



**„Düsseldorf – gemeinsam aktiv für das Alter“
AG „Fallmanagement“**

LEITFADEN FALLMANAGEMENT

Stand: Januar 2007

Gliederung

1	Einordnung des Fallmanagements in die Gesamtstruktur des Düsseldorfer Modells „Gemeinsam aktiv für das Alter“	01
2	Theoretische Grundlagen des Fallmanagements	03
2.1	Was ist Fallmanagement	03
2.2	Welche Qualifikation und Haltung werden für das Fallmanagement vorausgesetzt?	04
2.3	Welche Leistungsanbieter erbringen das Fallmanagement?	06
3.	Der Weg des Klienten im Fallmanagement	07
3.1	Frühe Beratung im Vorfeld bzw. als erste Stufe des Fallmanagements	07
3.2	Faktoren, die Fallmanagement wahrscheinlich machen (eine Prüfliste)	09
3.3	Wer setzt das Fallmanagement ein?	11
3.4	Das Hilfeplanverfahren	12
Anhang		
	Der Hilfeplan / die Dokumentation des Fallmanagements	14
	Schaubild „Beratung von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen“	26

1 Einordnung des Fallmanagements in die Gesamtstruktur des Düsseldorfer Modells „Gemeinsam aktiv für das Alter“

Die demographischen Veränderungen und der Wandel der Lebensformen in unserer Gesellschaft machen es notwendig, die Inhalte und die Ausrichtung der Arbeit für und mit Seniorinnen und Senioren in Düsseldorf stets zu überprüfen, neu zu gestalten und zu evaluieren. Die Rahmenbedingungen für die Lebenssituation älterer Menschen sollen ein weitestgehend selbstbestimmtes sozial eingebundenes Leben ermöglichen.

Die Neuausrichtung der Seniorenarbeit in Düsseldorf erfolgt vor dem Hintergrund des Haushaltsbegleitantrages vom 24.11.2003, mit dem die Verwaltung aufgefordert wird, in Zusammenarbeit mit den Verbänden, den Kirchen und den politischen Vertreterinnen und Vertretern der im Rat vertretenden Fraktionen bündige Konzepte zu entwickeln, die sicherstellen, dass bereitstehende Haushaltsmittel effektiv eingesetzt werden und direkt beim Hilfesuchenden ankommen.

Mit dem Projekt „Düsseldorf - gemeinsam aktiv für das Alter“ kommt die Verwaltung diesen Vorgaben nach. Der Schwerpunkt dieses Vorhabens zur Neuausrichtung der Düsseldorfer Seniorenarbeit liegt im Bereich der bisherigen *Offenen Altenarbeit*, die jetzt entlang definierter Sozialräume und nach Prinzipien wirkungsorientierter Steuerung umgebaut wird. Ziel ist es sicherzustellen, dass bereitstehende Haushaltsmittel effektiv eingesetzt werden und direkt beim Hilfesuchenden ankommen.

Bei allen Überlegungen zur Gewährleistung einer leistungsfähigen, bedarfsgerechten und wirtschaftlichen Angebotsstruktur für Seniorinnen und Senioren in Düsseldorf stehen die folgenden *drei strategischen Ziele* im Vordergrund:

- Förderung der Eigeninitiative und der selbstbestimmten Lebensführung
- Erhalt der eigenen Häuslichkeit
- Förderung sozialer Netzwerke

Um den unterschiedlichen Bedürfnislagen älterer Menschen gerecht werden zu können, wurden *vier verschiedene Zielgruppen* definiert:

- *Menschen in Vorbereitung auf den Vor-/Ruhestand*
Jüngere aktive Senioren zwischen ca. 55 bis 64 Jahre, die sich auf den Ruhestand vorbereiten und eine neue Perspektive suchen.
- *Menschen mit ungenutzten Handlungsressourcen*
Jüngere, aktive Senioren zwischen ca. 55 bis 79 Jahre, die im Ruhestand sind und etwas für sich und andere tun möchten
- *Ältere Menschen im eigenen Haushalt ohne spezifischen Unterstützungsbedarf*
Senioren ab ca. 70 Jahren, die keine spezifische Hilfe benötigen, die aber in ihrer eigenen Aktivität und bei dem Erhalt ihrer Gesundheit gefördert werden sollen.
- *Ältere Menschen im eigenen Haushalt mit spezifischem Unterstützungsbedarf*
Senioren, die spezielle Unterstützung benötigen, zum Beispiel bei Pflegebedürftigkeit.

Für die jeweilige Zielgruppe wurden anhand der spezifischen Bedarfe konkrete Ziele formuliert, die in Düsseldorf vorrangig erreicht werden sollen und mindestens eines der strategi-

schen Ziele unterstützen. Für jedes Ziel wurden Leistungen bzw. Angebote definiert, die von den Trägern angeboten werden sollen, um die gesetzten Ziele zu erreichen. Zu den Angeboten, die zum Erreichen der Zielgruppe „*Ältere Menschen im eigenen Haushalt mit spezifischem Unterstützungsbedarf*“ führen sollen, gehört auch das „Fallmanagement bei komplexem Hilfebedarf“. Zur konkreten Ausgestaltung des Fallmanagements wurde eine Arbeitsgruppe¹ eingerichtet, die sich mit verschiedenen Aspekten des Fallmanagements (z.B. Begriff, Rahmenbedingungen, Fallmanagement in der Gesamtstruktur des Modells, Hilfeplan, Qualifikation und Haltung, Wirkungssteuerung) beschäftigt. Dabei geht die Gruppe davon aus, dass *Fallmanagement (FM)* als wichtiges Element im Düsseldorfer Modell derart in das neue Gesamtsystem eingebettet werden soll,

- dass möglichst viele informelle Ressourcen von Hilfebedürftigen und ihren engen Bezugspersonen in ein umfängliches und passgenaues Hilfspaket eingebunden werden können,
- dass Hilfen durch die Orientierung am Sozialraum flexibel und damit effizient erbracht werden,
- dass Maßnahmen zu einem möglichst frühen Zeitpunkt einsetzen, zu dem der Hilfebedürftige notwendige Regelungen noch selbstbestimmt treffen kann.

Das Ziel besteht stets darin, den Erhalt der eigenen Häuslichkeit oder einer ähnlichen Wohnform zu sichern. Dabei gilt es das Selbstbestimmungsrecht des Betroffenen nach Möglichkeit zu wahren und seine privaten, aber auch die informellen Ressourcen des Sozialraums und der Nachbarschaft einzubeziehen.

Im Folgenden werden die Arbeitsergebnisse der AG Fallmanagement (Stand: Dezember 2006) zusammengefasst.

¹ Die Arbeitsgruppe besteht aus namentlich benannten Vertreter/innen folgender Institutionen: Amt für Soziale Sicherheit und Integration der Stadt Düsseldorf, Jugendamt der Stadt Düsseldorf, Gesundheitsamt der Stadt Düsseldorf, Caritasverband Düsseldorf, Arbeiterwohlfahrt Düsseldorf, Diakonie in Düsseldorf, iSPO-Institut

2 Theoretische Grundlagen des Fallmanagements

2.1 Was ist Fallmanagement?

Definition Fallmanagement

FM ist ein problembezogener und ganzheitlicher Ansatz, bei dem die praktische Unterstützung des Menschen im Lebensalltag im Mittelpunkt steht. FM arbeitet dialogisch.

