

Anlage 2

zur Beschlussvorlage vom 31. Mai 2017

Aufgaben eines Pflegestützpunktes

Case Management

Das Case Management steht für die Koordinierung aller wohnortnahen Versorgungsangebote. Der Hilfebedarf wird auf die individuelle Situation abgestellt; dabei werden Behandlung, Pflege, Therapie und hauswirtschaftliche Versorgung koordiniert sowie Ziele mit den Dienstleistern vereinbart und geprüft. Diese koordinierte Hilfe kommt sehr oft zum Einsatz nach der Entlassung aus der stationären Behandlung in die häusliche Umgebung. Mit der Beratung und Unterstützung der Sozial- und Pflegeberater/innen, den Krankenhaus Entlassungsmanagements und anderer Kosten- und Leistungsträger ist ein längerer oder dauerhafter Verbleib im eigenen Wohnumfeld möglich. Oftmals sind jedoch die Möglichkeiten der häuslichen Pflege und Unterstützung nicht ausreichend bekannt oder die Pflegebedürftigen erhalten keine ausreichenden Informationen von Ärzten und Krankenhausentlassungsdiensten. Dieses kann zur Folge haben, dass eine an sich vermeidbare stationäre Pflege initiiert wird.

Care Management

Der ergänzende Teil zum individuellen Case Management ist das umfassendere Care Management. Dies beinhaltet in erster Linie die Netzwerkarbeit. Um ein individuelles Case Management anbieten zu können ist es notwendig, auf der Systemebene mit den nötigen Dienstleistern wie z. B. ambulanten Einrichtungen, Hauskrankenpflege, Krankenhäusern, Ärzten und Behörden in Kontakt zu treten und in Zusammenarbeit mit diesen die anschließende Versorgung sicherzustellen. Der Pflegestützpunkt vernetzt vorhandene Strukturen und baut Kooperationen auf, um für pflegebedürftige Menschen eine abgestimmte Versorgung und Betreuung im jeweiligen Wohnquartier zu ermöglichen. Er verfügt über ein leistungsfähiges Netzwerk mit Institutionen, Organisationen, Einrichtungen und Fachkräften.

Konkret bedeutet dies:

1. Mit den Sozialarbeiter/innen der Krankenhäuser im Landkreis besteht eine enge Zusammenarbeit. Mit dem Überleitungsbogen wird der Pflegestützpunkt kontaktiert, um nach dem Krankenhausentlassungsmanagement die Pflege in der Häuslichkeit abzusichern, der Zusammenarbeit einen vertraglichen Rahmen zu geben und diese dadurch zu optimieren.
2. Der Pflegestützpunkt ist im Netzwerk Demenz mit involviert. Es finden regelmäßige Arbeitstreffen statt. Öffentlichkeitsveranstaltungen werden gemeinsam mit den Netzwerkpartnern (z.B. Gesundheitsamt, KISS, Alzheimergesellschaft, Uhlenhaus, Mehrgenerationenhaus, BIGS, Vertreter der Kirche, Seniorenheime, private Pflegeberatung Compass u.v.a.m.) organisiert. Beispiel: Weltalzheimertag
3. Des Weiteren ist der Pflegestützpunkt in das Projekt PfiFf (Pflege in Familien fördern) eingebunden. Die Absicht ist, pflegende Angehörige durch Schulung und Anleitung für

die Pfl egetätigkeit zu qualifizieren sowie in ihrer Lebenssituation zu unterstützen und zu stärken. Dies ist ein Angebot der AOK Nordost in Zusammenarbeit mit den Pflegestützpunkten und dem SANA Krankenhaus in Bergen auf Rügen.

4. Im Helferkreis Demenz, in welchem der Pflegestützpunkt ein Partner ist, werden Ehrenamtliche geschult, die an Demenz erkrankte Menschen begleiten und die Angehörige entlasten.
5. Auf überregionaler Ebene präsentieren sich die Pflegestützpunkte in M-V z. B. auf der Hausarztmesse, der Pflegemesse, dem M-V Tag, bei der Schulung der Nepa-Schwwestern (Hausbesuchsschwwestern) oder der 50 plus-Messe in Schwerin.

Weiterführende Informationen zu den Aufgaben eines Pflegestützpunktes finden sich in § 7c SGB XI (siehe bereits dazu in Anlage 1) sowie in der Broschüre „Pflegesozialplanung und Pflegestützpunkte - den demografischen Wandel im kommunalen Raum begleiten und gestalten“, welche als **Anlage 2a** beigefügt ist.