

Leitlinien der Zusammenarbeit für eine bedarfsgerechte Versorgung von Menschen mit Hilfebedarf im Westkreis

1 Grundsätze

Die Leitlinien folgen den Grundsätzen „**Rehabilitation vor Pflege**“ und „**ambulant vor stationär**“, die sich aus dem deutschen Sozialrecht ableiten.

Alle unterzeichnenden Netzwerkpartner treten für eine vertrauensvolle Beziehungsgestaltung zum Klienten ein, die seine **Selbstbestimmung** wahrt und seine Möglichkeiten zur Selbsthilfe einbezieht.

Sie sind zur **Verschwiegenheit** verpflichtet und berücksichtigen die **gültigen Datenschutzbestimmungen**. Deshalb haben sie die angehangene **Verpflichtungserklärung** unterschrieben.

Die unterzeichnenden Netzwerkpartner **nutzen die Netzwerkkonferenzen** für einen regelmäßigen fachlichen und organisatorischen Austausch.



2 Leitlinien der Zusammenarbeit

1. Die Versorgung individuell planen

Die Versorgungsplanung richtet sich nach den Bedarfen, Bedürfnissen und dem selbstbestimmten Willen des Klienten. Der Klient wählt unter den verschiedenen Dienstleistungen und Angeboten aus.

2. Den Bedarf ermitteln und decken

Erkennt ein Netzwerkpartner bei einem Klienten einen Bedarf, den er durch eigene Leistungsangebote nicht decken kann, informiert und berät er den Klienten zu bestehenden Angeboten und Zugangswegen im Westkreis oder vermittelt ihn an den Pflegestützpunkt des Landkreises, den Gesundheits- und Pflegestützpunkt West oder eine andere Beratungsstelle.

3. Case-Management im Bedarfsfall sicherstellen*

Die Klienten erhalten eine bedarfsgerechte Versorgung. Bei komplexen Versorgungs- und Koordinationsbedarfen erfolgt diese im Sinne eines Case-Managements.

Dazu nutzen die Netzwerkpartner die vorhandenen Kompetenzen des Pflegestützpunktes Marburg-Biedenkopf, des Gesundheits- und Pflegestützpunktes West oder entsprechend leistungsfähiger Partner.

Die Mitarbeiter der genannten Stellen ermitteln gemeinsam mit dem Klienten und seinen Angehörigen die vorhandenen Bedarfe, organisieren und koordinieren die benötigten Versorgungsangebote aus den verschiedenen Sektoren und begleiten den Klienten über einen längeren bzw. den erforderlichen Zeitraum.

4. Informationen bereitstellen und einholen

Die Netzwerkpartner nutzen den Pflegekompass des Landkreises Marburg-Biedenkopf als gemeinsame Datenbank, um ihre Leistungen darzustellen und sich selbst über die vorhandenen Ressourcen und Kompetenzen der verschiedenen Anbieter zu informieren. Die Netzwerkpartner stellen sicher, dass ihre Außendarstellung in dieser Datenbank aktuell und vollständig ist.

5. Das eigene Leistungsprofil schärfen

Die Netzwerkpartner präsentieren sich mit einem klaren Leistungs- und Angebotsprofil, damit ihre Ressourcen und Kompetenzen für alle Beteiligten einschätzbar und nutzbar sind.

6. Bedarfsgerechte Versorgung nach Klinik-/ Reha-/ voll- und teilstationären Aufenthalten sichern

Das Entlassungsmanagement einer stationären Einrichtung leitet frühestmöglich und in enger Zusammenarbeit mit den Netzwerkpartnern aus dem Gesundheits- Pflege- und Sozialwesen die notwendige poststationäre und individuelle Hilfe beratend und vermittelnd ein. Nach Bedarf und Wunsch des Klienten bindet das Entlassungsmanagement den Pflegestützpunkt, einen Gesundheits- und Pflegestützpunkt oder eine andere Beratungsstelle im Landkreis Marburg-Biedenkopf rechtzeitig ein, um die bedarfsgerechte Versorgung sicherzustellen oder zu optimieren.

7. Zusammenarbeit mit bürgerschaftlich Engagierten fördern*

Professionell Dienstleistende aus den Bereichen Pflege- und Gesundheitsversorgung arbeiten im Sinne von Hilfe-Mix-Strukturen partnerschaftlich mit Ehrenamtlichen bzw. bürgerschaftlichen Hilfen zusammen und beziehen diese Angebote in die Versorgung mit ein, um ihr eigenes Angebot zu ergänzen und die Versorgungs- und Lebensqualität für den Klienten zu verbessern.

8. Kommunikation unter den Netzwerkpartnern fördern*

Die Netzwerkpartner nehmen regelmäßig an den Netzwerkkonferenzen teil. Die Netzwerkpartner erklären sich bereit, an Fallkonferenzen, Mitteilungsbüchern und ähnlichen Kommunikationsinstrumenten mitzuwirken. Bei Fallvermittlung geben sich die Netzwerkpartner Rückmeldung zum Verlauf und/oder Ergebnis des Falls.

9. Angebotslücken kommunizieren*

Stellt ein Netzwerkpartner eine Angebotslücke im Bereich Pflege, Gesundheitsversorgung oder im Bereich soziale Hilfen fest, bringt er diese zur Diskussion und Bearbeitung in die Netzwerkkonferenz ein.

10. Sich gemeinsam fortbilden

Erkennt ein Netzwerkpartner einen allgemeinen Fortbildungsbedarf in Hinblick auf ein bestimmtes Thema, bringt er seinen Vorschlag in die Netzwerkkonferenz ein. Die Teilnehmer der Netzwerkkonferenz überlegen gemeinsam, ob und wie sich der Fortbildungsbedarf decken lässt.