Aufgaben²

- (1) Herausarbeiten welche Hilfe die Klientin oder der Klient, zu welchem Zeitpunkt, in welchem zeitlichen Umfang und in welcher Quantität wünscht und benötigt (Inhalt, Art, Spezifika, Häufigkeit)
- (2) Ermittlung der persönlichen Situation der Klientin / des Klienten und der Angehörigen; Beschreibung der sozialen Situation und der Wohnsituation; Beschreibung der aktuellen Versorgungssituation
- (3) Beratungsimpuls: Welche Hilfen empfiehlt die / der FM aus fachlicher Sicht?
- (4) Wer kann dem Hilfebedürftigen diese Hilfen bieten (Leistungsträger, Behörden, informelle Systeme und Leistungserbringer)?
- (5) Vereinbarung, welche Hilfen konkret in Anspruch genommen werden sollen.
- (6) Die Klientin bzw. den Klienten und das Hilfesystem miteinander in Kontakt bringen (Vernetzung in das vorhandene Hilfesystem und Einleitung der Hilfen).
- (7) Den Prozess der Hilfeerbringung moderieren und kontrollieren („Leistungserbringung reflektieren und überprüfen“).
- (8) Überprüfung der Wirkung dieser Hilfen auf die Versorgungssituation; ggf. Neuausrichtung der Hilfen.
- (9) Aus den Einzelfallinterventionen resultierende Strukturkenntnisse als Impuls für die Weiterentwicklung des Hilfesystems zugänglich machen.

Ziele und Zielgruppen

Wirkungsziel gemäß Projekt „Gemeinsam aktiv für das Alter“ ist der „Erhalt der oder Rückführung in die Häuslichkeit“

In diesem Sinne ist Ziel des Fallmanagements das Aktivieren und Sichern möglicher Hilfen und Leistungen Dritter, die den Verbleib in der eigenen Wohnung unterstützen und einen Heimaufenthalt - auch durch präventive Interventionen - so lange wie möglich verhindern.

Zielgruppen sind in der Regel Pflegebedürftige (ab Pflegestufe 0) und ältere Menschen (meist ab 65 Jahren), die bei der Gestaltung ihres Lebens auf Beratung und Vermittlung von Hilfen angewiesen und nicht stationär untergebracht sind, sowie deren Angehörige.

² In Anlehnung an die Ergebnisse der AG mit dem BSD, basierend auf Unterlagen der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin, 1996; und: Expertise zu Case-, Care- und Qualitätsmanagement, Schriftenreihe des BMFSFJ, Göpfert-Divivier, u.a., Bonn 1999

Gesetzliche Grundlagen

§ 71 SGB XII Altenhilfe

Abs. 1: „Alten Menschen soll außer den Leistungen nach den übrigen Bestimmungen dieses Buches Altenhilfe gewährt werden. Die Altenhilfe soll dazu beitragen, Schwierigkeiten, die durch das Alter entstehen, zu verhüten, zu überwinden oder zu mildern und alten Menschen die Möglichkeit zu erhalten, am Leben in der Gemeinschaft teilzunehmen.“

Abs. 2; 4: „Als Leistungen der Altenhilfe kommen insbesondere in Betracht: (...) 4. Beratung und Unterstützung in allen Fragen der Inanspruchnahme altersgerechter Dienste.“

§ 4 PflG NW

Abs. 2: „Die Beratung soll im Zusammenwirken von Kommunen, Pflegekassen und den anderen der pflegerischen Versorgung Beteiligten erfolgen. (...) Bei der Weiterentwicklung des Beratungsangebotes soll insbesondere auf gemeinsame und unabhängige Beratungsstellen und die Entwicklung von Fallmanagement - Case-Management - hingewirkt werden.“

§ 7 SGB XI Beratung durch Pflegekasse

Abs. 2: Die Pflegekassen haben die Versicherten und ihre Angehörigen und Lebenspartner in den mit der Pflegebedürftigkeit zusammenhängenden Fragen, insbesondere über die Leistungen der Pflegekassen sowie über die Leistungen und Hilfen anderer Träger, zu unterrichten und zu beraten.

2.2 Welche Qualifikation und Haltung werden vorausgesetzt?

An die Fallmanager im Düsseldorfer Modell werden bestimmte Anforderungen bezüglich Haltung und Qualifikation gerichtet. Sie werden im Folgenden beschrieben.

Die Haltung der Fallmanagerin / des Fallmanagers ist geprägt von Respekt, Wertschätzung und Neutralität. Offen und interessiert nimmt er Kontakt zum Betroffenen und seinem Umfeld auf. Sie / er ist in der Lage, die Ressourcen und Wünsche der Gegenüber zu sehen und zu berücksichtigen. Sie / er lebt Partizipation und versteht den Klienten als Experten seiner Angelegenheiten. In diesem Sinne ist sie / er kundenorientiert.

Sie / er verhandelt Kontrakte mit allen Beteiligten offen, vermeidet Missverständnisse und verhält sich eindeutig, verbindlich und verlässlich.

Die nachhaltige Einrichtung eines Fallmanagements und die Handhabung der zugehörigen Hilfeplanung stellen hohe persönliche und fachliche Anforderungen an die Fallmanager/innen. Ihre umfassende Qualifizierung sowohl der bei der Stadt als auch der bei den Verbänden beschäftigten Fallmanager/innen ist unerlässlich.

Voraussetzung für die Arbeit als Fallmanager/in ist ein abgeschlossenes Studium der Sozialarbeit, Sozialpädagogik oder vergleichbarer Fachhochschul- oder Hochschulausbildungen sowie nach Möglichkeit eine mehrjährige Berufserfahrung.

Folgendes Qualifikationsprofil wird als notwendig erachtet. Es muss entwickelt und gesichert werden:

(1) Umfassende Kenntnisse des Düsseldorfer Modells

Ohne auf Details einzugehen: Gemeint sind Kenntnisse vom vielfältigen Düsseldorfer Hilfesystem und den seniorenrelevanten Versorgungsstrukturen im Stadtgebiet und im Stadtbezirk.

(2) Fachkompetenz

Im Einzelnen sollten die Fallmanager/innen über die folgenden fachlichen Kompetenzen verfügen: Rechts und Verwaltungskennntnisse - relevante gesetzliche Grundlagen; Organisationswissen; Medizinische, psychologische und pflegerische Kenntnisse.

(3) Beratungskompetenz

Im Einzelnen sollten die Fallmanager/innen über die folgenden fachlichen Kompetenzen verfügen: Diagnostische Kompetenz; Fallverstehen (Erfassen und Deuten von individuellen Lebenslagen); Einschätzung von Bewältigungsressourcen (mit dem Ziel, eine lösungs- und ressourcenorientierte Beratung und Gesprächsführung - „motivierende Gesprächsführung“ - zu praktizieren); Kompetenz Beziehungen aufzubauen; Empathie und Rollendistanz; Systemische Kontextklärung; Zielfindung und Formulierung.

