möglichkeit** für solche Pflegeeinsätze haben und über die **nötige Qualifikation im Umgang mit Menschen mit Behinderung** verfügen. Der Aufbau einer Kooperation zwischen EGH und Pflege macht eventuell **gemeinsame Schulungen** (auch um die jeweilige Profession besser kennenzulernen) notwendig.

- Die **Nutzer:innen-Interviews** ermöglichten hingegen einen **lebensweltorientierten Einblick** in die Wohn- und Lebenssituation sowie insbesondere im Hinblick auf die Wünsche aber auch Sorgen und Nöte der befragten Menschen mit Behinderung. Es wurde deutlich, dass sich der **Unterstützungs- und damit auch Pflegebedarf** aufgrund **fortschreitender Erkrankungsfolgen erhöht**. Diese Erhöhung bewirkt vereinzelt auch **Sorgen**, ob und inwiefern eine Versorgung in der bisherigen Wohnsituation adäquat aufrechterhalten werden kann. Auf der anderen Seite wird deutlich, dass sich alle Befragten **einen Erhalt des bisherigen Status quo**, d.h. ihrer Wohn- und Lebenssituation, wünschen. Unzufriedenheiten beziehen sich eher auf soziale Faktoren (z.B. Mitbewohner:innen), bauliche Mängel der Wohnung oder auf mangelnde soziale Teilhabe (im Sozialraum). Ein **Einbezug eines Pflegedienstes** kann hierbei zum Erhalt der aktuellen Wohnsituation und zur gewünschten selbstständigen Lebensführung beitragen. Damit kann auch dem **„Sicherheitsgefühl“** der Betroffenen entsprochen werden, weil diese Menschen das Gefühl haben, dass sich qualifizierte Pflegekräfte um medizinisch relevante Dinge „kümmern“. Gerade diese zentrale Bedeutung eines subjektiv so bedeutsamen **Sicherheitsgefühls** kollidiert jedoch häufig mit der **alltäglichen Praxis der Pflegedienste**, weil die zur Verfügung stehende Zeit völlig konträr zu den Erwartungen der Betroffenen ist. Dies führt mitunter zu Unzufriedenheit.

Auf Basis dieser Erkenntnisse von **Bestands und Bedarfsanalysen** wurde dann eine **Fortbildung** entwickelt, in dessen Rahmen Fachkräfte aus **drei verschiedenen Berufsgruppen** – Eingliederungshilfe, Altenhilfe und Fallmanagement – sich zusammen mit der Thematik „Menschen mit Behinderung und Pflegebedarf“ beschäftigen sollten. Im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung wurde der Workshop **„EGH und Pflege together“** im Nachgang in Form einer **Online-Befragung evaluiert**. Die Evaluationsergebnisse sind insgesamt äußerst positiv. Der wesentliche Nutzen wird vor allem im **gegenseitigen Verständnis** für die **Arbeitsweise bzw. Fachlichkeit der jeweils anderen Profession** gesehen. Daneben wird auch die Vermittlung der Bedeutung und des Ablaufs von **Case-Management** positiv beurteilt und die Teilnehmenden haben augenscheinlich ein höheres Bewusstsein für **eine gute Kooperation** zwischen EGH und Pflege entwickelt. Der besondere Gewinn wurzelt nach Angaben der Teilnehmenden vor allem im **„Erfahrungsaustausch**

mit der anderen Profession“ und im Hinblick auf das *„gegenseitige Verständnis“*. Die Methode *Fallvignette* sowie die *Hospitationen* scheinen sich zudem bewährt zu haben und wurden als wichtig und sinnvoll erachtet. Alles in allem war der Workshop ein *großer Erfolg*, was sich auch in den hohen Zustimmungswerten zur Frage der *Weiterempfehlung* zeigt.

Neben der Evaluation des Workshops „EGH und Pflege together“ wurde auch das *Case Management* im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung evaluiert. Hier zeigte sich ganz klar, dass ein Case Management wichtig und sinnvoll ist. Der *Mehrwert dieses Case Management* wurzelt darin, dass ein (sonst notwendiger) Umzug in eine *besondere Wohnform verhindert werden kann*. Die beschriebenen Fälle verdeutlichen, dass eine Unterstützung organisiert werden kann, wenn *entsprechende Klärungsprozesse* erfolgen. Diese Lösung ist durchaus auch für andere Personen denkbar, allerdings muss das Hilfesystem stets an diese spezielle Situation angepasst werden: So spielt es beispielsweise im Falle von Frau B eine wichtige Rolle, dass auch der *Partner in die Pflege einbezogen ist* (er übernimmt vor allem die Hilfe beim nächtlichen Toilettengang).

Das *Kernproblem* bei einem solchen Case Management besteht jedoch vor allem im *Finden und Beauftragen eines geeigneten Pflegedienstes*, wobei die *zeitliche Flexibilität* eine wesentliche Rolle spielt. So sind viele Menschen mit Behinderung und Pflegebedarf durchaus noch *berufstätig* (etwa in einer WfbM), so dass sie *tagsüber nicht zuhause sind*. Dies erfordert Pflegezeiten, die für die Einsatzplanung von Pflegediensten möglicherweise schwierig sind. Daneben ist es Menschen mit Behinderung unter Umständen wichtige, dass *immer die gleichen Personen die Pflegedienstleistung übernehmen* und sich auch *mehr Zeit* für die Belange der Menschen nehmen.

Die Analyse der drei Fälle verdeutlicht daher, wie elementar wichtig es ist, einen *geeigneten Pflegedienst* zu finden, der auch die Möglichkeit hat, diese pflegerischen Aufgaben zu übernehmen. Demnach bestehen die Herausforderungen in folgender Hinsicht:

- Die Pflege von Menschen mit Behinderung ist *zeitintensiver*, weil man mehr auf die Menschen eingehen muss und eine Anleitung erfolgen sollte; diese Zusatzarbeit sollte aber vergütet werden (knappes Zeitbudget), denn das Problem ist, dass man die Leistung bezahlt bekommt und nicht die Zeit.
- Pflegekräfte verfügen nicht über die nötige *Ausbildung* bezüglich der Pflege von Menschen mit Behinderung
- Unabhängig davon ließen sich Hinweise finden, dass die *Bereitschaft von Pflegediensten* nicht nur wegen der Zeitknappheit *gering ist*, sondern weil manche Pflegekräfte die Pflege dieser Menschen aber auch *nicht gerne übernehmen wollen*. Hier gibt es *Berührungängste und Widerstände*. Auch sehen die Pflegefachkräfte es nicht als ihre Aufgabe an, Menschen mit Behinderung zu pflegen.

Der im Frühjahr 2021 durchgeführte *360 Grad-Workshop* verdeutlichte zum Abschluss des Projekts deutlich, dass leistungsrechtliche Hürden eine große Bedeutung für die nachhaltige Umsetzung der Projektergebnisse haben (*„Versäulung“*). Diese außerhalb des Projekts liegenden Hürden sind politisch zu lösen und erfordern entsprechende Anstrengungen. Ohne diese Anstrengungen zur Überwindung der Versäulung wird sich die ambulante Versorgung von Menschen mit Behinderung und (entstehendem) Pflegebedarf nach wie vor schwierig gestalten und langwierige Klärungsprozesse erfordern.

10.5 Literaturverzeichnis

Franke, A. (2019): Interviewleitfaden Bedarfsanalyse: Expert:innen.

Franke, A. (2019): Interviewleitfaden Bedarfsanalyse: Fachkräfte / Mitarbeitende.

Franke, A. (2019): Interviewleitfaden Bedarfsanalyse: Klient*innen.

Mayring, P. (2002): Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zum qualitativen Denken (5. Auflage). Beltz, Weinheim und Basel.

Mayring, P. (2015): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken (12. Ausgabe). Beltz, Weinheim und Basel.

Peters, D. H., Nhan T. T., Taghreed A. (2013): Implementation Research in Health: A Practical Guide, WHO

11. Fazit und Ausblick

Mit der Durchführung des Projekts „BaP“ ist es gelungen, Lösungen zu entwickeln, die dazu beitragen, dass Menschen mit einer geistigen oder seelischen Behinderung und einem Pflegebedarf, bedarfsgerechter betreut und gepflegt werden. Damit können Voraussetzungen geschaffen werden, die es diesem Personenkreis ermöglichen, auch bei einem veränderten Bedarf, weiterhin in der eigenen Häuslichkeit leben zu können, wenn dies ihrem Wunsch entspricht. Damit wurde ein wichtiger Beitrag auf dem Weg zu einem inklusiven Landkreis geleistet.

Für die Schaffung der dafür notwendigen Voraussetzungen bedarf es der Beteiligung unterschiedlicher Dienste und Institutionen. Im Projekt war es möglich, diese Beteiligungen zu bündeln, da mit dem Landkreis Reutlingen, der BruderhausDiakonie und der Samariterstiftung drei Partner kooperierten, die ihre jeweilige Expertise in das Entwickeln von neuen Herangehensweisen eingebracht haben.

Die Gegebenheit, dass sowohl die BruderhausDiakonie als auch die Samariterstiftung mit den Bereichen Behindertenhilfe/Sozialpsychiatrie und der ambulanten Pflege im Projekt vertreten waren, ermöglichte eine Annäherung der beiden Fachbereiche.