11. Leitliniengestützte Zusammenarbeit weiterentwickeln

Entwickeln einzelne Netzwerkpartner weitere Ideen für die vorliegenden Leitlinien oder die konkretisierten Empfehlungen, bringen sie ihre Vorschläge in die Netzwerkkonferenz ein. Die unterzeichnenden Netzwerkpartner stimmen anschließend darüber ab, ob und in welcher Form diese neuen Vorschläge in das vorliegende Dokument aufgenommen werden sollen.

* zu den mit Sternchen gekennzeichneten Leitlinien existieren ergänzende Empfehlungen, die als Konkretisierung zu verstehen sind. Dies finden Sie im nächsten Abschnitt.

3 Konkretisierungen einzelner Leitlinien

Unabhängig von den generellen Leitlinien wurden konkretisierende Empfehlungen für die Zusammenarbeit entwickelt. Diese können, sofern sie nur einzelne Akteursgruppen und nicht alle Partner betreffen, im Einvernehmen der betroffenen Netzwerkpartner jederzeit ergänzt oder geändert werden.

Die Netzwerkpartner begrüßen es, wenn in Zukunft noch weitere konkrete Empfehlungen für die Zusammenarbeit zwischen einzelnen Akteursgruppen entstehen.

Konkretisierungs- und Ergänzungsvorschläge zu den Leitlinien können jederzeit in die Netzwerkkonferenz eingebracht werden.

Konkretisierte Empfehlung zu Leitlinie 3

Bedarfsfall Case-Management

Ein „komplexer Versorgungs- und Koordinationsbedarf“ besteht, wenn zur Versorgung des Klienten verschiedene Akteure aus den Bereichen Pflege, Gesundheitsversorgung oder soziale Hilfen erforderlich sind und deren Abstimmung nicht durch den Klienten selbst oder durch Angehörige organisiert werden kann. In einem solchen Bedarfsfall ist ein Case-Management notwendig und an eine entsprechend leistungsfähige Beratungsstelle weiterzuleiten, bzw. von dieser durchzuführen.

Konkretisierte Empfehlung zu Leitlinie 6

Sicherstellung medizinischer und pflegerischer Maßnahmen

Zur Vermeidung von Behandlungsunterbrechungen bei Entlassung aus einer stationären Behandlung erhält der Klient einen Kurzarztbrief, der alle wesentlichen Informationen (Diagnosen, fortzuführende therapeutische Maßnahmen) beinhaltet. In absehbar komplizierten Fällen nimmt die stationäre Einrichtung telefonischen Kontakt zum durch den Klienten benannten weiterbehandelnden Arzt auf.

Zur Sicherstellung der medikamentösen Versorgung gibt die stationäre Einrichtung dem Klienten die entsprechende Medikation in ausreichender Menge (bis zum nächsten Werktag) mit. Der weiterbehandelnde Arzt stellt durch seine Verordnungen sicher, dass der ambulante Behandlungsbedarf gedeckt wird.

Konkretisierte Empfehlung zu Leitlinie 8

a. Fallkonferenz als Kommunikationsinstrument

Bei Fällen mit komplexer Versorgungsproblematik sowie hohem Koordinations- und Abstimmungsbedarf laden die Mitarbeiter der Stützpunkte oder entsprechend leistungsfähiger Beratungsstellen alle beteiligten Akteure dazu ein, sich im Rahmen einer Fallkonferenz über mögliche Lösungen auszutauschen. Die zur Fallkonferenz einladende Institution ist verantwortlich dafür, dass alle Beteiligten die datenschutzrechtlichen Voraussetzungen erfüllen und eine Einwilligung des Klienten vorliegt. (vgl. Anlagen).

b. Mitteilungsbuch als Kommunikationsinstrument

Bei Fällen mit komplexer Versorgungssituation klären die Mitarbeiter der genannten Stellen den Klienten sowie alle beteiligten Akteure über die Möglichkeit auf, ein Mitteilungsbuch zu führen. Dieses kann den verschiedenen Akteuren als Kommunikationsplattform dienen, um aktuelle Informationen miteinander auszutauschen.

c. Kommunikation zwischen Ärzten und Heilmittelerbringern verbessern

Sofern aus Sicht der Therapeuten der Bedarf für eine Behandlung besteht, die die im Heilmittelkatalog festgelegte Regelmenge überschreitet, informieren sie die verordnenden Ärzte über den Stand der Therapien in Form von Therapieverlaufs-Berichten. Sollte nach medizinischer Einschätzung keine weitere Verordnung notwendig sein, vermerkt der Arzt dies auf dem Verlaufsbericht und leitet diesen an die Therapeuten zurück.

Konkretisierte Empfehlung zu Leitlinie 9

Angebotslücken schließen

Wenn durch die Teilnehmer der Netzwerkkonferenz die Angebotslücke bzw. der Angebotsmangel bestätigt wird, prüfen die Anbieter der Netzwerkkonferenz, ob ein Träger das Angebot selbst schaffen kann. Sofern dies nicht möglich ist, werden in der Netzwerkkonferenz oder einer Unter-AG Lösungsvorschläge erarbeitet. Die Ergebnisse der Arbeitsgruppe/NWK werden dem jeweils betroffenen Magistrat/Gemeindevorstand mitgeteilt. Sofern die Kommune keine Chance für die Umsetzung sieht, wird von der Stabsstelle Altenhilfe des Landkreises Marburg-Biedenkopf in Zusammenarbeit mit dem Gesundheits- und Pflegestützpunkt ein Lösungsprozess moderiert, an dem alle relevanten Träger beteiligt sein sollen. Ziel ist es, die Angebotslücke angemessen und dauerhaft zu schließen.