(4) Kompetenz zur Kontraktbildung, zum Aushandeln von Verträgen mit Klienten, Institutionen und anderen Beteiligten

Hinsichtlich dieses Teils eines Fallmanagements sind die folgenden Kompetenzen notwendig: Ressourcenorientiertes Arbeiten (persönliche Ressourcen des Klienten, seines persönlichen Umfeldes, des Gemeinwesens); Kompetenz im Umgang mit Widerstand; Konflikt und Krisenbewältigungsstrategien; Umgang mit Zwangskontexten; Interkulturelle Kompetenz; Genderperspektive; Fähigkeit zur Selbstreflexion; Kenntnisse zur Kollegialen Beratung; Bereitschaft an Supervision teilzunehmen.

(5) Netzwerkkompetenz

Hier geht es im Einzelnen um Kenntnis der Netzwerktheorie; die Fähigkeit zum Aufbau, zur Pflege und Nutzung sozialer sowie institutioneller Netzwerke; Kenntnis der möglichen Kooperationsmodelle; Fähigkeit zur Angebotsanalyse und Steuerung; Moderationskompetenz.

(6) Qualitätssicherung

Qualitätssicherung ist im Rahmen des Fallmanagements ein wichtiges Element. Hier geht es um die Fähigkeit zur Führung einer Leistungsdokumentation; die beteiligungsorientierte Auswertung der Fallverläufe; Evaluation der Effekte; Herausarbeiten struktureller Erkenntnisse und Weitergabe an die Steuerungsstelle im Düsseldorfer Modell.

Durch die Arbeit im Fallmanagement und durch den Abgleich von Bedarf und Angeboten erlangen die Fallmanager/innen differenzierte Kenntnisse über die pflegerische und sonstige Versorgungssituation von Seniorinnen und Senioren im Stadtbezirk. Dabei fallen evtl. Versorgungslücken, aber auch ein Überangebot bestimmter Leistungen auf. Solche Erkenntnisse können in den Gesprächen mit dem Amt für soziale Sicherung und Integration sowie in den Besprechungen mit weiteren Akteuren dargelegt werden und als Impulse für die Strukturentwicklung wirken („vom Fall zum Feld“).

2.3 Welche Leistungsanbieter erbringen das Fallmanagement?

Kooperation der Fallmanager/innen unterschiedlicher Träger

Im Düsseldorfer Modell ist vorgesehen, dass Fallmanager/innen unterschiedlicher Träger tätig werden. Dies unterstreicht das Bestreben, Fallmanagement als für den alten Menschen möglichst niedrigschwellige Intervention zu implementieren.

Erbringer des Fallmanagements sind die im Stadtbezirk oder auch auf Stadtebene tätigen professionellen Akteure der vielfältigen Angebote, Dienste und Einrichtungen, an die sich ein älterer Mensch bzw. seine Angehörigen und Vertrauenspersonen Rat suchend wenden oder aber, die nach Kenntnis eines frühen Vorfalls entweder von sich aus oder auch auf Vermittlung tätig werden. Hier sind neben den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Liga Wohlfahrt als Träger der **zentren plus** vor allem die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des BSD sowie des Gesundheitsamts zu nennen.

Grundsätzlich können die Klientinnen oder Klienten wählen, welche Institution das Fallmanagement übernehmen soll. Liegt der Schwerpunkt der Hilfen bei Fragen der Medizinischen Rehabilitation und bei der Teilhabeplanung um eine Behinderung abzuwenden oder ihre Folgen abzumildern (§ 54 SGB XII, z.B. Medizinische Rehabilitation, Hilfsmittelberatung, Kommunikationshilfen usw) ist das Gesundheitsamt zuständig für die eigenständige Durchführung des Fallmanagements.

Anbindung der Fallmanager/innen (FMer) an das Zentrum plus

Der enge Kontakt zum **Zentrum plus** sowie die sozialräumliche Ausrichtung sind wichtige Voraussetzungen und Grundlagen für den Erfolg des Fallmanagements. Dies gilt grundsätzlich sowohl für die Fallmanager/innen der Verbände als auch für die des BSD und des Gesundheitsamtes, weil auf diese Weise sowohl die sozialen Strukturen im Bezirk als auch die Ressourcen des Umfeldes berücksichtigt werden können.

Als eine denkbare Variante kann FM an Leistungen der **zentren plus** anknüpfen. Menschen, die bereits Kontakt zu einem **Zentrum plus** haben, wird damit der Zugang zum FM erleichtert. Eine andere Möglichkeit für den Einstieg in FM bieten der BSD mit seiner Kenntnis über die soziale Situation des Stadtbezirkes und das Gesundheitsamt mit seinen spezifischen Angeboten für ältere Menschen mit besonderem Hilfebedarf.

Die Federführung der abgestimmten Leistungserbringung liegt bei der Stadt

Die Wahrnehmung der Koordinationsaufgaben des Fallmanagements liegt beim Sachgebiet „Beratung und Leistung bei ambulanter und stationärer Pflegebedürftigkeit“ des Amtes für Soziale Sicherung und Integration. Dort werden die Arbeit der Akteure, die Kommunikation und der Informationsfluss koordiniert und gesteuert. Das Sachgebiet wird zudem verantwortlich sein für die Durchführung des Controllings (u.a. für die Berichterstattung im AGS).

3 Der Weg des Klienten im Fallmanagement

3.1 Frühe Beratung im Vorfeld bzw. als erste Stufe des Fallmanagements

Die Erfahrungen zeigen, dass Ältere dazu neigen, sich bestimmte frühe Hilfen - wie etwa erste Anpassungen in ihrer Wohnung in Richtung seniorengerechter Ausstattung oder auch die Inanspruchnahme komplementärer Hilfen - nicht bzw. nicht rechtzeitig erschließen. Dies zu ändern, ist eines der ehrgeizigen Vorhaben des Düsseldorfer Modells.

Sachgerechte Informationen der vielfältigen und zu einem guten Teil informellen Multiplikatoren sichern den Zugang zu niedrigschwelligen Hilfen

Sachgerechte Informationen sind eine Basis dafür, dass Betroffene und potenziell Betroffene frühzeitig und möglichst angstfrei Zugang zu den in Frage kommenden Hilfen erhalten. Lieferanten solcher sachgerechten Informationen können alle möglichen - auch die informellen - Ansprechpersonen im Sozialraum sein. Dazu müssen die potenziellen Multiplikatorinnen und Multiplikatoren in die Lage versetzt werden. Ein Mittel dazu ist eine umfassende Informationskampagne in den Sozialräumen. Wenn es gelingt, dass bei möglichst vielen - auch informellen - Gelegenheiten differenzierte Informationen verfügbar sind, vergrößert sich die Chance, dass Hilfen bzw. Hilfspakete passgenau sind und das Gesamtsystem präventive Wirkung erzielt.