Die weitere Umsetzung des BTHGs konnte im Projekt positiv genutzt werden, da das Fallmanagement - das die Gesamtverantwortung für die Bedarfsermittlung und das Gesamt-/Teilhabeplanverfahren trägt- im Workshop „EGH und Pflege together“ beteiligt war. Damit hat auch eine Annäherung dieses Bereiches an die Leistungserbringer der Behindertenhilfe/Sozialpsychiatrie und der ambulanten Pflege stattgefunden.

Es wurde deutlich, dass eine bedarfsgerechte Betreuung und Versorgung im Einzelfall dann am besten gelingt, wenn diese drei Bereiche kooperieren.

Weiterhin konnte aufgezeigt werden, von welcher zentralen Bedeutung die Funktion des Case Managements ist. Damit ist es möglich Leistungen so aufeinander abzustimmen, dass Arrangements entstehen, die dem komplexen Bedarf dieses Personenkreises entsprechen.

Die Projektpartner sehen als ihre Aufgaben an, die im Projekt erzielten Ergebnisse in den Regelbetrieb zu übernehmen. Damit wird es mehr Menschen mit einer Behinderung ermöglicht, optimierte Bedingungen für ihre Lebenssituation zu erhalten, wenn sie einen Pflegebedarf haben oder entwickeln.

Durch die Implementierung des jährlichen Workshops „EGH und Pflege together“ ist es möglich, eine größere Zahl von Mitarbeiterinnen anzusprechen, als dies im Rahmen des Projekts der Fall war. Damit wird ein wichtiger Beitrag geleistet, um die Fachlichkeit der Mitarbeiterinnen an zukünftigen Fragestellungen und Herausforderungen, wie sie bspw. das BTHG und der demografische Wandel mit sich bringen, auszurichten.

Auf der Ebene der Leistungsbeantragung und -gewährung ist es nicht gelungen die Versäulung der Systeme aufzuheben oder die Sektorengrenzen zu überwinden. So stehen weiterhin zwei unterschiedliche Systemlogiken des SGB IX und des SGB XI nebeneinander. Dies bedeutet im Bedarfsfall einen hohen bürokratischen Aufwand. Hier wäre es wünschenswert, dass durch strukturelle Veränderungen Verbesserungen erzielt werden.

Insgesamt hat das Projekt dazu beigetragen, Lösungen zu entwickeln, die die Versorgung der Menschen mit einer Behinderung und einem Pflegebedarf verbessern. Das Thema Pflege an der Schnittstelle EGH ist auch über das Projekt hinaus aktuell und beinhaltet weitere Fragestellungen. Deren Bearbeitung kann auch zukünftig zu einer weiteren Verbesserung der Versorgungsqualität führen.

12. Anhang

12.1 Case Management

12.1.1 Handreichung zum Case Management

Handreichung zum Case Management

Die vorliegende Handreichung wurde im Rahmen des Projekts „Barrierefreie Pflege“ (BaP) entwickelt. Projektpartner waren der Landkreis Reutlingen, die BruderhausDiakonie und die Samariterstiftung. Das Projekt „BaP“ wurde unterstützt durch das Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg aus Mitteln des Landes Baden-Württemberg.

1. Einleitung

Die Versorgungssituation von Menschen mit Behinderung und Pflegebedarf, die in der eigenen Häuslichkeit leben, ist bislang so gestaltet, dass die Leistungen, die sie aus verschiedenen Systemen (SGB IX⁸, SGB V und SGB XI) erhalten, nebeneinander erbracht werden. Die Unterstützungsleistungen sind häufig nicht systematisch aufeinander abgestimmt. Damit besteht die Gefahr, dass nicht alle zustehenden Leistungen abgerufen werden oder diese nicht passgenau und koordiniert eingesetzt werden.

Im Bundesteilhabegesetz § 117 SGB IX ist geregelt, dass bei der Bedarfsermittlung und dem Gesamtplanverfahren verschiedene Leistungsträger eingebunden werden.

Um die verschiedenen Stellen der Leistungserbringer und der Leistungsträger miteinander zu vernetzen, werden im vorliegenden Konzept Wege beschrieben, wie mit der Methode des Case Managements bedarfsgerechte Lösungen entwickelt werden können. Das Case Management ermöglicht, dass die Organisation und Koordination der Leistungen von einer Person verantwortlich gesteuert wird.

2. Case Management im Gesamtkontext des Leistungssystems

Die Methode des Case Managements ist ein zielgerichtetes Verfahren, das in komplexen Versorgungssituationen angewendet wird. Der Schwerpunkt liegt dabei auf der Organisation und Koordination verschiedener Leistungen. In enger Abstimmung mit dem/der Klient*in, übernimmt der/die Case Manager*in verantwortlich die Aufgabe, die Situation einzuschätzen, Beratung in Anspruch zu nehmen und ggf. die Leistungsbeantragung zu veranlassen. Im Weiteren organisiert und koordiniert er/sie die Maßnahmen verschiedener Leistungserbringer. Er/sie ist für alle relevanten Akteur*innen verbindliche/r Ansprechpartner*in.

Dabei ist zu beachten, dass die Verantwortung für den Gesamtprozess beim Fallmanagement des Leistungsträger liegt, wenn Leistungen der Eingliederungshilfe beantragt und bezogen werden. Er/sie ermittelt den Bedarf und erstellt gemeinsam mit dem/der Klient*in den Gesamt-/Teilhabeplan.

⁸ Dies gilt auch für Menschen, die Leistungen in der Eingliederungshilfe in Anspruch nehmen, aber auf Grund ihrer Vermögenssituation keine Leistungen nach SGB IX beziehen (Selbstzahler*innen).

Die Case Management-Funktion kann von verschiedenen Stellen übernommen werden. Im Regelfall ist dies der/die Mitarbeiter*in, der mit der Bedarfssituation des/der Klient*in durch die Betreuung, Pflege oder Beratung am meisten betraut ist.

Für Klient*innen, die noch keine Leistungen der Behindertenhilfe oder Sozialpsychiatrie erhalten, kann dies von der EUTB, dem PSP, der ambulanten Pflege oder der gesetzlichen Betreuung übernommen werden. Für Klient*innen, die bereits Leistungen der Behindertenhilfe oder Sozialpsychiatrie erhalten, übernimmt die koordinierende Bezugsperson das Case Management.

Die Einbettung des Case Managements soll in folgendem Schaubild dargestellt werden:

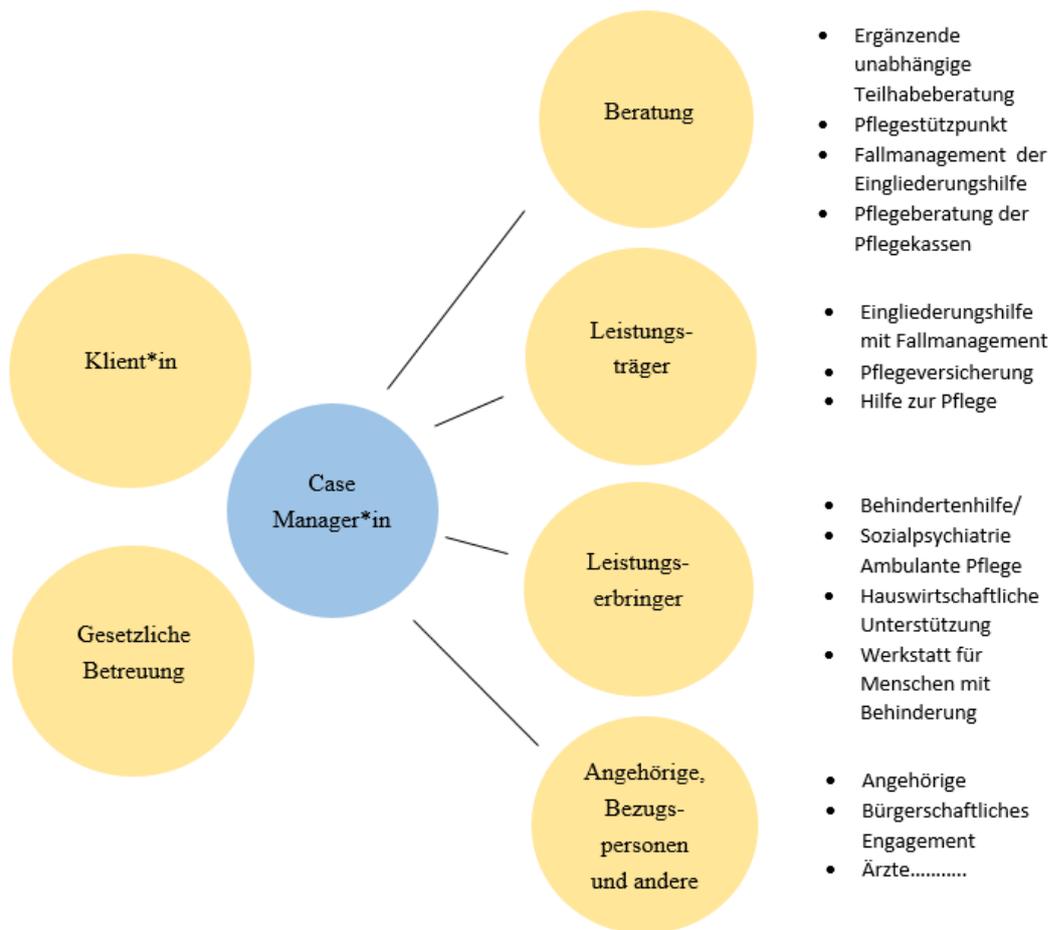


Abbildung 6 Case Management im Kontext es Leistungssystems

3. Ziele des Case Managements

- Der Wunsch des /der Klient*in der eigenen Häuslichkeit zu leben, ist erfüllt. Er/sie erhält dafür die notwendigen, bedarfsgerechten und individuell zugeschnittenen Leistungen der Eingliederungshilfe und der Pflege. Die Leistungen sind aufeinander abgestimmt.
- Der Wunsch des /der Klient*in aus einer besonderen Wohnform, dem Elternhaus oder einer Pflegeeinrichtung in die eigene Häuslichkeit zu wechseln, ist erfüllt. Er/sie erhält dafür die notwendigen, bedarfsgerechten und individuell zugeschnittenen Leistungen der Eingliederungshilfe und der Pflege. Die Leistungen sind aufeinander abgestimmt.
- Der/die Klient*in hat eine feste Ansprechperson, die die zu erbringenden Leistungen koordiniert und mit den relevanten Akteuren abstimmt.

4. Rollen und Funktionen im Case Management-Prozess

Im Case Management –Prozess können verschiedene Stellen und Personen in unterschiedlichen Rollen und Funktionen beteiligt sein. Dies richtet sich an der individuellen Lebens- und Bedarfssituation des/der Klient*in aus. Im weiteren werden die verschiedenen Stellen näher beschrieben.

4.1. Fallmanagement

Das Fallmanagement ist beim Träger der Eingliederungshilfe angesiedelt. Im obliegt die Leistungsverantwortung bei Vorliegen der Voraussetzungen nach §15 SGB IX. Das Fallmanagement ist für die Gesamt- und Teilhabeplanung verantwortlich.

4.2. Koordinierende Bezugsperson als Case Manager*in

Wenn Klient*innen Leistungen der Eingliederungshilfe zur Teilhabe in Anspruch nehmen, erhalten sie qualifizierte Assistenzleistungen die Behindertenhilfe oder Sozialpsychiatrie. Für jede/n Klient*in ist ein/e Bezugsmitarbeiter*in benannt, die im Prozess als koordinierende Bezugsperson fungiert und die Teilhabe relevanten Bedarfe in den Blick nimmt..

Die Funktion des/der Bezugsmitarbeiter*in wird auf die Rolle des/der Case Manager*in ausgeweitet, wenn verschiedene Leistungserbringer bei einem/einer Klient*in tätig sind. Diese Funktion wird in der Regel von einer Fachkraft der Behindertenhilfe oder Sozialpsychiatrie übernommen.

4.3. Sonstige Personen als mögliche/r Case Manager*in

Leben Menschen in der eigenen Häuslichkeit und erhalten keine Leistungen der Eingliederungshilfe, wird die Funktion des Case Managements von der Person übernommen, die durch ihre Tätigkeit mit der Bedarfssituation vertraut ist.

Wenn sich die Situation so entwickelt, dass zur bedarfsgerechten Gestaltung Leistungen zur Teilhabe beantragt und gewährt werden, geht die Case Management-Funktion an die koordinierende Bezugsperson der Behindertenhilfe oder Sozialpsychiatrie über.

Im Folgenden werden verschiedene Stellen und Personen beschrieben, die diese Funktion im Bedarfsfall übernehmen können.

- EUTB

Die EUTB berät Klient*innen bei Fragen rund um das Thema Teilhabe. Wenn ersichtlich ist, dass auch andere Leistungen, wie eine pflegerische Versorgung, für eine bedarfsgerechte Gestaltung der Situation notwendig sind, übernimmt die EUTB die Case Management –Funktion und erstellt einen Versorgungsplan. Dabei kooperiert sie bei Bedarf mit dem PSP.

- PSP

Der PSP berät Klient*innen bei Fragen rund um das Thema Pflege. Wenn ersichtlich ist, dass auch andere Leistungen, wie Leistungen zur Teilhabe, für eine bedarfsgerechte Gestaltung der Situation notwendig sind, übernimmt der PSP die Case Management –Funktion und erstellt einen Versorgungsplan. Dabei kooperiert sie bei Bedarf mit der EUTB.

- Mitarbeiter*In des ambulanten Pflegedienstes

Bei Menschen, die in der eigenen Häuslichkeit leben und die nur Leistungen der ambulanten Pflege, erhalten, kann die Funktion des Case Managements von Mitarbeiter*innen des ambulanten Pflegedienstes übernommen werden. Sie kooperieren bei Bedarf mit dem PSP oder der EUTB.

- Gesetzliche Betreuung

Bei Menschen, die keine Leistungen der Eingliederungshilfe oder Pflege beziehen, kann die Case Management-Funktion von der gesetzlichen Betreuung übernommen werden. Dies kann unabhängig davon auch der Fall sein, wenn er/ sie am meisten mit der Situation vertraut ist. Sie kooperiert bei Bedarf mit dem PSP oder der EUTB.

5. Aufgaben des/der Case Manager*in

5.1. Leistungsplanung

Auf Basis der genehmigten Leistungen erfolgt gemeinsam mit dem/der Klient*in die Planung der Maßnahmen. (Leistungen zur Teilhabe, Leistungen des ambulanten Pflegedienstes, Haushaltsnahe Dienstleistungen, ...)

5.2. Wissen um die aktuelle Situation/ Vernetzung der beteiligten Dienste und Personen

Der/die Case Manager*in ist Anlaufstelle für alle anderen in der Betreuung und Pflege tätigen Leistungserbringer, aber auch für Angehörige und andere wichtige Personen.

Bei ihm/ihr werden die Einschätzungen zum Befinden, zu Veränderungen oder Besonderheiten gebündelt. Er/ sie organisiert ihm Bedarfsfall einen interdisziplinären Austausch. Bei gesamtplanrelevanten Veränderungen wird das Fallmanagement informiert.

5.3. Begutachtung durch den Medizinischen Dienst und Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI

Bei Begutachtungen durch den Medizinischen Dienst zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nimmt der/die Case Manager*in teil, um den/die Klient*in bei der Darstellung seines Bedarfs zu unterstützen. Ebenso nimmt er/sie an den Beratungsbesuchen durch den ambulanten Pflegedienst teil. Er/sie bringt ihre Sichtweise der Versorgungssituation mit ein und nimmt andererseits Empfehlungen zur Verbesserung der Versorgungssituation auf und wirkt an der Umsetzung mit.

5.4.Schnittstelle zum Leistungsträger

Da das Case Management als gemeinsamer Prozess der Leistungsträger und der Leistungserbringer verstanden wird, informiert der/die Case Manager*in den/die Fallmanager*in über den Verlauf.

Im Rahmen der Zielauswertung wird mit dem/der Klient*in die Wirkung der ergriffenen Maßnahmen evaluiert und dem Fallmanager*in zurückgemeldet.

Im Rahmen der Zielauswertung wird gemeinsam mit dem/der Klient*in evaluiert, ob die ergriffenen Maßnahmen passend zum Bedarf sind und die vereinbarten Zielen damit erreicht werden können. Dies findet regelhaft statt, wenn die Kostenzusage für die bewilligten Maßnahmen ausläuft. Der Zeitraum dafür beträgt längstens zwei Jahre. Zeigt sich außerhalb dieses vereinbarten Turnus, dass die vereinbarten Maßnahmen nicht zur Situation des/der Klient*in passen, informiert der/die Case Manager*in den/die Fallmanager*in. Dies kann der Fall sein, weil sich die Bedarfssituation im Bereich der Teilhabe und/oder der Pflege verändert. Wenn ein Antrag auf Erhöhung des Pflegegrades gestellt wird, wird der/die Fallmanager*in informiert.

6. Prozessbeschreibung anhand eines Fallbeispiels

Das Case Management ist ein Prozess, der in einem Regelkreis von 6 Phasen dargestellt wird.

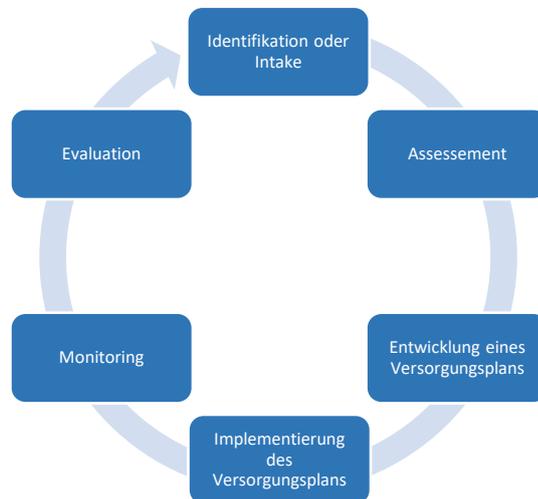


Abbildung 7 Regelkreis des Case Managements

Anhand eines Fallbeispiels soll die Anwendung modellhaft skizziert werden. Herr Meier, der Leistungen aus SGB IX, SGB XI und SGB V bezieht.