Niedrigschwellige verfügbare Informationen führen zu einem steigenden Bedarf an professioneller, früher Beratung

Qualifizierte, frühe Beratung ist im Düsseldorfer Modell im Vorfeld des Fallmanagements bzw. als dessen erste Phase angesiedelt. Deshalb meint frühe Beratung mehr als eine differenzierte Informationsweitergabe. Es handelt sich um eine professionelle Intervention, die den niedrigschwelligen Zugang ausnützt und etwa im Rahmen des Alltagsbetriebs in den **zentren plus**, aber auch im Rahmen der Arbeit des BSD und des Gesundheitsamtes erfolgt. Sie ist in der Regel anlassbezogen, erfolgt aber nicht unbedingt vor dem Hintergrund einer akuten Krisensituation.

Es ist davon auszugehen, dass die Kontaktaufnahme mit einer Vertrauenszuschreibung einhergeht (weil man zu der Kontaktstelle eine ideelle Nähe verspürt; weil man jemanden kennt, der gutes berichtet hat; weil eine fachliche Zuschreibung bzw. Empfehlung zu dem Kontakt führt).

Aus einem Vorfall soll kein Fall werden

Im Kern geht es um Menschen an der Schwelle zu manifesterem Hilfebedarf. Es geht also, im Sinne des Wortspiels, um Personen, die nach bestimmten **Vorfällen** (etwa: „ich bin über meinen Teppich gestürzt und habe mir Prellungen zugezogen; zum Glück ist nichts passiert“) eine unterstützende und orientierende Beratung benötigen und ggf. auch auf Ansprache hin annehmen.

Als deren Ergebnis wird es in vielen Fällen noch nicht nötig sein in ein Fallmanagement mit Hilfeplanverfahren überzuleiten. Frühe Beratung soll nach Möglichkeit - im Sinne niedrigschwelliger und abgestufter Interventionen - dafür sorgen, dass aus einem **Vorfall** (zumindest zunächst) **kein Fall** wird.

Beratungsinhalte und Beratungsablauf³

Unabhängig davon, ob Betroffene zu der Beratungsinstanz kommen oder ob die Beratungsinstanz den/die Betroffene/n aufsucht, immer sollte in Varianten nach folgendem Ablaufschema gearbeitet werden:

- Die (frühe Beratung) bezieht sich auf einen konkreten Anlass; es wird versucht an eine Vertrauensbasis anzuknüpfen bzw. sie herzustellen.
- Ausgehend von dem Anlass wird versucht, gemeinsam mit dem/der Betroffenen und ggf. nahen Bezugspersonen nach Möglichkeit nicht nur den aktuellen bzw. akuten Bedarf sondern auch - auf der Grundlage fachlich fundierter Einschätzungen - den weiterführenden Bedarf herauszuarbeiten.
- Dazu ist es nötig eine erste Stärken- und Schwächensammlung / eine Ressourcenanalyse“ vorzunehmen, die sich nicht auf medizinisch-pflegerische Aspekte beschränkt sondern vor allem psychosoziale Gesichtspunkte und den Bereich „Kultur und Teilhabe“ sowie präventive und rehabilitative Möglichkeiten mit einschließt (vgl. das Hilfeplanformular im Anhang).
- Im Mittelpunkt steht immer das Bestreben, dass der oder die Gegenüber bereit ist / sind diesen „Erkenntnisweg“ mitzugehen.
- Weiterhin ist die Frage mit zu bedenken, welche Kostenträger (inklusive des Selbstzahlers als Kostenträger) für einzelne Unterstützungen in Frage kommen.
- Schließlich sollen im vorletzten Beratungsschritt die in Frage kommenden Leistungserbringer genannt und ggf. auch die Kontaktaufnahme zu ihnen durch entsprechende Informationen erleichtert werden. Dabei muss stets das Interesse des Hilfesuchenden im Mittelpunkt stehen, die Beratungsneutralität muss gewahrt bleiben. Es darf sich nicht um eine Intervention in den Markt handeln (etwa durch das Empfehlen eines einzigen Anbieters).
- Im Verlauf einer Beratung - auch dies gilt sowohl für die frühe Beratung wie für das eigentliche FM - sollen nach Möglichkeit konkrete Vereinbarungen getroffen werden:
 - „Sie wenden sich eigenständig an ...; dazu haben Sie erhalten / schicke ich Ihnen zu ...; Sie wollen sich selbständig darum kümmern.“
 - „Ich informiere ... über unser Gespräch. Sie werden dann von dort erneut angesprochen.“
 - „Ich darf Sie in ... Wochen / Monaten erneut ansprechen und nachfragen, wie es Ihnen geht bzw. ob Sie weitergehende Hilfe benötigen.“
 - „Wir sind übereingekommen, dass Sie zur Erfüllung Ihres umfangreichen Bedarfs kontinuierliche Unterstützung benötigen („Fallmanagement“). Sie sind damit einverstanden, dass ich dazu informiere bzw. einschalte.“

³ Die nachfolgende Beschreibung trifft auch auf das Fallmanagement in seiner ersten Phase zu, wenn im Rahmen eines Erstgesprächs die Abklärung des Bedarfs und das Herausarbeiten der spezifischen Ressourcen erfolgen. Vgl. hierzu Kapitel 3.2.

Je nach dem Ergebnis der frühen Beratung werden - stets mit Einverständnis des/der Ratsuchenden - die erfassten Daten (vgl. Teile des Erfassungsbogens zum Fallmanagement) an die entsprechende Stelle weitergegeben bzw. zur späteren Verwendung aufbewahrt. Hierzu ist das Einverständnis des / der Gegenüber einzuholen und zu dokumentieren.

Unabhängig von der Frage des Umgangs mit schriftlichem Material ist zu überlegen, welche Informationen / Erkenntnisse aus dem Gespräch (Einzelfall übergreifend) für die Arbeit im Stadtbezirk erkenntnisreich sind und an welche Stelle sie deshalb weitergegeben werden.

3.2 Faktoren, die Fallmanagement wahrscheinlich machen (eine Prüfliste)

Bestimmte Lebenssituationen und zusätzlich belastende Faktoren, wie sie weiter unten aufgeführt werden, sind wichtige Indikatoren für die Notwendigkeit eines systematischen Fallmanagements. Im Rahmen einer frühen Beratung wird zunächst gemeinsam versucht, die persönliche Situation der Klientin / des Klienten herauszuarbeiten. Dabei sind die folgenden Gesichtspunkte von besonderer Bedeutung, weil sie vor allem dann die Notwendigkeit für ein systematisches Fallmanagement erhöhen, wenn mehrere davon zutreffen. Im Einzelnen ist die Notwendigkeit für Fallmanagement wahrscheinlicher,

- wenn es sich um Alleinlebende (auch allein lebende Paare) i.d.R. ab 65 J. handelt und/oder
- wenn soziale Netzwerke nicht vorhanden sind und / oder
- wenn keine pflegenden Angehörigen in erreichbarer Nähe verfügbar sind und / oder
- wenn mehrere Leistungen im bestehenden Hilfesystem nötig sind, um die adäquate häusliche Versorgung zu sichern und
- wenn eine Vielfalt von unterschiedlichen Leistungserbringern für die adäquate häusliche Versorgung erforderlich ist.

Darüber hinausgehende, zusätzliche Belastungsfaktoren sind:

- anstehender / aktueller Klinikaufenthalt bei ungeklärter pflegerischer und hauswirtschaftlicher Versorgungssituation zu Hause (ggf. bereits mit Einweisung in die Klinik; spätestens, wenn die Krankenhausentlassung ansteht)
- akute Erkrankungen in der eigenen Wohnung, wenn die pflegerische und hauswirtschaftliche Versorgung unklar sind
- Ausfall der Hauptpflegeperson bei bekannter Pflegebedürftigkeit, z.B. durch Krankheit
- Überforderung der Hauptpflegepersonen
- Anzeichen für eine Demenzerkrankung und unklare Versorgungssituation zu Hause
- Anzeichen für Verwahrlosung (unzureichende Körperpflege, schlechter Körperpflegezustand, verwahrloste Wohnung)
- Anzeichen für eine psychische Erkrankung, die eine eigenständige Versorgung in Frage stellt
- körperliche Behinderungen, wenn eine unzureichende Versorgung mit Hilfsmitteln (und parallel andere Unterversorgungsmomente) bekannt wird

- körperliche Behinderungen, die die Möglichkeiten der eigenständigen Versorgung einschränken
- eine nachgewiesene Schwerbehinderung
- Anzeichen für Mangel- oder Unterernährung
- kein adäquater Wohnraum (Treppen, Stufen, Absätze; kein Aufzug; keine altersgerechte Sanitärausstattung)
- keine ausreichende Versorgungsinfrastruktur im Wohnumfeld (Geschäfte, Gastronomie, ÖPNV, Ärzte)
- Anzeichen für eine nicht fachgerechte pflegerische Versorgung
- andauernde Bettlägerigkeit
- eingeschränkte Mobilität in und / oder außerhalb der Wohnung
- reduzierte Teilhabe an gesellschaftlichen Aktivitäten / Vereinsamungstendenz
- ungeklärte Ansprüche auf gesetzliche Leistungen für Pflege und Versorgung
- angespannte wirtschaftliche Situation
- keine bzw. nicht ausreichende Fähigkeiten die eigenen finanziellen Angelegenheiten selbständig zu regeln
- Anzeichen für Suchtproblematiken
- keine / nicht ausreichende Einsicht in Hilfenotwendigkeit
- und ggf. weitere belastende Faktoren

Unter Würdigung dieser Aspekte ist dann - in der Regel und nach Möglichkeit gemeinsam mit der Klientin bzw. dem Klienten und ggf. seinen vertretungsberechtigten Bezugspersonen - zu entscheiden, ob die Durchführung eines Fallmanagements beschlossen wird (vgl. das Formular zum Hilfeplanverfahren im Anhang). Wenn sich herausstellt, dass eine frühe Beratung nahtlos in ein Fallmanagement übergeht, ist zu entscheiden, ob dieses von der Instanz, die die frühe Beratung durchgeführt hat, erfolgt oder ob unter dem Gesichtspunkt der fachspezifischen Zuständigkeit und Eignung, aber auch im Hinblick auf die sozialräumliche Ausrichtung, eine andere Stelle dafür in Frage kommt. Grundsätzlich soll auch die frühe Beratung von den professionellen Einrichtungen und Diensten durchgeführt werden, die auch für das Fallmanagement zuständig sind (also vor allem: Verbände der freien Wohlfahrtspflege, BSD, Gesundheitsamt).

Es kann aber auch sein, dass unter Würdigung aller Faktoren - zurzeit - ein Fallmanagement noch nicht für nötig befunden wird, weil nötige Unterstützungen im Rahmen bestehender Angebote ausreichen. In jedem Fall muss eine Begründung für die Entscheidung festgehalten werden. Ggf. wird - innerhalb einer bestimmten Zeitspanne - eine weitere Beratung vereinbart.

Im Zuge dieser Einschätzungen muss unbedingt die Mitwirkungsbereitschaft bzw. -fähigkeit der Klientin / des Klienten mit in Betracht gezogen werden. Auch sie ist zu beurteilen und schriftlich zu dokumentieren. Schließlich muss sich die Klientin / der Klient mit der Durchführung eines Fallmanagements einverstanden erklären. Für den Fall, dass sie / er Vorbehalte

gegen die Durchführung eines Fallmanagements hat (bzw. gar ein Fallmanagement dezidiert ablehnt), muss dies ebenfalls dokumentiert werden.

Im Hilfeplan werden die einzelnen Vereinbarungen nochmals zusammengefasst und es werden dem Klienten / der Klientin Unterlagen zum Düsseldorfer Modell bzw. zum Fallmanagement übergeben. Wichtig ist, dass die Datenschutzrechtliche Einverständniserklärung unterzeichnet wird. Abschließend erfolgt ggf. ein Wiedervorlagevermerk, sodass der / die Fallmanager/in zu gegebener Zeit von sich aus wieder tätig werden kann.

3.3 Wer setzt das Fallmanagement ein?

Wenn Fallmanagement in der voraus beschriebenen Form im Düsseldorfer Modell entwickelt und verankert werden soll, muss es als Resultat der differenzierten Leistungsbeschreibung - zumindest für die Zukunft - mit einem entsprechenden Kostensatz hinterlegt werden.

Fallmanagement kann nur nach entsprechender Beauftragung tätig werden. Das Sachgebiet „Beratung und Leistung bei ambulanter und stationärer Pflegebedürftigkeit“ des Amtes für Soziale Sicherung und Integration koordiniert und steuert die Arbeit der Akteure, die Kommunikation und den Informationsfluss und ist verantwortlich für das Controlling. Die Auftrag gebende Instanz muss dazu in die Lage gesetzt werden, sich ein Bild hinsichtlich der Notwendigkeit eines FM zu machen (vgl. Kap. 3.2). Die Übermittlung der Daten erfolgt in der Regel auf elektronisch. Unnötige Wege für den Klientinnen und Klienten und deren Angehörige sind zu vermeiden.

Grundlage dazu werden sicherlich zunächst die Informationen aus der frühen Beratung sein. Zu diesen Informationen muss eine Aussage zur Mitwirkungsbereitschaft und ggf. -fähigkeit des Betroffenen gehören.

Einen anderen Zugang für FM bilden Kriseninterventionen, in deren Rahmen deutlich wird, dass neben adäquater Akuthilfe umfangreichere und dauerhafte Hilfen in einem Gesamtpaket notwendig sind. In diesen Fällen ersetzt die Krisenintervention die frühe Beratung bzw. das Erstgespräch. Als eines der Ergebnisse der Krisenintervention wird das FM in Gang gesetzt. Krisenintervention meint die unmittelbare Abwendung und Beseitigung von Gefahr für Leib und Leben einer Person. In der Seniorenhilfe kann dies beispielsweise bei Bekanntwerden einer umfangreichen Unterversorgung in der häuslichen Umgebung (sowohl bei der existenziellen Grundversorgung, aber auch bei der ärztlichen Versorgung) der Fall sein. In solchen Fällen ist dringender Handlungsbedarf zur Abwendung einer Selbst- oder Fremdgefährdung gegeben.