➤ Versorgungssituation

Herr Meier ist 65 Jahre alt, hat eine geistige Behinderung und lebt alleine in einer 1-Zimmer-Wohnung in einem Mehrfamilienhaus.

Er bezieht folgende Leistungen in Form von:

1. Qualifizierte Assistenz durch die Behindertenhilfe an 3 Terminen in der Woche (SGB IX)
2. Pflegesachleistungen durch einen ambulanten Pflegedienst indem er 1x wöchentlich Hilfe beim Duschen erhält. (SGB XI)
3. Haushaltsnahe Dienstleistungen, indem 1x wöchentlich die Wohnung gereinigt wird. (Entlastungsbetrag SGB XI)
4. Häusliche Krankenpflege, indem 1 x täglich die Verabreichung der Medikamente durch den Ambulanten Pflegedienst erfolgt. (SGB V)

➤ Herausforderung in der Versorgungssituation:

Nach einem Sturz mit einer Oberschenkelhalsfraktur ist er in seiner Gehfähigkeit stark eingeschränkt.

Außerdem kommt es zu einer verstärkten Unruhe und Ängsten, da die gewohnten Alltagsabläufe, inkl. Einkauf, Essenszubereitung nicht mehr wie gewohnt ablaufen.

Herr Meier möchte trotz der Einschränkungen weiterhin in seiner Wohnung leben.

Der Case Management-Prozess könnte in diesem Fall so gestaltet werden^{9 10}

Case Management Prozess	Wer ist verantwortlich	Wer ist beteiligt	Aufgaben
1. Identifikation	Case Manager*in der EGH und /oder Mitarbeiter*in der ambulanten Pflege		-Wahrnehmen der Bedürfnisse /Versorgungsdefizite des Klienten -Aktivierung der vorhandenen Ressourcen und Fähigkeiten zur Selbstbestimmung und Autonomie
2. Assessment	Case Manager*in der EGH Herr Meier, bzw. Ges. Betreuung	Fallmanager*in EUTB Pflegestützpunkt Fallmanager*in der EGH	-Zusammenführen der Einschätzungen von: Herrn Meier, der beteiligten Dienste, der EGH, der ambulanten Pflege sowie der hauswirtschaftlichen Versorgung- -Klärung: Entsprechen gewährte Leistungen der Versorgungssituation? -Information an den/die Fallmanager*in -Beratung zur Verbesserung der Versorgungssituation. Bei anhaltendem veränderten Bedarf: Antrag ans Fallmanagement zur Überprüfung des Bedarfs und der entsprechenden Leistungen
3. Entwicklung des Versorgungsplans	Fallmanager*in	Case Manager*in Pflegekasse Ggfs. Sozialamt Case Manager*in, Mitarbeiter*in der Pflege, b. B. andere Akteure	-Durchführung der Bedarfsermittlung und des Gesamtplanverfahren auch unter Einbeziehung der Pflegekasse und ggfs. Hilfe zur Pflege -Wenn im Gesamtplanverfahren keine Lösung für die Versorgungssituation gefunden

⁹ Bei allen beschriebenen Prozessschritten wird das Einverständnis von Herr Meier vorausgesetzt und nicht einzeln erwähnt

Aus Gründen der Übersichtlichkeit werden Abkürzungen verwendet: EGH=Eingliederungshilfe
EUTB= Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung

¹⁰ Die Begriffe Identifikation, Assessment, Entwicklung des Versorgungsplans, Implementierung des Versorgungsplans, Monitoring und Evaluation beziehen sich auf den unter 3. „Definition Case Management“ beschriebenen Regelkreis

		ggfs. andere Leistungserbringer/-Träger	wird, wird ein Gesamtplangespräch ¹¹ einberufen. - Bei Vorliegen der Voraussetzungen für den Bezug von Leistungen der EGH, der Pflegekasse oder Hilfe zur Pflege Bewilligung der notwendigen Leistungen. -Festlegung von zusätzlichen Maßnahmen zur Zielerreichung wie z.B. Hilfsmittel, Hausnotruf, Essen auf Rädern Umbaumaßnahmen zum barrierefreien Wohnen ...
4.Implementierung des Versorgungsplans	Case Manager*in	Alle beteiligten Leistungserbringer	-Umsetzung der bewilligten Maßnahmen zur Teilhabe und zur pflegerischen Versorgung -Planung und Koordination der Leistungen der beteiligten Dienste - Organisation von zusätzlichen Maßnahmen, wie z.B. Hilfsmittel, Hausnotruf, Essen auf Rädern Umbaumaßnahmen zum barrierefreien Wohnen ...
5.Monitoring	Koordinierende Bezugsperson	Fallmanager*in	-Einschätzung der Versorgungssituation durch Zufriedenheitsabfrage von Herrn Meier und Einschätzung der beteiligten Dienste -Information an Fallmanager*in.
	Fallmanager*in		Ggfs. Anpassung des Versorgungsplans (S. Punkt 3)
6.Evaluation	Fallmanager*in		Beurteilung der Situation: Wurden Ziele mit den ergriffenen Maßnahmen erreicht? Gesamtbeurteilung der Situation: Entsprechen vorhandene Leistungsangebote dem Bedarf oder müssen diese weiter entwickelt werden.

¹¹ Gesamtplangespräch bedeutet in diesem Zusammenhang, dass verschiedene Leistungsträger-und erbringer gemeinsam passgenaue Angebote für eine komplexe Versorgungssituation erarbeiten, für die es bisher keine befriedigende Lösung gibt

12.1.2 Fallvignette

Für das Case Management wurde eine Fallvignette entwickelt. Es handelt sich dabei um ein methodisches Instrument das, die Möglichkeit bietet in kompakter Form Informationen abzubilden. Neben einer ersten Erhebung von Daten und Informationen, wird im Weiteren der Verlauf der Prozess dokumentiert. Dies soll stichwortartig erfolgen und nicht die übliche Dokumentation der Leistungserbringung ersetzen.

Die Fallvignette bietet für das Case Management die Möglichkeit prägnante Informationen über die Lebens- und Versorgungssituation eines Menschen in kompakter Form abzubilden. Der/die Case Manager*in bearbeitet die Fallvignette mit dem/der Klient*n und aktualisiert sie bei Veränderungen. Sie steht auch allen anderen beteiligten Stellen zur Verfügung.

Die Fallvignette beinhaltet neben biografischen Daten, Wünsche und Ziele für die aktuelle Lebenslage. Weiterhin kann abgebildet werden welche Leistungen aus den verschiedenen Sozialsystemen in Anspruch genommen werden. (SGB IX, SGB XI und SGB V). Aber auch welche Leistungen der Person zustehen würden, aber bislang nicht in Anspruch genommen werden.

Außerdem werden Stolpersteine, die die Versorgung erschweren, aber auch mögliche Lösungswege dafür beschrieben. Im letzten Teil wird in chronologischer Form der Case Management- Prozess dargestellt.

Fallvignette zur Darstellung der Versorgungssituation bei Teilhabe- und Pflegebedarf

<p style="text-align: center;">Biographie/Lebenssituation</p> <p><i>Objektive Daten zu Alter, Wohnen, Arbeit, Behinderung, Med. Diagnosen, Soziales Umfeld</i></p>		<p style="text-align: center;">Was mir wichtig ist:/ Was für mich schwierig ist:</p> <p><i>prägnante Aussagen, die für die Betreuung/Pflege wichtig sind</i></p>	
<p style="text-align: center;">Pflegerische Themen/Ziele</p> <p><i>Zentrale Themen aus dem Bereich Gesundheit und Pflege</i></p>		<p style="text-align: center;">Ziele (laut Gesamt/-Teilhabeplan)</p> <p><i>Teilhabeziele, Zukunftspläne, Wünsche</i></p>	
<p style="text-align: center;">Beteiligte Dienste/ wichtige Personen</p> <p><i>Dienste und zuständige Person Gesetzl Betreuung Wichtige Angehörige, Freunde, ...</i></p>		<p style="text-align: center;">Bewilligte/ In Anspruch genommene Leistungen</p> <p><i>SGB IX (HBG), SGB XI(PG) und SGB V Auch Hausnotruf, Essen auf Rädern, Barrierefreier Umbau, u.Ä.</i></p>	<p style="text-align: center;">Zustehende, aber bisher nicht In Anspruch genommene Leistungen</p> <p><i>SGB XI, z.B. Entlastungsbetrag, Kurzzeit-/Verhinderungspflege</i></p>
<p style="text-align: center;">Hilfsmittel</p> <p style="text-align: center;">Benennen, ob vorhanden. Wenn ja, welche.</p> <p><i>Ggfs. auch benennen, wenn Notwendigkeit besteht, die Nutzung aber abgelehnt wird</i></p>			
<p style="text-align: center;">Stolpersteine/Lücken in der Versorgungsstruktur und Lösungsideen für deren Überwindung</p> <p><i>Prägnante Probleme, die die Versorgungssituation erschweren. Lösungswege beschreiben Lücken in der Versorgungsstruktur und mögliche Lösungswege beschreiben</i></p>		<p style="text-align: center;">Meilensteine im Case Managementprozess</p> <p><i>Stichwortartige Benennung der Ausgangssituation -Einbindung anderer Leistungserbringer, Beratungsstellen -Gesamtplanrelevante Veränderungen</i></p>	

Briefkopf der ausgebenden Stelle

Information für Klient*innen zum Case Management

Wenn Menschen mit einer geistiger Behinderung oder einer psychischen Erkrankung pflegebedürftig sind oder werden, benötigen sie oft Unterstützung von verschiedenen Stellen.

Diese Unterstützung können sie von Menschen erhalten, die beim Landratsamt oder bei der Pflegekasse arbeiten.

Und von Menschen, die bei Anbietern von Leistungen arbeiten. Das sind Menschen, die in der Eingliederungshilfe (Behindertenhilfe/Sozialpsychiatrie) arbeiten oder Menschen, die Sie bei der Pflege oder bei der Hausarbeit unterstützen.

Beim Case Management arbeiten all diese Menschen zusammen, die Sie unterstützen oder in Zukunft unterstützen sollen. Erreicht werden soll, dass Sie die Unterstützung erhalten, die Sie durch Ihre Behinderung, psychische Erkrankung oder Pflegebedürftigkeit brauchen und wie es Ihren Bedürfnissen entspricht.

Das Case Management ist dann wichtig...

- wenn Sie mehr oder andere Unterstützung brauchen und dadurch der Verbleib in Ihrem Zuhause gefährdet wäre.
- wenn Sie von einer Wohngruppe in eine eigene Wohnung umziehen möchten.
- wenn Sie bei Ihren Eltern ausziehen möchten und Unterstützung von Menschen brauchen, die in der Eingliederungshilfe und Pflege arbeiten.
- wenn die Unterstützung der Eingliederungshilfe und der Pflege anders aufeinander abgestimmt werden muss.

Damit die Menschen gut zusammenarbeiten können, ist es wichtig, dass sie sich austauschen. Sie haben das Recht bei diesem Austausch dabei zu sein, wenn Sie das möchten. Der Austausch ist nur soweit möglich, wie Sie das möchten.

12.1.4 Einverständniserklärung zum Austausch, der am Case Management beteiligten Personen

Briefkopf der ausgebenden Stelle

Einverständniserklärung zum Austausch, der am Case Management beteiligten Personen

Name Klient*in (Druckbuchstaben): _____

Geb. Datum (optional): _____

Ich wurde von einer verantwortlichen Person, vollständig über Wesen, Bedeutung und Tragweite des Case Managements aufgeklärt. Ich habe das Informationsmaterial gelesen und verstanden. Ich hatte die Möglichkeit Fragen zu stellen, habe die Antworten verstanden und habe zurzeit keine weiteren Fragen mehr.

Ich habe mich für das Case Management entschieden.

Ich stimme zu, dass sich folgende Personen, die mich unterstützen austauschen dürfen:

Name, Funktion, Dienststelle

Name, Funktion, Dienststelle

Name, Funktion, Dienststelle

Name, Funktion, Dienststelle

Unterschrift Klient*in _____ Datum,

Unterschrift gesetzliche/r Vertreter*in (optional) _____ Datum,

12.2 Workshop „EGH und Pflege together“

12.2.1 Handreichung Workshop „EGH und Pflege together“

Handreichung zum Workshop „EGH und Pflege together“

Die vorliegende Handreichung wurde im Rahmen des Projekts „Barrierefreie Pflege“ (BaP) entwickelt. Projektpartner waren der Landkreis Reutlingen, die BruderhausDiakonie und die Samariterstiftung. Das Projekt „BaP“ wurde unterstützt durch das Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg aus Mitteln des Landes Baden-Württemberg.

1. Einleitung

Entwickeln Menschen mit einer geistigen Behinderung oder psychischen Erkrankung einen Pflegebedarf und möchten im Zuge ihres Wunsch- und Wahlrechts gemäß des Sozialgesetzbuches IX weiterhin in der eigenen Häuslichkeit leben, gewinnt im Bereich der Behindertenhilfe/ Sozialpsychiatrie die Sicherung der pflegerischen Versorgung an Bedeutung.

Bei ambulanten Pflegediensten liegt der Schwerpunkt in der Versorgung von älteren Menschen. Menschen mit Behinderung stellen daher eine eher unbekannte Adressat*innengruppe dar. Umgekehrt bedeutet für die Mitarbeiter*innen der Behindertenhilfe/ Sozialpsychiatrie zunehmende Pflegebedürftigkeit ihrer Klient*innen eine Herausforderung.

Im Projekt „Barrierefreie Pflege im Landkreis Reutlingen“ wurde das vorliegende Konzept zur entsprechenden Qualifizierung der verschiedenen Professionen entwickelt.

Es wurde das Format des Workshops gewählt, um den interprofessionellen Austausch zu fördern. Neben dem gegenseitigen Kennenlernen der Mitarbeiter*innen aus den verschiedenen Bereichen sollte der Workshop Kenntnisse im Bereich des Case Managements vermitteln (vgl. Konzept Case Management). Da die Gesamtverantwortung gemäß Sozialgesetzbuch IX beim Leistungsträger liegt, zählen Fallmanager*innen ebenso zum Teilnehmer*innenkreis. Mitarbeiter*innen zentraler Beratungsstellen für Menschen mit Behinderung und Pflegebedarf sind teilweise ebenso am Case Management beteiligt, weshalb der ursprüngliche Teilnehmer*innenkreis um diese Gruppe erweitert wurde.

2. Teilnehmer*innenkreis des Workshops

- Behindertenhilfe/ Sozialpsychiatrie:
Mitarbeiter*innen aus dem Bereich der qualifizierten Assistenzleistung im eigenen Wohnraum, Sozialdienste der Werkstätten für Menschen mit Behinderung
- ambulante Pflegedienste:
Mitarbeiter*innen aus der Pflege und Hauswirtschaft
- Leistungsträger der Eingliederungshilfe: Fallmanager*innen
- Beratungsstellen für Menschen mit Behinderung und Pflegebedürftigkeit:
Pflegerstützpunkte, EUTB-Stellen

Angesprochen sind Mitarbeiter*innen, die in der direkten Versorgung tätig sind, und Mitarbeiter*innen mit leitender Funktion wie zum Beispiel Pflegedienstleitung oder Bereichsleitung Wohnen.

Um den interprofessionellen Austausch sicherzustellen, ist eine möglichst ausgewogene Zusammensetzung der Teilnehmer*innen aus dem Bereich der Behindertenhilfe/ Sozialpsychiatrie und ambulanten Pflege Voraussetzung.

3. Ziele des Workshops

- Die Mitarbeiter*innen der Behindertenhilfe/Sozialpsychiatrie, der ambulanten Pflegedienste, des Fallmanagements und der Beratungsstellen kennen sich gegenseitig und haben ein höheres Verständnis für die jeweiligen Arbeitsweisen und Grundhaltungen.
- Die Mitarbeiter*innen verstehen das Case Management als gemeinsamen Prozess der Leistungserbringer und –träger. Sie sind in der Lage, am Case Management mitzuwirken und das erworbene Wissen bei der Erstellung des Gesamtplanes für Menschen mit Behinderung und Pflegebedarf anzuwenden.
- Die Versorgung von Menschen mit Behinderung und Pflegebedarf wird verbessert durch gegenseitige Sensibilisierung und Vermittlung von Wissen aus dem jeweils anderen Leistungsbereich.
- Die gemeinsame Sicht auf Teilhabe- und Pflegeerfordernisse im Einzelfall wird geschärft. Die Mitarbeiter*innen sind in der Lage, Pflegebedarf oder Teilhabebedarf zu erkennen.
- Die Mitarbeiter*innen übernehmen zur Anwendung des erworbenen Wissens bei Menschen mit Behinderung und Pflegebedarf innerhalb ihres Teams eine Multiplikator*innenfunktion.

4. Aufbau des Workshops

- Einführungstag, ganztägig
- Vertiefungstag, ganztägig
- Hospitationen
- Abschlusstag, halbtägig

Der gesamte Workshop erstreckt sich über einen Zeitraum von fünf Wochen. Dies ermöglicht die Integration des erworbenen Wissens in die berufliche Praxis und Reflexion dessen im Verlauf des Workshops.

Nach sechs Monaten empfiehlt es sich, einen Follow-up-Termin durchzuführen. Dieser bietet den Teilnehmer*innen die Möglichkeit, das erworbene Wissen und den interprofessionellen Austausch zu vertiefen.

5. Inhalte des Workshops

Bei der Gestaltung des Programmes sollte darauf geachtet werden, dass für die Besprechung von Fallbeispielen und den interprofessionellen Austausch ausreichend Raum besteht.

- 1 Einführungstag
 - Austausch der Professionen über deren Handlungsfelder und Berührungspunkte mit Menschen mit Behinderung und Pflegebedarf
 - Vermittlung eines Verständnisses für eine bereichsübergreifende Zusammenarbeit (Case Management) und der Bedarfssituationen, Abläufe und Akteur*innen im Case Management Prozess
 - Vorstellung der Fallvignette anhand eines fiktiven Fallbeispiels
 - interprofessionelle Bearbeitung von Fallbeispielen aus der beruflichen Praxis der Teilnehmer*innen
 - Bericht von Menschen mit Behinderung oder psychischer Erkrankung - gegebenenfalls unter Beteiligung der Koordinierenden Bezugsperson oder einer sonstigen vertrauten Person - über die Art und Anbahnung der Unterstützung im Bereich der qualifizierten Assistenzleistung im eigenen Wohnraum und gegebenenfalls durch einen ambulanten Pflegedienst
 - Sammlung von konkreten Themen und Fragestellungen zur Vermittlung von Basiswissen am Vertiefungstag in den Handlungsfeldern „Eingliederungshilfe“ und „ambulante Pflege“
 - Organisation der Hospitationen

- 2 Vertiefungstag
 - Vermittlung von Basiswissen in den beiden Handlungsfeldern
 - Die Themen des Handlungsfeldes „Eingliederungshilfe“ sind insbesondere für die Mitarbeiter*innen von ambulanten Pflegediensten und des Pflegestützpunktes ein Lernfeld. Bei den Themen des Handlungsfeldes „ambulante Pflege“ gewinnen insbesondere Mitarbeiter*innen der Behindertenhilfe/ Sozialpsychiatrie, des Fallmanagements und der EUTB-Stellen an Wissen hinzu.
 - Reflexion der eigenen Rolle und der Rolle der anderen Professionen zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung

- 3 Hospitationen
 - gegenseitige Hospitation der am Workshop beteiligten Mitarbeiter*innen insbesondere aus der Behindertenhilfe/ Sozialpsychiatrie (qualifizierte Assistenzleistung im eigenen Wohnraum) und der ambulanten Pflegedienste
 - Bildung von Tandems zur gegenseitigen Begleitung

- 4 Abschlusstag
 - Austausch über die Themen und Erfahrungen bei den Hospitationen und in der eigenen beruflichen Praxis
 - Case Management: Reflexion der Erkenntnisse
 - Sammlung von Themen für den Follow-up-Termin, Ausblick auf die eigene berufliche Praxis

6. Moderation

Die/der Moderator*in sollte über Basiswissen im Bereich Eingliederungshilfe und ambulante Pflege oder im Case Management verfügen. Er/sie sollte den gesamten Workshop begleiten.

7. Organisation

- | | |
|---|-----------------|
| • Terminierung des Workshops | 6 Monate vorher |
| • Ankündigung des Workshops bei den Führungskräften der Leistungserbringer, Leistungsträgern und Beratungsstellen mit der Bitte um Weiterleitung an interessierte Mitarbeiter*innen | 6 Monate vorher |
| • Organisation eines Raumes | 6 Monate vorher |
| • Akquise einer Moderation | 6 Monate vorher |
| • Akquise von Dozent*innen/ Referent*innen für das Handlungsfeld „ambulante Pflege“ und das Handlungsfeld „Eingliederungshilfe“ | 4 Monate vorher |
| • Fertigstellung des Programmes | 2 Monate vorher |
| • Versand des Programmes/Ablaufs | 2 Monate vorher |

Die frühzeitige Terminierung des Workshops ermöglicht, dass der Workshop im Bereich der Behindertenhilfe/ Sozialpsychiatrie und ambulanten Pflege bei der Planung der Dienste rechtzeitig berücksichtigt werden kann.

8. Bescheinigung der Teilnahme

Die Teilnahme wird über das Zertifikat „Inklusive Pflege“ bescheinigt. Die Anwesenheit wird in Stunden angegeben.

12.2.2 Ablaufplan des Workshops

Workshop „EGH und Pflege together“ - Ablaufplan - <i>Name der Moderation</i>			
"Warum wir zusammenkommen" - Einführungstag - <i>Datum</i> <i>Uhrzeit</i> <i>ca. 7,5 Stunden</i>	"Ich lerne die andere Welt kennen" - Vertiefungstag - <i>Datum</i> <i>Uhrzeit</i> <i>ca. 7,5 Stunden</i>	"Hautnah erleben" - Hospitationen- <i>Zeitraum (ca. 3 Wochen)</i>	"Wir sitzen in den Startlöchern - kurz vor dem Übergang in die Praxis" - Abschlusstag - <i>Datum</i> <i>Uhrzeit</i> <i>ca. 3,5 Stunden</i>
20 Minuten Begrüßung und Einführung in den Workshop 60 Minuten Kennenlernen der Teilnehmer*innen* In Kleingruppen und Vorstellung im Plenum 15 Minuten Pause 60 Minuten Vorstellung des Anwendungskonzepts Case Management bei Menschen mit Behinderung und Pflegebedarf Diskussion und Austausch 60 Minuten Mittagspause 15 Minuten Vorstellung des Instruments der Fallvignette	30 Minuten Begrüßung und Einführung in den Tag 30 Minuten Impulsvortrag Bundesteilhabegesetz/ Gesamtplanverfahren Diskussion und Austausch 60 Minuten Arbeit in Kleingruppen* 15 Minuten Pause 60 Minuten Handlungsfeld ambulante Pflege <ul style="list-style-type: none"> · Leistungen und Leistungserschließung für Klient*innen · Grundhaltungen in der ambulanten Pflege · bedarfsorientierte Themen der Teilnehmer*innen aus der Eingliederungshilfe Diskussion und Austausch	Hospitationen bei den Leistungserbringern aus dem jeweils anderen Handlungsfeld	15 Minuten Begrüßung und Einführung in den Tag 30 Minuten Arbeit in Kleingruppen* 30 Minuten Berichte und Austausch über Hospitationen 15 Minuten Pause 60 Minuten Case Management: Reflexion und Erkenntnisse 45 Minuten Erarbeitung von Themen für den Follow-up-Termin 15 Minuten Abschlussrunde

<p>110 Minuten Bearbeitung von Fallbeispielen und Vorstellung der Ergebnisse im Plenum*</p> <p>15 Minuten Pause</p> <p>30 Minuten Bericht aus dem Blickwinkel eines Menschen mit Behinderung und Pflegebedarf</p> <p>30 Minuten Erarbeitung von Themen und Fragestellungen für den Vertiefungstag</p> <p>15 Minuten Organisation der Hospitationen</p> <p>15 Minuten Abschlussrunde</p>	<p>60 Minuten Mittagspause</p> <p>75 Minuten (Pause nach Bedarf) Handlungsfeld Eingliederungshilfe</p> <ul style="list-style-type: none"> · Grundverständnis von geistiger Behinderung und psychischer Erkrankung · Grundhaltungen in der sozialpsychiatrischen Arbeit und der Behindertenhilfe · bedarfsorientierte Themen der Teilnehmer*innen aus der ambulanten Pflege <p>Diskussion und Austausch</p> <p>15 Minuten Pause</p> <p>90 Minuten Arbeit in Kleingruppen und Vorstellung der Ergebnisse im Plenum*</p> <p>15 Minuten Abschlussrunde</p>		
---	--	--	--

12.2.3 Anlage zum Programm „Workshop EGH und Pflege together“- Fragestellungen für die Arbeit in Kleingruppen -

Die Arbeit in Kleingruppen findet – sofern nichts anderes angegeben ist – in interprofessionellen Gruppen statt. Es sollte darauf geachtet werden, dass die Zusammensetzung der Kleingruppen möglichst konstant ist. Dies ermöglicht einen intensiveren Austausch im Sinne des Case Managements.

*Die Fallbeispiele aus der Praxis der Teilnehmer*innen sollten in anonymisierter Form dargestellt werden.*

Einführungstag

- Kennenlernen der Teilnehmer*innen in Kleingruppen und Vorstellung im Plenum
Ziel: Gewinnung erster Eindrücke der jeweils anderen Professionen und deren Handlungsfeld

Mögliche Fragestellungen:

- Am meisten Freude in meiner Arbeit macht mir...
- Vom Bereich der Eingliederungshilfe / der ambulanten Pflege weiß ich...
- Positiv erlebt habe ich in der Zusammenarbeit mit der Behindertenhilfe bzw. Sozialpsychiatrie/ der Pflege/ dem Fallmanagement, dem Case Management...
- Eher schwierig war...
- Meine Erfahrungen im Kontext von Menschen mit Behinderung und Pflegebedarf sind...

- Bearbeitung von Fallbeispielen und Vorstellung der Ergebnisse im Plenum

Ziel: Bearbeitung eines Fallbeispiels aus der Praxis der Teilnehmer*innen, zur Entwicklung einer bedarfsgerechten Versorgung des Menschen mit Behinderung und Pflegebedarf

Mögliche Fragestellungen:

- Wie stellt sich die aktuelle Situation dar, was sind die Ziele (vgl. Kriterien der Fallvignette)?
- Wie könnte die Versorgung aus Sicht der verschiedenen Professionen verbessert werden? Welche Schritte sind dafür notwendig (z.B. Antragstellungen, gemeinsame Fallbesprechungen)?
- Plenum: Was weiß ich vom anderen Bereich noch nicht? Was interessiert mich? Was brauche ich vom anderen Bereich, um Pflegebedarf oder Teilhabebedarf erkennen zu können?

Vertiefungstag

- Arbeit in Kleingruppen

Ziel: Erkennen von Teilhabe- bzw. Pflegebedarf, Gewinnung von Sicherheit im Umgang mit Menschen mit Behinderung und Pflegebedarf

Mögliche Fragestellungen:

- Wo komme ich als Mitarbeiter*in des ambulanten Pflegedienstes an meine Grenzen? Wie kann ich Versorgungssituationen gut gestalten? Wie könnte ein möglicher Teilhabebedarf aussehen?
Was brauche ich an Begleitung und Wissen seitens der Behindertenhilfe/Sozialpsychiatrie?
- Wie kann ich als Mitarbeiter*in der Behindertenhilfe/Sozialpsychiatrie oder EUTB-Stelle Pflegebedarf erkennen? Welches Wissen brauche ich hier aus dem Bereich der ambulanten Pflege oder vom Pflegestützpunkt?

- Arbeit in Kleingruppen und Vorstellung der Ergebnisse im Plenum
 Ziel: Auseinandersetzung mit der eigenen Rolle und mit der Rolle der anderen Akteur*innen anhand eines, von den Organisator*innen des Workshops vorbereiteten, Fallbeispiels
 - a) in Kleingruppen nach Bereichen getrennt
 Mögliche Fragestellungen:
 - Welche Herangehensweise halten Sie aus Ihrer Profession heraus für sinnvoll? Welche Schritte würden Sie empfehlen?
 - Was sehen Sie als Ihre Aufgabe in Bezug auf die Zusammenarbeit mit Akteur*innen aus den anderen Bereichen? Was sind Ihre Wünsche gegenüber den anderen Bereichen?
 - b) in interprofessionellen Kleingruppen
 Mögliche Fragestellungen:
 - Was kann ich aus meiner Profession heraus einbringen, um die Versorgungssituation gut zu gestalten?
 - Was wünsche ich mir von den jeweils anderen?
 - Stimmt das überein, was eingebracht werden kann und was von den anderen Professionen sinnvoll erscheint?
 - Wie sehen die gemeinsam vereinbarten Schritte im Case-Management-Prozess aus?
 - Wie kann überprüft werden, ob die gemeinsam vereinbarten Maßnahmen dem/der Klient*in nutzen oder eine Anpassung notwendig ist?
 - c) Plenum
 Mögliche Fragestellungen:
 - Was funktioniert gut und hilft weiter? Wo besteht noch Bedarf?
 - Was nehme ich für meinen beruflichen Alltag mit?

Abschlussstag

- Arbeit in Kleingruppen
 Ziel: Reflexion der Erfahrungen in der Praxis in Bezug auf das erworbene Wissen
 Mögliche Fragestellungen:
 - Welche Berührungspunkte gab es mit den anderen Professionen/ Bereichen ?
 - Hat sich in Bezug auf die Zusammenarbeit etwas verändert? Falls ja, was?
 - Welche Erkenntnisse habe ich in Bezug auf mich und meine Arbeit, die Arbeit der anderen Bereiche und die Klient*innen gewonnen?

Veranstalter

Zertifikat „Inklusive Pflege“

NAME

hat am 4-tägigen

Workshop „EGH und Pflege together“

vombis.....teilgenommen. Der Workshop umfasste 28 Stunden.

Um für Menschen mit einer geistigen oder seelischen Behinderung eine gute pflegerische Versorgung zu gewährleisten, ist es erforderlich, dass die Mitarbeiter*innen der Eingliederungshilfe und der Pflegedienste für die Bedürfnisse dieses Personenkreises besonders geschult sind. Die Teilnehmer*innen des Workshops haben sich mit den besonderen fachlichen Erfordernissen auseinandergesetzt. Das eigene berufliche Verständnis wurde im Austausch mit der jeweils anderen Profession reflektiert.

Inhalte des Workshops:

- Case Management: Koordination der Leistungen der Eingliederungshilfe und der Pflege entsprechend des individuellen Bedarfs
Fallvignette als Instrument zur Darstellung der Versorgungssituation und des –
Prozesses
- Veränderungen durch das Bundesteilhabegesetz/ Gesamtplanverfahren
- Grundprinzipien Pflege
- Grundverständnis von geistiger Behinderung, psychischer Erkrankung
- Grundhaltungen in der sozialpsychiatrischen Arbeit und der Behindertenhilfe
- Leistungerschließung SGB IX, SGB XI und SGB V
- Information über die Beratungsstellen Pflegestützpunkt und EUTB sowie über die Zugänge zu Leistungen (Fallmanagement)
- Hospitation bei den Leistungserbringern aus dem jeweils anderen Leistungsbereich

....., den.....

.....

Workshop-Leitung

12.3 Flyer Beratungsangebote

SELBSTBESTIMMT UND ZUHAUSE LEBEN

Sie führen ein selbstbestimmtes Leben mit Behinderung und möchten dies auch bei Pflegebedürftigkeit beibehalten? Dafür suchen Sie Unterstützung im Alltag?

Im Landkreis Reutlingen gibt es verschiedene Beratungsstellen mit Informations- und Beratungsmöglichkeiten. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beantworten alle Ihre Fragen zum Unterstützungsbedarf und helfen Ihnen, den richtigen Weg zu finden.

Sie bekommen wichtige Informationen, zum Beispiel:

- zum Antragsverfahren
- zur Finanzierung von Hilfen
- zu Formen der Unterstützung bei Behinderung und/oder Pflegebedürftigkeit

Die verschiedenen Beratungsstellen arbeiten bei Bedarf eng zusammen. Selbstverständlich nur, wenn Sie damit einverstanden sind..

Kommen Sie auf uns zu!

Wir beantworten Ihre Fragen und unterstützen Sie dabei, geeignete Angebote zu finden.

Dieser Flyer ist im Rahmen des Projekts **Barrierefreie Pflege im Landkreis Reutlingen** entstanden.

Projektpartner



Landratsamt Reutlingen
Bismarckstraße 14
72764 Reutlingen

bruderhaus DIAKONIE
Stiftung Gustav Werner und Haus am Berg

SAMARITER STIFTUNG

Unterstützt wurde das Projekt durch das Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg aus Mitteln des Landes Baden-Württemberg.



Stand der Informationen: April 2022



ZENTRALE BERATUNGSSTELLEN IM LANDKREIS REUTLINGEN

INFORMATION, BERATUNG UND UNTERSTÜTZUNG FÜR MENSCHEN MIT BEHINDERUNG UND PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT



INFORMATIONEN ZU BERATUNGSANGEBOTEN

Die Internetseiten der Beratungsstellen finden Sie über die abgebildeten Quadrate **QR-Codes**.

Die Leistungen der Behindertenhilfe und Sozialpsychiatrie werden als Eingliederungshilfe bezeichnet.

Die Beratungsstellen haben Sprechstunden oder Anlaufstellen in der Nähe Ihres Wohnortes. Diese erfahren Sie über die QR-Codes, per Telefon oder E-Mail.

Die Beratungsangebote stehen Menschen mit Behinderung, Angehörigen, Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Anbieter und allen weiteren Interessierten zur Verfügung.

BERATUNGSSTELLEN

Pflegestützpunkt im Landkreis Reutlingen

Landratsamt
Kaiserstraße 27, 72764 Reutlingen
Telefon: 07121 480-4030
pflegestuetzpunkt@kreis-reutlingen.de



Schwerpunkt: Unterstützungsmöglichkeiten bei Pflegebedarf, Soziale Pflegeversicherung

Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung (EUTB)

Diakonieverband Reutlingen
Planie 17, 72764 Reutlingen
Telefon: 07121 9486-0
eutb@diakonie-reutlingen.de



Landesverband für Menschen mit Körper- und Mehrfachbehinderung Ba-Wü. e.V.

Erwin-Seiz-Straße 11, 72764 Reutlingen
Telefon: 07121 481633
Mobil: 0175 3500672
eutb-reutlingen@lvkm-bw.de



Schwerpunkt: Behindertenhilfe / Sozialpsychiatrie, Teilhabe, Eingliederungshilfe

IHR WEG ZUR LEISTUNG

Landratsamt Reutlingen

Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen
Kaiserstraße 27, 72764 Reutlingen
Telefon: 07121 480-4189 oder 07121 480-4184
sozialamt@kreis-reutlingen.de



Stadt Reutlingen

Sozialamt
Abteilung Soziale Leistungen
Eingliederungshilfe
Eberhardstraße 1, 72764 Reutlingen
Telefon: 07121 303-2471



Schwerpunkt: Eingliederungshilfe, gegebenenfalls Hilfe zur Pflege



Inklusion – Das Kreissozialamt und die sozialen Dienste wollen Integration und Pflege von Behinderten besser vernetzen

Hilfen aus einer Hand

VON MARTIN BERNKLAU

REUTLINGEN. Mit einem abschließenden Workshop im Reutlinger franz.K ist ein dreijähriges Projekt zu Ende gegangen, mit dem das Sozialamt des Landkreises, die Träger Bruderhaus-Diakonie und Samariterstiftung sowie wissenschaftliche Begleiter untersuchen wollten, wie sich die ambulanten Angebote und Leistungen für behinderte Menschen mit deren zusätzlichem Pflegebedarf verbinden lassen.

Laut Sozialdezernent Andreas Bauer versteht sich Reutlingen »als inklusiver Landkreis«. Der Prozess gemeinsam mit den Sozialanbietern Bruderhaus-Diakonie und Samariterstiftung, beide »von großer Expertise«, so Bauer, hatte im Jahr 2016 als Modell begonnen und mit einem Zuschuss von rund 260 000 Euro aus dem »Innovationsprojekt Pflege« des Landes einen zusätzlichen Schub bekommen.

Defizite bei der Vernetzung

Der Übersicht halber waren Menschen mit geistigen und seelischen Behinderungen und deren Betreuer ausgewählt worden, um bei einem zusätzlichen Bedarf an Pflege »Wege zu einer ganzheitlichen Versorgung« zu suchen und abzustimmen, wie Andreas Bauer und Wolfgang Bleher von der Samariterstiftung erläuterten. Dass es bis dahin Defizite bei der Vernetzung und Koordination beider Hilfeformen gegeben habe, stand für die drei Fachleute außer Frage.

Man habe »zwei Welten zueinanderbringen« wollen und müssen, ergänzte der Bruderhaus-Regionalleiter Christian Freisem. Die Interviews und Fragebögen hätten das Ergebnis erbracht, dass Informationen gebündelt und gemeinsam mit der Sozialverwaltung zu einer Art »Fallmanagement« koordiniert werden sollten. Auf drei Workshops im vergangenen Sommer hätten die Praktiker aus Behinderten-



Suchen Wege zu einer ganzheitlichen Versorgung: von links Christian Freisem (Bruderhaus-Regionalleiter), Sozialdezernent Andreas Bauer und Wolfgang Bleher (Samariterstiftung).

FOTO: BERNKLAU

hilfe und Sozialpsychiatrie sowie der Pflege die Aufgaben und Möglichkeiten der jeweils anderen Sparte entdecken und sich gegenseitig auch erst einmal kennenlernen können. Das sei durch Hospitationen vertieft worden.

Die Ergebnisse erfassten und strukturierten unter Förderung des Sozialministeriums zwei Forscherinnen vom Stuttgarter Steinbeis-Transferzentrum an der Dualen Hochschule Baden-Württemberg wissenschaftlich. Mit einer abschließenden Veröffentlichung der Arbeit, aber auch in Form von Broschüren und Flyern

sollen die gewonnenen Erkenntnisse in die Breite vermittelt werden, nicht nur an die zuständigen Institutionen und Dienste im Kreis Reutlingen, sondern durchaus auch darüber hinaus – was sich an der Einladungsliste für den abschließenden Workshop im franz.K ablesen ließe, wie die Projektbeteiligten anmerkten.

Eventuelle Einsparpotenziale habe niemand angestrebt. Die gesammelten Ideen mit dem Ziel eines »Case Managements, einer pflegerischen Versorgung und Alltagsbetreuung aus einer Hand« in die Praxis umzusetzen, wie Andreas

Bauer das nannte, böten aber viele Perspektiven der Verbesserung. »Wie Zahnrad« so Bruderhaus-Referent Christian Freisem, sollten die Hilfen ineinandergreifen. Eine »Fall-Vignette« zur Verfügung aller Beteiligten nannte Wolfgang Bleher ein denkbares Resultat.

Der Austausch werde fortgesetzt, etwa in jährlichen Workshop-Angeboten, kündigten die Projektbeteiligten an. Nur eines an notwendiger Verbesserung hatte man von ihrer Seite aus nicht leisten können, sagte der Sozialdezernent: »Zeit, mehr Zeit.« (GEA)

Barrierefrei und eng vernetzt

Region Wenn Behinderte auch zunehmend Pflege benötigen: Das Projekt BaP hat Lösungen erarbeitet, die jetzt allen Diensten und Beteiligten vorgestellt werden. *Von Jürgen Herdin*

Wenn die eine Hand nicht weiß, was die andere tut: Häufig arbeiten Institutionen und Dienste in Betreuung und Pflege nebeneinander her – und wissen nichts über die Arbeit des jeweils anderen, was besonders für Behinderte, die gleichzeitig in zunehmendem Maße pflegebedürftig werden, ein großes Problem darstellt. Im Alltag begegnen sie sich die Dienste praktisch nie. Mitarbeitende in der Pflege haben zudem knapp kalkulierte Zeitfenster, in dem sie mit ihrer Arbeit fertig sein müssen.

Bessere Versorgung

Die beiden Dienste müssten im Sinne einer besseren Versorgung der Menschen jedoch kooperieren, zusammengebracht und bestenfalls sogar organisatorisch verzahnt werden. Es geht um eine möglichst ganzheitliche Versorgung. Das ist die Erkenntnis aus einem lebensnah und praxisorientiert organisierten Projekt, an dem beteiligt sind, der Landkreis Reutlingen, die Bruderhaus-Diakonie und die Samariterstiftung.

„Barrierefreie Pflege – Bessere Versorgung von Menschen mit Behinderung und Pflegebedarf - BaP“ heißt die vom Land im Rahmen des „Innovationsprogramms Pflege“ mit rund 260 000 Euro finanzierte Studie. Zwei Stellen wurden so geschaffen. Wissenschaftlicher Begleiter ist die Duale Hochschule Baden-Württemberg



Die Berichterstatter des BaP-Projekts (von links) Christian Freisem, Andreas Bauer und Wolfgang Bleher. *Foto: Jürgen Herdin*

berg mit ihrem Steinbeis-Transferzentrum.

Landkreis federführend

Die bereits 2016 geplante Studie wurde 2019 in Angriff genommen, sie endet nun im Juni – und wird dann den zuständigen Stellen und Diensten vorgestellt. Federführend ist der Landkreis Reutlingen. Die Arbeit ist ein echtes Pionierprojekt, denn der Landkreis Reutlingen leistete mit BaP Arbeit, von der nun alle 44 Landkreise profitieren sollen.

Es geht um die Weitergabe von den in der Praxis gewonnenen Er-

fahrungen - Informationen, die Anregungen geben und die gleichermaßen eine Anleitung sein sollen, wie künftig Konflikte vermieden werden können; zum Beispiel zwischen Experten der Behindertenhilfe auf der einen Seite – und den diversen Pflegediensten auf der anderen.

Was ist, wenn ein Mensch mit Behinderung oder psychischer Erkrankung, der in der eigenen Wohnung je nach Bedarf ambulant betreut wird, zusätzlichen Pflegebedarf entwickelt? Wie ist es zu schaffen, dass alle Beteiligten dann konsequent Hand in

Hand agieren, um die Versorgung der Menschen nachhaltig zu verbessern?

Dieser Tage trafen sich drei Akteure, die BaP vorstellten. Mit von der Partie waren Andreas Bauer, Sozialdezernent des Landkreises Reutlingen, Wolfgang Bleher, der bei der Nürtinger Samariterstiftung die Behindertenhilfe und die Sozialpsychiatrie leitet – sowie Christian Freisem, Regionalleiter der Behindertenhilfe und Sozialpsychiatrie bei der Reutlinger Bruderhaus-Diakonie. „Pflegedienste sind ja per se

Handlungsstrukturen aufeinander, die sich beruflich sonst nie begegnen“, weiß Christian Freisem. Sehr vorteilhaft wäre da eine Art „Verbindungsstelle“ für alle Beteiligten, gewissermaßen ein Trichter, durch den alle Erkenntnisse fließen. Freisem fordert einen „berufsübergreifenden Dialog“, zum Beispiel mit gegenseitiger Hospitanz. Erarbeitet worden sei im Projekt zudem ein „gemeinsames Fallmanagement“, so Bauer. Die beiden BaP-Mitarbeiterinnen erarbeiten ein Hand-

„Pflegedienste sind ja per se nicht spezialisiert auf geistig behinderte Menschen.“

nicht spezialisiert auf den Umgang mit geistig behinderten Menschen“, konstatiert Andreas Bauer. Und Wolfgang Bleher beschreibt die Konflikte zum Nachteil der Klienten/Patienten mit einer Baustelle in einem Haus, „wo viele unter einem Dach arbeiten“. Gute Ergebnisse gebe es aber nur, wenn die Handwerker sich absprechen. So habe BaP das Ziel, dass sich zum Beispiel die „Eingliederungshilfe und die Pflege verzahnen“, so Bleher.

Bis jetzt träfen da aber „zwei Dienstleister und zwei Versor-

Jährliche Workshops

Und weil Reutlingen federführend bei diesem Pilotvorhaben ist, das freilich auch zum Komplex der Inklusion gehört, „kommt das auf die Homepage des Landkreises“, so Andreas Bauer. Angekündigt sind außerdem jährliche Workshops. Die Schnittstelle, auch falls Gesetzgeberisches notwendig sein sollte, ist das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration in Stuttgart.

Vor allem aber würden sich demnächst öffentliche und private Pflegedienste mit der Eingliederungshilfe treffen. Mit dabei sind bei dieser Bestandsaufnahme dann auch die behinderten zu Pflegenden selbst – samt deren Angehörige; demnach wären dann alle gemeinsam unter dem Dach der Baustelle, um bei der bildhaften Metapher von Wolfgang Bleher zu bleiben.