Werden Kriseninterventionen in einem laufenden Hilfeplanverfahren notwendig, muss der zuständige FM sofort handeln. Eine Auftragserteilung der zentralen Steuerungsstelle ist nicht notwendig. Der Hilfeplan muss dann im Hinblick auf diese Situation im Rahmen einer Fortschreibung neu angepasst werden.

3.4 Das Hilfeplanverfahren

Methodik des Hilfeplanverfahrens im Überblick

Als Teil der qualifizierten Durchführung des FM wird das in diesem Kapitel beschriebene Hilfeplanverfahren praktiziert. Es muss als Qualitätsstandard im Gesamtsystem des Düsseldorfer Modells ebenso verankert sein wie die frühe Beratung als Vorfeldaktivität bzw. erste Stufe des FM.

Zur professionellen Moderation bzw. Koordination komplexer Beratungs- und Unterstützungsbedarfe ist ein Hilfeplan unbedingt notwendig. Dies wird immer dann der Fall sein, wenn eine punktuelle Beratung alleine nicht ausreicht oder wenn der Hilfeempfänger oder sein/e Betreuer/in nicht in der Lage sind, den Hilfebedarf zu erkennen bzw. nicht in der Lage sind geeignete Hilfen eigenständig umzusetzen.

Der Hilfeplan ist Bestandteil des Fallmanagements. Die im Düsseldorfer Modell anzuwendende Form des Hilfeplans ist weiter unten abgebildet. Der Hilfeplan erfasst den gesamten Hilfebedarf älterer Menschen in Abstimmung mit der betroffenen Person. Auf dieser Grundlage wird unter Einbezug des sozialen Umfeldes und ggf. unter Beteiligung verschiedener Berufsgruppen ein umfassendes Hilfekonzept entwickelt, dessen Realisierung von der / dem Fallmanager/in begleitet wird. Die / der Fallmanager/in ist zudem zuständig für die regelmäßige Reflexion der Umsetzung und ggf. für eine notwendige Modifizierung des Konzeptes bzw. einzelner Maßnahmen.

Phasenmodell

Hilfreich für die Durchführung des Hilfeplanverfahrens ist ein Phasenmodell ähnlich dem, wie es in der Jugendhilfe Düsseldorf praktiziert wird (vgl. die Arbeitshilfe des JA Düsseldorf, § 36 KJHG, Hilfeplanverfahren - Phasenmodell, Stand 10/2001).

Zur Fallanalyse und Hilfeplanung sind als Ablaufschema folgende Phasen zu berücksichtigen:

- ➔ Engagement (Aufbau der Arbeitsbeziehung)
Annahme des Klienten, Aufbau einer effektiven Arbeitsbeziehung, Vertrauensbasis schaffen, Verständigung, wie die Zusammenarbeit im Rahmen von Fallmanagement durchgeführt wird.
- ➔ Einschätzung (Assessment)
Erfassung der Ist-Situation mit der aktuellen Versorgungssituation, Bedarfsbeschreibung aus Sicht des Klienten und des FM.
- ➔ Planung
Beratung zu weiteren Hilfen, notwendige Leistungen für die häusliche Versorgung, gemeinsame Zielformulierung, Festlegung von Dringlichkeiten, Kontrakt
- ➔ Erschließen von Hilfequellen
Umsetzung der geplanten Hilfe, Durchführung der Hilfe durch Akteure der Altenhilfe, Einbezug des sozialen Umfeldes.

→ Koordination

Der FM koordiniert die vorgesehenen Dienstleistungen, Zusammenarbeit mit den verschiedenen Fachkräften und den beteiligten Stellen.

→ Überwachung

Prüfung und Revision bezogen auf die Zusammenarbeit der Dienste untereinander, auf die Arbeitsbeziehung zwischen Klient und Dienstleistern, auf die Qualität der Dienstleistung, entspricht die Durchführung der Hilfe den Zielen, Einhaltung der geplanten Zeiträume.

→ Neueinschätzung, Fortschreibung und Entpflichtung

Bewertung der Hilfe unter Einbezug des Klienten und den Dienstleistern, gegebenenfalls weiterer Hilfebedarf und Planung der Hilfen notwendig.

Abschluss des Fallmanagements

Ein klarer Abschluss des FM ergibt sich, wenn der zu Pflegende in ein Heim aufgenommen wird, verzieht oder verstirbt. Wird das FM auf eigenen Wunsch abgebrochen, wird dennoch eine nachgehende Aufmerksamkeit für ggf. auftretende Schwierigkeiten notwendig sein.

Ansonsten ist i.d.R. davon auszugehen, dass der Gesundheitszustand von Menschen im FM sich nicht dauerhaft so verbessern wird, dass man den Fall ganz abschließen kann. Zu unterscheiden ist eine erste, intensive Phase des FM, in denen Hilfen organisiert und installiert werden müssen, und eine spätere Phase, in der installierte Hilfen und die persönliche Situation überprüft werden müssen. In welchen zeitlichen Abständen und in welcher Intensität dies zu geschehen hat, hängt sehr von der pflegerischen und sozialen Situation der Klienten ab. In der Regel ist eine erste nachgehende Überprüfung nach 6 Monaten notwendig, danach mindestens einmal jährlich.

Eine trennscharfe Linie zwischen den Fällen in diesen zwei Phasen ist schwer zu ziehen. Es ist geplant, nach Vorliegen praktischer Erfahrungen Möglichkeiten für eine nachvollziehbare Personalbemessung zu entwickeln.

Berichtswesen/Controlling

Der zuständige Fallmanager ist dafür verantwortlich, das Hilfeplanverfahren lückenlos zu dokumentieren; die einzelnen Aufgabenbereiche mit den jeweiligen Leistungen des FM müssen dem Amt für soziale Sicherung und Integration in Form eines Berichtswesens zur Verfügung gestellt werden.

Ein anderer Teil des FM ist das Bereitstellen von Daten für das Controlling. Derzeit wird an der Feinjustierung dieses Aspekts in der AG Wirkungscontrolling gearbeitet. In jedem Fall muss es um die Aspekte Zielerreichung und Beurteilung der erzielten Wirkungen gehen.

Unstrittig ist zudem die Notwendigkeit, im FM-Prozess zu definierten Zeitpunkten und bei festzulegenden Anlässen Reflexions- und Rückbindungsschleifen verbindlich vorzusehen

- Hilfeplan / Dokumentation -⁴

Bearbeiter (Name, Telefonnummer, Verband / Träger):

Anlass: (von wem veranlasst? / auslösende Situation? / initiiender Kooperationspartner? / Eigeninitiative Klient? / ...)

Datenschutzrechtlicher Hinweis gemäß § 67b Sozialgesetzbuch – Zehntes Buch (SGB X): Die nachstehenden Daten werden benötigt, um Ihren Hilfebedarf planen und Sie beraten zu können. **Alle Angaben sind freiwillig.** Sofern Sie zu bestimmten Punkten keine Angaben machen möchten, kann dies allerdings unter Umständen dazu führen, dass kein Hilfeplan für Sie erstellt werden kann. Die erhobenen Daten werden nur an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Bezirkssozialdienstes des Jugendamtes, des Amtes für soziale Sicherung und Integration und des Gesundheitsamtes der Stadt Düsseldorf, die im Bereich Seniorenarbeit tätig sind oder Beratung mit Blick auf medizinische Rehabilitation und/oder einen Teilhabebedarf nach § 54 SGB XII durchführen, sowie entsprechende Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Düsseldorfer Wohlfahrtsverbände im Bereich Seniorenarbeit weitergeleitet. Sofern eine Weitergabe an Dritte oder eine Kontaktaufnahme mit Dritten erforderlich wird (z.B. behandelnde Ärzte, sonstige Anbieter), erfolgt dies nur mit Ihrem **gesonderten schriftlichen Einverständnis**.

1. Sicherstellung des selbständigen Lebens in der eigenen Wohnung

Klient/in

Familiename, Vorname:

Geburtsdatum:

Geburtsort:

Anschrift:

Konfession:

Staatsangehörigkeit:

Krankenkasse (gesetzlich versichert oder Betreuungspatient mit Status 4, Grad der Erwerbsminderung, Merkmal):

Schwerbehindertenausweis:

Zentrale Bezugsperson (Name, Anschrift, Telefon)

Betreuer/in, bevollmächtigte Person (Name, Anschrift, Telefon, Wirkungskreis)

⁴ Gemäß Sozialgesetzbuch - Elftes Buch (SGB XI); § 61 - § 66 Sozialgesetzbuch - Zwölftes Buch (SGB XII); Beratung gemäß §4 Landespflegegesetz Nordrhein-Westfalen (PfG NW)

Familienstand

Angehörige / Angaben zu den im Haushalt lebenden Personen

Angaben zu Angehörigen / Bekannten außerhalb der Hausgemeinschaft

Pflegestufe lt. SGB XI

(I / II / III; keine Pflegestufe; Pflegestufe „0“; Geld- oder Sachleistungsbezug, Komi-
Leistungsbezieher/in; noch nicht begutachtet; ...)

Liegt eine Begutachtung nach den Pflegebedürftigkeitsrichtlinien vor (Wer hat es erstellt?
Ist das Gutachten verfügbar?)

Bezieher/in von Leistungen nach SGB XII? (Wenn ja: welche?)

Beschreibung der IST-Situation (Was ist derzeit wie?)

Hausbesuch / Ort des Treffens am/um:	Teilnehmende:
Vorinformationen:	von wem; ggf. wo bereits dokumentiert:
1.1 Soziale und Pflegerische Situation: (ggf. auch Einschätzung zur Angemessenheit der Pflegestufe)	
1.1.1 Soziale Situation (Akzeptanz der eigenen Situation / Umgang mit Einschränkungen / „soziale Wohnsituation“ / familiäre bzw. sonstige Beziehungskonstellation / Kommunikation und Teilhabe / Kontakte nach außen / auch Informationen über das soziale Umfeld auf-führen / soziale Netzwerke, die evtl. aktiviert bzw. reaktiviert werden können / (Aus-) Bildung / frühere Berufstätigkeit bzw. zuletzt ausgeübter Beruf / Hobbys / ...):	
1.1.2 Pflegerische Situation (Körperpflege / Ernährung / Mobilität / Behandlungspflegerischer Hilfebedarf / Nächtlicher Hilfebedarf / Hauswirtschaft, etc.)	

<p>1.2 Wohnsituation (Größe der Wohnung / barrierefreie Ausstattung bzw. „Stolperfallen“/ Zugang zur Wohnung / Möglichkeit des selbständigen Verlassens der Wohnung / sonstige Besonderheiten aufführen):</p>
<p>1.3 Pflege-/Mobilitätshilfen (Hausnotruf / EaR / Pflegebett / Rollator / ...:) /Medizinische Diagnosen (hausärztliche Versorgung / fachärztliche Behandlung / Klinikaufenthalt im letzten halben Jahr):</p>
<p>1.4 Vorhandene Ressourcen (eigene / familiäre / sonstige informelle / Netzwerke / ...)</p>
<p>1.5 Finanzielle Situation (Art und Höhe des Einkommens, Art und Höhe des Vermögens)</p>

2. Bedarfsbeschreibung (fachliche Sicht)

Wünsche der Klientin / des Klienten an FM / Einschätzung der eigenen Situation

Ressourcen / Stärken?

Schwachpunkte / Einschränkungen?

Abklärung des Teilhabe-/Rehabilitationsbedarfes und einer evt. Zuständigkeit von Amt 53

Med. Rehabilitation und Teilhabepanung des Gesundheitsamtes

(bei Bedarf nach § 54 SGB XII i.V.m. SGB IX und SGB I) um eine Behinderung abzuwenden oder ihre Folgen abzumildern, z.B.:

Medizinische Rehabilitation/ Hilfsmittelberatung/ Schwerbehindertenausweis/ Kommunikationshilfen/ Prüfung der Pflegesituation/ medizinische Wohnberatung und Begutachtung Behindertenfahrdienst und Mobilitätshilfen/ sozialmedizinische Beratung incl. Angehörigenberatung

Beratung zu weiteren Hilfen

Beratung zu weiteren Hilfen durchgeführt (nennen)?

Es bleibt bei „Erstberatung“ (ggf. weitere Verabredung? / Wiedervorlage? ...)⁵

Beratung zu weiteren Hilfen vereinbart? (selbst / durch Kooperationspartner: nennen / nächsten Termin vereinbart / ToDo-Notizen / Wiedervorlage, ...).

⁵ Platzhalter für die Diskussion, ob dieses Formular mit Kennzeichnung entsprechender Stellen nicht auch für die frühe Erstberatung“ verwendet werden könnte.

Zielformulierung / Kontrakt

Folgende Ziele - gemeinsam - vereinbart: (im Detail nennen)

„Kontrakt geschlossen“ / folgende Maßnahmen vereinbart: (im Detail nennen; ToDo-Notizen, Wiedervorlage? ...)

3. Festgestellter und mit dem Kunden vereinbarter Hilfebedarf
 (mit dem Ziel, häusliche, pflegerische Versorgung und den weiteren Verbleib in der Wohnung abzusichern)

	Hilfebedarf aus Sicht der Klientin / des Klienten (Soll- bzw. angestrebter Zustand!)	Hilfebedarf aus sozialarbeiterischer Sicht (Soll- bzw. angestrebter Zustand!)
(A) Körperpflege		
(B) Ernährung		
(C) Mobilität		
(D) Hauswirtschaftliche Versorgung		
(E) Pflegehilfsmittel		
(F) Wohnberatung / Wohnumfeldberatung		

	Hilfebedarf aus Sicht der pflegebedürftigen Person (Soll- bzw. angestrebter Zustand!)	Hilfebedarf aus sozialarbeiterischer Sicht (Soll- bzw. angestrebter Zustand!)
(G) Soziale Einbindung <ul style="list-style-type: none"> • Nachbarschaft • Kirchengemeinde • zentren <i>plus</i> • Begegnungsstätten • Netzwerke • Sonst. Freizeitaktivitäten • Hobbys 		
(H) Sonstiges		

4. Notwendige Leistungen für die häusliche pflegerische Versorgung zum weiteren Verbleib in der Wohnung

--

5. Weitere Veranlassung

<p>- Antrag auf Einstufung SGB XI</p> <ul style="list-style-type: none"> - SGB XII-Leistung veranlassen - Verordnung für häusliche Krankenpflege nach SGB V initiieren 	<ul style="list-style-type: none"> - Widerspruch / Klage - Nachbegutachtung veranlassen 	<p>Folgende Kooperationspartner informieren / einschalten:</p>
<p>Unterlagen erbitten von:</p>		
<p>Benachrichtigungen: Klient/in / Betreuer / Angehörige / Netzwerker / zentrum <i>plus</i> / Pflegedienst / andere Leistungserbringer / ...</p>		
<p>Kontaktvermittlung / Integration in soziale Netzwerke:</p>		

Achtung: Für alle unter Ziffer 5 aufgeführten Punkte ist eine gesonderte Einwilligungserklärung erforderlich!

6. Strukturkenntnis? / Defizit im Angebotsspektrum? / Systemproblem erkannt?

**7. Laufzeit / Überprüfung des Hilfeplanes
Benennung des Zeitraumes**

(Datum, Unterschrift Klientin / Klient)

(Datum, Unterschrift Fallmanager/in)

(Mit der Unterschrift der Fallmanagerin/des Fallmanagers wird gleichzeitig versichert, dass die Unterschrift des Klientin/des Klienten auf dem handschriftlichen Originalantrag vorliegt, der mit diesem Antrag übereinstimmt. Auf Wunsch kann eine Kopie des Originalantrages eingesehen werden [Gilt für den Fall, dass der Antrag nachträglich auf dem PC ausgefüllt wird].)

Bearbeiter (Name, Telefonnummer, Verband/Träger):

(Vorname, Name)

(Wohnungsanschrift)

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

Ich damit einverstanden, dass im Zusammenhang mit dem am unterzeichneten Hilfeplan Fallmanagement / der Beratung am (SGB XI, §§ 61-66 SGB XII, § 4 PfG NW) Auskünfte bei Dritten einholt bzw. mich betreffende Daten im Sinne des § 67 Sozialgesetzbuch - Zehnter Teil (SGB X) offenbart werden, soweit dies zur Durchführung des Hilfeplans oder der Beratung notwendig ist (siehe Ziffer 5 – Weitere Veranlassung – des Hilfeplans).

Als Dritte anerkenne ich:

(Name, Vorname, Firma/Institution, Anschrift)

Folgendes soll veranlasst werden:

(bitte unbedingt ausfüllen oder streichen)

Folgende Unterlagen sollen übersandt werden:

(bitte unbedingt ausfüllen oder streichen)

Benachrichtigungen sollen erfolgen an:

(Name, Vorname, Firma/Institution, Art und Umfang der Benachrichtigung)

(bitte unbedingt ausfüllen oder streichen)

(Ort, Datum, Unterschrift)

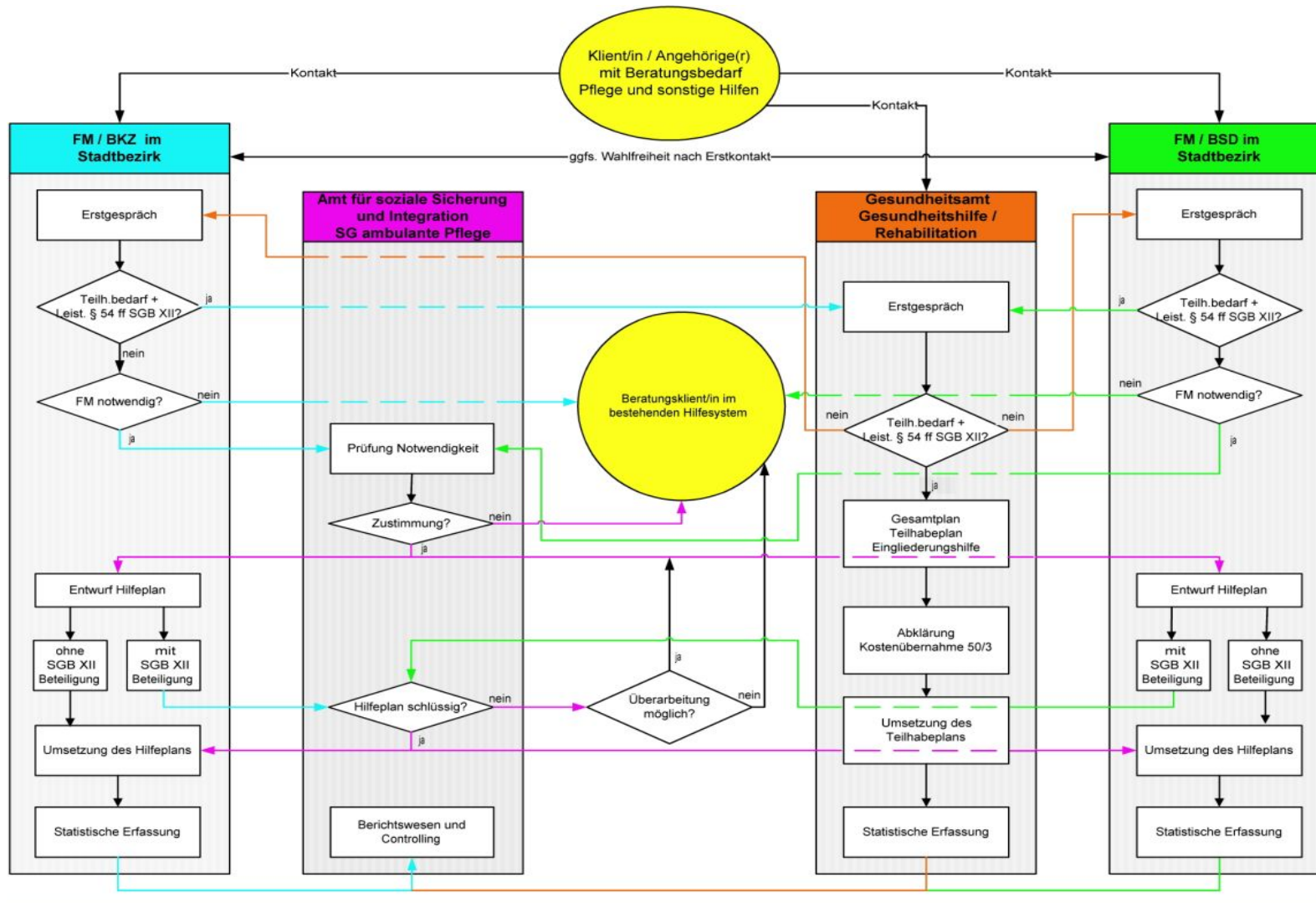


Schaubild:
Beratung von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen