

Systemisches Case Management im Aufbau einer Nachsorgeeinrichtung in der Pädiatrie

7 Stufen zur Nachsorgeeinrichtung Bunter Kreis

Rebekka Mangold¹/Waltraud Baur²/Andreas Podeswik³/Irmgard Schroll-Decker¹

1. Einleitung

Case Management findet im Gesundheitswesen zunehmend Verbreitung und Anerkennung. Dies schlägt sich auch in Gesetzgebungsverfahren wie der Reform der Pflegeversicherung oder dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz nieder. In letzterem wurde die sozialmedizinische Nachsorge (vgl. § 43 Abs. 2 SGB V) aufgenommen, eine Case Management-Leistung in der sektorenübergreifenden Versorgung schwerst- und chronisch kranker Kinder und ihrer Familien, die von den gesetzlichen Krankenkassen finanziert oder gefördert werden kann. Grundlage für das Nachsorgegesetz war der Nachweis der Effektivität und Effizienz der Nachsorge nach Modell Bunter Kreis (Wiedemann, 2004).

Komplex belastete Patienten(familien) erhalten im Übergang von stationärer zu ambulanter Versorgung Sozialmedizinische Nachsorge (SN) mit dem Ziel der Therapie-Sicherstellung. SN beinhaltet die Analyse der Belastungssituation, die Koordination der Versorgung und die Motivation zur Inanspruchnahme der notwendigen Therapien (vdak, 2005a). Damit die SN durch die Krankenkassen (zumindest teilweise) refinanziert werden kann, müssen Nachsorgeeinrichtungen als Leistungserbringer anerkannt sein. Die Krankenkassen fordern hierzu ein Nachsorgekonzept, welches im Rahmen der Prozessqualität das Handlungskonzept Case Management (CM) beinhaltet und im Rahmen der Strukturqualität Nachsorgemitarbeiter mit Kenntnissen oder Grundkenntnissen in CM (vdak, 2005b). Kenntnisse in CM werden deutschlandweit mit der von der DGCC zertifizierten Weiterbildung gleichgesetzt.

Somit werden aufgrund gesetzlicher Vorgaben in der pädiatrischen Versorgung Case Management-Einrichtungen etabliert.

Der folgende Artikel fokussiert auf die Systemebene des Case Managements, im Mittelpunkt stehen der Aufbau und die Implementierung von Nachsorge nach dem Modell Bunter Kreis im pädiatrischen Versorgungssystem (Podeswik et al., 2007).

2. Case Management, Case Manager und Case Management-Einrichtung in der pädiatrischen Nachsorge

Case Management

In Kinderkliniken werden Früh- und Neugeborene, krebs-, chronisch und schwerst kranke Kinder und ihre Familien rund um die Uhr versorgt. Hier steht i.d.R. ein hervorragendes medizinisches Versorgungssystem zur Verfügung. Eine Versorgungslücke entsteht dagegen im Übergang von der stationären zur ambulanten Versorgung. Die Therapie ist im ambulanten Bereich nicht sichergestellt, da Leistungen vor Ort nicht ohne weiteres verfügbar oder auf mehrere untereinander nicht vernetzte Leistungserbringer verteilt sind und Eltern durch die Versorgung des Kindes oder durch weitere Probleme stark belastet sind. Es kommt zu unnötigen Wiederaufnahmen in der Klinik und/ oder Folgeschädigungen medizinischer, psychischer und psychosozialer Art. Diese Problemsituation wurde an der Kinderklinik in Augsburg vor 15 Jahren erkannt und eine Nachsorge „Bunter Kreis“ etabliert. Im Mittelpunkt standen die Ver-

netzung und Koordination bestehender Leistungserbringer, die Integration der Patienten in den Alltag, aufsuchende Unterstützung, Hilfe zur Selbsthilfe sowie die emotionale Entlastung, Begleitung und Anleitung der betroffenen Familien. Fehlende Leistungsangebote wie z.B. Patientenschulung, Interaktionssprechstunde, Psychotherapie etc. wurden aufgebaut. Nach einer ersten erfolgreichen Praxisphase entwickelten die Verantwortlichen ein Konzept der Nachsorge, und wählten CM als Handlungskonzept aus. Eine detaillierte Beschreibung von Entwicklung und Konzept Bunter Kreis findet sich z.B. bei Baur & Podeswik (2006).

Auf der Fallebene wurde die Betreuung der Patientenfamilien nach den bekannten CM-Phasen strukturiert, zeitgleich fanden CM-Schulungen für die Nachsorgemitarbeiter statt.

In der Netzwerkarbeit wurden folgende Aufgaben auf Systemebene umgesetzt (vgl. dazu auch Mennemann, 2006):

1. Analyse der Ausgangssituation

Die Bedarfsanalyse ergab, dass Familien mit kritisch kranken Früh- und Risikogeborenen sowie schwer- bzw. chronisch kranken Kindern und Jugendlichen mit erhöhtem Therapieaufwand, rezidivierenden, progredienten oder palliativen Erkrankungen Hilfe und Unterstützung sowohl bei der Verarbeitung der Erstdiagnose wie auch beim Übergang von der stationären zur ambulanten

1 Fachhochschule Regensburg.

2 beta Institut für angewandtes Gesundheitsmanagement gemeinnützige GmbH.

3 Qualitätsverbund Bunter Kreis.

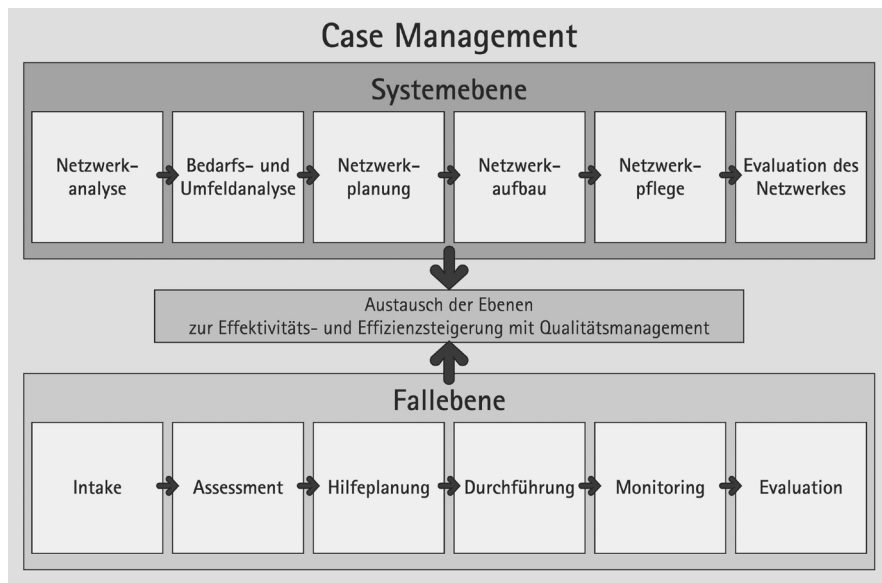


Abbildung 1: Phasen des Case Management auf der Fall- und Systemebene

vertretern ist zentraler Bestandteil dieser Phase. Hierzu zählt auch die Öffentlichkeitsarbeit, die neben der Durchführung gemeinsamer Aktionen, wie z.B. eines Tages der offenen Tür von Kinderklinik und Buntem Kreis, ein umfangreiches Spenden- und Sponsorenmarketing zur Sicherstellung der nicht refinanzierbaren Nachsorgeleistungen umfasst.

4. Netzwerkpflge

Die Zusammenarbeit der Netzwerkpartner wurde durch Kooperationsverträge oder Schnittstellenvereinbarungen, regelmäßige Treffen, den Aufbau von Koordinierungsstellen z.B. für Patientenschulungen usw. gefestigt.

5. Evaluation

Die Evaluation erfolgte auf unterschiedlichen Ebenen: Patientenbefragung, kollegiale Reflexion/ Supervision und Versorgungsforschung zur Effektivität und Effizienz. Es konnte gezeigt werden, dass mit Nachsorge eine deutliche Kosteneinsparung von bis zu mehreren Tausend Euro pro Patient möglich ist (Wiedemann, 2004) und in einer randomisierten Studie wurde die Wirksamkeit von Nachsorge durch eine deutlich verbesserte Interaktion zwischen Mutter und Kind nachgewiesen (Porz, Diedrich & Bartmann, 2007).

CM hatte sich als grundlegendes Handlungskonzept der pädiatrischen Nachsorge bewährt. Im nächsten Schritt wurde nun das Nachsorgemodell Bunter Kreis konzeptionell so weiterentwickelt, dass es an künftigen Standorten in ganz Deutschland aufgebaut werden konnte. Beta Institut und Qualitätsverbund Bunter Kreis entwickelten ein Meta-Nachsorgekonzept, das die Nachsorge nach Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität beschreibt, die Nachsorge- und damit auch die CM-Leistungen in Form von Auswahl- und Ausführungsempfehlungen darstellt und ein Qualitätsma-

ten Versorgung benötigten. Dies galt umso mehr, wenn zur Krankheit und Therapie weitere Belastungen vorhanden waren. Die Akteure in der pädiatrischen Versorgung wünschten sich zur Effektivitäts- und Effizienzsteigerung eine bessere Kommunikation untereinander sowie eine Vernetzung und Koordination ihrer Tätigkeiten.

Die Umfeldanalyse ergab viele bestehende Leistungserbringer, die jedoch zu wenig vernetzt waren, sowie Hinweise auf Lücken in der pädiatrischen Versorgung, z.B. im Bereich der Patientenschulungen und der psychosozialen Versorgung.

2. Planung und Entwicklung von Patientenpfaden, Dokumentation und Qualitätsmanagement

Im nächsten Schritt analysierten die Projektleiter den Bedarf und das Bedürfnis unterschiedlicher Krankheitsgruppen an Nachsorge und CM. Beispielsweise ergaben sich bei Frühgeborenen oder Jugendlichen mit Krebs sehr unterschiedliche Aufgaben in der Integration in den Alltag; verschiedene Personen mit Steuerungsverantwortung z.B. Klinik-Ambulanzzarzt oder niedergelassener Kinderarzt mussten insbesondere bei der Nachsorgeplanung einbezogen werden. Für verschiedene Krankheitsgruppen wurden entsprechend der Therapie und der besonderen Bedürfnisse Patientenpfade mit notwendigen Vernetzungspartnern und auch Kostenträgern entwickelt. Hier zeigte sich auch die Notwendigkeit einer berufsgruppen- und ein-

richtungsübergreifenden diagnostischen „Sprache“, der durch die Einführung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) entsprochen wurde (ICF, 2004). Es folgte die Entwicklung eines einheitlichen Patientendokumentationssystems, das auch EDV-gestützt angewendet werden kann und die Einführung eines Qualitätsmanagements mit einheitlicher Evaluation, welches durch Akkreditierungen überprüft wird.

3. Durchführung von Nachsorge im Netzwerk

Die Implementierung der Nachsorge im Übergang von stationärer zu ambulanter und rehabilitativer Versorgung bezieht die Netzwerkpartner mit ein. Es werden regelmäßige einrichtungsübergreifende Besprechungen zur Zusammenarbeit durchgeführt und Fallvorstellungen analysiert, um auf Systemebene eine Weiterentwicklung vorzunehmen, gemeinsame Fortbildungen zum gemeinsamen Verständnis von Care und Case Management besucht etc. Zentral ist auch der einheitliche und koordinierte Umgang mit den Kostenträgern, damit beispielsweise die Krankenkassen die SN bewilligen. Gerade die Absprache und Transparenz in Steuerungsaufgaben zwischen Kinderklinik, Ambulanzen, Nachsorgeeinrichtungen, ambulanter pädiatrischer Versorgung (niedergelassene Kinderärzte, Frühförder- oder sozialpädiatrische Zentren, Therapeuten, Beratungsstellen etc.) und nicht zuletzt von Selbsthilfegruppen-

nagement mit entsprechendem Berichtswesen und Akkreditierungen zugrunde legt.

Dieses Meta-Nachsorgekonzept ist heute das „Gerüst“ im Aufbau von neuen Nachsorgeeinrichtungen. Es stellt sicher, dass Nachsorgeeinrichtungen einheitlich und qualitätsgesichert vorgehen und dokumentieren, was wiederum eine grundlegende Voraussetzung für Versorgungsforschung darstellt. Das Meta-Nachsorgekonzept wurde auch mit den Kostenträgern (Krankenkassen) abgesprochen, um den Nachsorgeeinrichtungen die Anerkennung als Leistungserbringer zu erleichtern. Zusätzlich beinhaltet das Konzept eine Nachsorge-Plattform, auf der unterschiedliche pädiatrische Leistungen aufgebaut werden können, je nach regionalen Bedürfnissen und Möglichkeiten.

Case Manager

Die Nachsorgemitarbeiter sind Gesundheits- und KinderkrankenpflegerInnen, SozialarbeiterInnen, Sozial- und DiplompädagogInnen, PsychologInnen, PädiaterInnen oder pädiatrische Fachkräfte (z.B. ErnährungsberaterInnen, HeilpädagogInnen, Ergo- und PhysiotherapeutInnen). Die Krankenkassen fordern von den Mitarbeitern in Abhängigkeit von der beruflichen Grundqualifikation den Erwerb von Kenntnissen oder Grundkenntnissen in CM. Kenntnisse in CM werden durch die von der DGCC zertifizierte Weiterbildung erworben, zum Erwerb der Grundkenntnisse in CM wurde eine Weiterbildung zum/ zur pädiatrischen NachsorgemitarbeiterIn etabliert, die einer CM-Assistenz entspricht.

Sehr wichtig bei der Ausbildung und dem Einsatz in der Praxis ist die Rollenklärung und –trennung hinsichtlich der Aufgaben aus der primären Berufsausbildung und der Weiterqualifikation in CM. Diese Reflexion wird erleichtert durch die genaue Beschreibung der Nachsorgeleistungen in Auswahl- und Ausführungsempfehlungen (Podeswik et al., 2007).

Case Management-Einrichtung

Die Implementierung von Nachsorge benötigt eine Organisation, von der die Nachsorge ausgeht. Inzwischen haben sich drei

Formen der Leistungserbringer von SN herauskristallisiert:

Drin-Modell: Innerhalb einer Klinik wird eine Nachsorgeabteilung aufgebaut, d.h. die Klinik ist Träger der Nachsorge.

Dran-Modell: Es gründet sich ein Nachsorgeverein, der durch die Mitarbeiter der Kinderklinik und anderer Personen bestimmt wird.

Drauss-Modell: Eine weitestgehend von der Kinderklinik unabhängige Personengruppe gründet einen Nachsorgeverein, der einer oder mehreren Kinderkliniken die Nachsorgeleistung anbietet.

Die Nachsorgeeinrichtungen müssen zur Anerkennung als Leistungserbringer bei den Krankenkassen ein Nachsorgekonzept einreichen, das CM im Rahmen der Prozessqualität beinhaltet. Somit entstehen konzeptionelle CM-Einrichtungen mit qualifiziertem CM-Personal – „Keimzellen“ für CM im Gesundheitswesen. Durch die notwendige Kommunikation im Netzwerk, die Öffentlichkeitsarbeit und die Information der Betroffenen wird CM in allen Bereichen verbreitet. Die CM-Einrichtungen bieten nicht zuletzt durch das notwendige Qualitätsmanagement eine wesentliche Voraussetzung für eine positive Wahrnehmung von CM in der Öffentlichkeit.

3. Grundlagen zur Nachsorge

40.000 Kinder und Jugendliche benötigen in Deutschland Nachsorge (Weber & Podeswik, 2007), der Bedarf könnte von etwa 100 bis 120 Nachsorgeeinrichtungen bundesweit gedeckt werden. Der Nachweis von Effektivität und Effizienz der Nachsorge und der politische Wille führten nach einer erfolgreichen Gesetzesinitiative des beta Instituts und des Bunten Kreises zur Aufnahme sozialmedizinischer Nachsorge in das SGB V (§ 43 Abs. 2). Anschließend wurden die Praxiserfahrungen der Nachsorgeeinrichtungen in der Ausarbeitung der Rahmenempfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen zur sozialmedizinischen Nachsorge einbezogen und damit die Voraussetzung zur Leis-

tungserbringung und zur Anerkennung von Leistungserbringern geschaffen. Im Praxis-Handbuch pädiatrische Nachsorge (Podeswik et al., 2007) sind Voraussetzungen und Handreichungen zu Aufbau, Umsetzung und Entwicklung von Nachsorge beschrieben. Nach dem Modell Bunter Kreis führen über 40 Einrichtungen in Deutschland Nachsorge durch und haben sich im Qualitätsverbund Bunter Kreis zusammengeschlossen, damit die Nachsorgequalität gesichert und weiterentwickelt wird.

Das beta Institut bietet Kinderkliniken, Elternselbsthilfegruppen und anderen Einrichtungen im Gesundheitswesen, die Nachsorge für chronisch-, krebs- und schwerstkranken Kinder aufbauen möchten, Workshops zum Aufbau von Nachsorgeeinrichtungen an, damit in 7 Stufen ein Bunter Kreis erreicht werden kann:

4. Aufbau einer Nachsorgeeinrichtung: Ein Projekt im klassischen Sinne

Unabhängig davon, ob es sich bei der SN um eine Drin-, Dran- oder Drausslösung handeln wird, erfordert die Implementierung die Koordination der Beteiligten und Prozesse in zeitlicher, prozessualer, ressourcenbezogener, finanzieller, organisatorischer und in vielerlei weiterer Hinsicht. Für diese lokal/ regional betrachtete einzigartige Aufgabenstellung ist die Projektorganisation wie geschaffen. Definitionsgemäß handelt es sich beim Projektmanagement um die Bewältigung einer einmaligen und zeitlich begrenzten Aufgabenstellung (Knorr, 2003). Die für die Zielerreichung erforderlichen Akteure müssen gewonnen, deren Engagement muss geplant und abgestimmt werden, das inhaltliche Vorgehen im Detail ausgearbeitet und zeitlich getaktet werden, die Prozesse (z.B. Finanzströme, Akquise usw.) definiert und organisiert werden. Nicht zuletzt sind Schaltstellen zu definieren und Verantwortungen zu vergeben. Projektorganisation bedeutet aber auch, Stufe für Stufe ein Auge auf die Zielabweichungen zu werfen und Risiken rechtzeitig zu erkennen. Die Herausforderungen einer SN liegen in der Bündelung z.T. zeitgleich in Gang zu set-

zender Aktivitäten, in der Zusammenarbeit verschiedener Disziplinen und Professionen, in der Abstimmung von Interessen beteiligter Experten und Laien, in einer Herstellung eines effektiven Informations- und Kommunikationssystems, um nur einige zu nennen. Projektmanagement beinhaltet die Voraussetzung, einzelne Arbeitspakete zu schnüren und sie so zu arrangieren, dass sie planmäßig gesteuert, im Notfall flexibel verändert werden, in der Intensität des Arbeitsprozesses kurzfristig gebremst oder beschleunigt werden können und so intermittierenden Störungen angepasst werden können (Litke, 2005). Insofern lässt sich die Projektorganisation bei der Entstehung einer Nachsorgeeinrichtung als die im Regelfall der örtlichen Aufbruchstimmung zur Bewältigung einer für die betroffenen Eltern emotional belastenden und für die beteiligten Akteure nicht alltäglichen Aufgabe passende Organisation der Abläufe sowie des Aufbaus einer Struktur bezeichnen.

Stufen der Projektumsetzung

Im Rahmen einer explorativen Studie, bei der erfahrene und aktuell beruflich engagierte Experten zum Aufbau der SN befragt wurden (Mangold, 2007), konnten Aussagen zu den Aufbausritten gesammelt werden. Die inhaltsanalytische Textkomprimierung der im Nachhinein von den Befragten konstruierten Vorgehensweisen spiegelt den Ablaufplan der Projektorganisation wider.

1. Idee/ Vision

Es kommt nicht darauf an, welcher Akteur (Eltern, Krankenhaus, Berufsgruppe) die Vision des Aufbaus einer Nachsorgeeinrichtung artikuliert und ins Spiel bringt, sondern vielmehr darauf, dass die Person in der Lage ist, im Umfeld der Idee sensibilisierte Menschen zu gewinnen. Die vom Bunten Kreis angeführten Motive sind in ihrer vollen Breite bei den Befragten wieder zu finden. Wer die Idee überzeugend vertritt und sozial kompetent ist, wird als „Projektleitung“ akzeptiert. Vorteilhaft ist, wenn diesem „Idealisten“ das regionale Gesundheitssystem so weit vertraut ist, dass er Entscheidungsträger kontaktieren und vernetzen kann und sich auch nicht scheut, die Vision zu vermarkten. Der Be-

such eines bereits bestehenden Nachsorgezentrums wirkt sich motivationsfördernd aus.

2. Analyse

Nach der euphorisierenden Aufbruchstimmung kommt eine Stufe nüchterner Klärung. Im Wesentlichen bedeutet dies, eine Umfeld-, eine Zielgruppen- und eine Bedarfsanalyse durchzuführen. Es handelt sich hier um ein auf mehreren Ebenen (Akteure des Gesundheitssystems, Bevölkerungsstruktur, Prävalenzraten, Versorgungslage, wirtschaftliche Prosperität usw.) angesiedeltes Zusammentragen von Daten, die anschließend darauf hin geprüft werden, inwieweit eine Nachsorgeeinrichtung unter Beteiligung vorhandener Dienstleistungen entstehen kann oder wegen fehlender Teilangebote neu etabliert werden muss. Auch eine mögliche Ausrichtung und Spezialisierung (z.B. für bestimmte Patientengruppen wie frühgeborene oder onkologisch erkrankte Kinder oder für Problemlagen wie einen hohen Anteil an Patienten(familien) mit Migrationshintergrund oder aus prekären Lebenssituationen) ist bereits mit zu bedenken. Aus der Umfeldanalyse sind die potenziellen Kooperationspartner (z.B. spezielle Angebote der Kinderklinik, niedergelassene Mediziner und Therapeuten, ambulante Pflegedienste, Frühförderstellen und/ oder Sozialpädiatrische Zentren, Beratungsstellen und Selbsthilfeangebote etc.) zu entnehmen. Im Idealfall lassen sich bereits die Hauptakteure mit Ansprechpartnern ermitteln und priorisieren. Schließlich ergeben sich aus den Daten auch Hinweise auf die Bedarfsanalyse, d.h. an welchen Stellen der Versorgungskette sind Lücken vorhanden, die mit einer SN überbrückt und systembezogen bzw. fallspezifisch geschlossen werden können.

3. Projektdefinition

Nach der Klärungsphase gilt es, den Auftrag zwischen den beteiligten „Auftraggebern“ zu formulieren und festzulegen, welche Form der Nachsorgeeinrichtung (Rechtsform wie Verein, gemeinnützige GmbH, Stiftung, Drin-, Dran- oder Drauß-Modell) geschaffen wird. Ferner sind die Mitglieder des Projektteams auszuwählen, die idealer Weise verschiedene Pro-

fessionen repräsentieren, kontinuierlich mitarbeiten und entweder ein hohes Engagement und/ oder fachliche oder strategische Kompetenz mitbringen. Es empfiehlt sich, den Projektbeginn mit einer formalen Handlung zu markieren, sei dies durch eine konstituierende Sitzung, eine Start-Veranstaltung in der Klinik oder eine andere Variante des Kick-offs. Dabei ist das Rahmenziel, nämlich der Aufbau einer Nachsorgeeinrichtung gemäß den Besonderheiten der Situationsanalyse, fest zu legen und insbesondere – unterteilt in verschiedene Handlungsebenen – zu operationalisieren (wie z.B. Finanzierung, Vernetzung, Gewinnung von Ehrenamtlichen, Öffentlichkeitsarbeit, Infrastruktur usw.). Für jeden Zielbereich sind Aktivitäten und Verantwortliche zu benennen. Zeitgleich kann in Anlehnung an das Metakzept eine erste Variante eines Einrichtungskonzepts verfasst werden, welches mit dem Projektfortschritt differenziert und den regionalen Gegebenheiten angepasst werden kann. Es dokumentiert die Absicht des Vorhabens und ist ein wichtiges Schriftstück für die Außendarstellung.

4. Projektplanung

Die parallel anzugehenden Einzelziele werden mit Hilfe eines Strukturplans projektiert, d.h. in Einzelaufgaben zerlegt. Der Ablaufplan bringt die Arbeitspakete (Rechtsform der Organisation, Finanzierung, Marketing und PR, Helfernetz, Ehrenamtliche, Team, Mitarbeiterqualifikation in Case Management, Qualitätssicherung) in eine zeitliche Anordnung. Dabei werden bestimmte Zeitpunkte als „Meilensteine“ definiert. Sie dienen der Überprüfung des Verlaufs und der Feststellung von Risiken (wie z.B. Differenzen im Team, fehlendes Budget, problematische Kooperationspartner usw.) oder von Abweichungen. Obwohl in dieser Phase das Projekt wegen der Komplexität der Arbeitspakete nicht sehr leicht steuerbar erscheint, ist es wichtig, die vielen kleinen Einzelschritte sukzessive durchzuführen, die einzelnen Aktivitäten fest zu halten und niemanden zu überfordern. D.h. bei der Planung müssen auch die personellen Kapazitäten und Ressourcen berücksichtigt und spätestens hier mögliche Freistellungen/ Vergütungen der Projektbeteiligten geklärt werden.

5. Umsetzung

Soweit sich die Ausführung plangemäß vollzieht, besteht die Hauptaufgabe der für die einzelnen Aufgabenpakete Verantwortlichen hauptsächlich in der Koordination der Resultate und im Informationsaustausch. Bei Verzögerungen, Pannen, Ausfällen und Abweichungen müssen Korrekturen überlegt und angebracht werden. Ebenso gilt es, die Risiken im Auge zu behalten. Bei der Umsetzung können unter Umständen neue Mitwirkende akquiriert werden, die mit ihrem Engagement eingebunden werden können. Die Kunst der Realisierung besteht u.a. darin, die Kooperationspartner soweit zu vernetzen und zu beteiligen, dass sie sich mit dem gemeinsamen Ganzen identifizieren und eine Wertschöpfung auch für die von ihnen betreuten Patientengruppen und den eigenen Arbeitsbereich erkennen.

6. Start der Nachsorge

Sobald die Rahmenbedingungen soweit realisiert sind, dass eine minimale Funktionsfähigkeit der Dienstleistungserbringung gewährleistet ist, (Sicherstellung der Ablauforganisation und personellen Ressourcen, einheitliche Leistungsdokumentation etc.) kann mit einem Nachsorgefall begonnen werden. Dabei empfiehlt es sich, mit einem leichteren "Standardnachsorgefall" ohne außergewöhnliche Komplexität zu beginnen. So können die MitarbeiterInnen ohne Überforderung erste Erfahrungen mit der Funktionsfähigkeit der aufgebauten Nachsorge gewinnen. Der Vorteil dieses raschen Starts liegt darin, dass damit sowohl bei den Akteuren als auch in der Außenwirkung eine Art Anerkennung für die Mühen erkannt wird und die Partner Vertrauen in das Versorgungsnetzwerk setzen. Das Projekt Nachsorgeeinrichtung besteht durch die ersten Patienten den ersten Praxistest und kann eine Bewährungsprobe liefern. Die Aufnahme des Betriebs lässt sich außerdem öffentlichkeitswirksam in Szene setzen.

7. Projektabschluss

Es darf auf keinen Fall bei einem schleichenden Übergang von der Realisierungsphase zum Vollbetrieb bleiben. Die in der Nachsorgebetriebsaufnahme auftretenden Schwierigkeiten und Hindernisse sind zu

bearbeiten, d.h. möglicherweise, um nur einige zu nennen, Klärungen zwischen den Netzwerkpartnern vorzunehmen, das Team zu vergrößern, Zuständigkeiten und Kompetenzen zu klären und Prozesse zu optimieren. Die einzelnen Teilprojektverantwortlichen und der Projektverantwortliche legen ihre Erfahrungen während der Projektlaufzeit dar und vergleichen den Soll- mit dem Ist-Stand, analysieren die Abweichungen und die Ursachen dafür. Die gesamte Projektarbeit sowie die Evaluation werden in einem Abschlussbericht schriftlich fixiert. Wenn das Konzept angepasst ist, ist der Schritt zur Regelversorgung bereitet. Die Installierung einer SN und damit das Ende des Projekts werden mit allen Akteuren gefeiert. Bis zu diesem Zeitpunkt sind auch die ersten versorgten Patienten zu verzeichnen.

5. Fazit

Die Implementierung von sozialmedizinischen Nachsorgezentren ist ein Beispiel dafür, wie staatlich verankerte Versorgungsinstitutionen, Bürgerengagement und Wirtschaft miteinander zugunsten von komplex belasteten Patientenfamilien ziel führend und effektiv kooperieren können. Angesichts der Vielzahl der zu beteiligenden Akteure und die ihnen inhärenten Funktionslogiken ist das Zusammenfügen der in mancher Hinsicht auch zentrifugalen Kräfte eine große Herausforderung. Bei der Gestaltung ist viel Sensibilität aufzubringen, damit keine unnötigen Bruchstellen entstehen. Die Verzahnung von Projektmethode und Case Management scheint diesen Anforderungen des sehr fragilen Gebildes zu entsprechen. Das Projektmanagement klärt den Auftrag, definiert die Aufgaben sorgfältig, sorgt für eine ausgefeilte Planung und Umsetzung sowie eine begleitende Kontrolle des Soll- und Ist-Zustandes. Als Organisationsmodell ist die Projektmethode ein Garant, dass das Ziel bei kompetenter Anwendung und kontrollierbaren Rahmenbedingungen mit großer Wahrscheinlichkeit erreicht werden kann. Zurück zu führen ist das vor allen Dingen auf die flexible Anpassung an die jeweiligen Gegebenheiten, die Innovationsfreudigkeit und die entstehende Projektdynamik. Projektmanagement ist somit

das Instrument zur Verbreitung von CM im Gesundheitswesen: CM-Einrichtungen wie z.B. Nachsorgeeinrichtungen nach dem Modell Bunter Kreis werden mit Projektmanagement implementiert, Mitarbeiter in CM qualifiziert, geeignete Versorgungsnetze installiert und Patienten(familien) nach dem Handlungskonzept CM so begleitet und betreut, dass eine koordinierte und auf den individuellen Einzelfall angepasste Versorgung sichergestellt ist.

Literatur

- Baur, W. & Podeswik, A. (2006). Case Management in der Pädiatrie – Nachsorge bei schwer und chronisch kranken Kindern und Jugendlichen. In W.R. Wendt & P. Löcherbach (Hrsg.), *Case Management in der Entwicklung – Stand und Perspektiven in der Praxis* (S. 136-155). Heidelberg: Economica.
- ICF (Hrsg.). (2004). *Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation, Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information*. Genf: WHO-Zentrum für die Familie Internationaler Klassifikationen (DIMDI).
- Knorr, F. (2003). *Projektmanagement für soziale Dienstleister. Projekte fachlich und zielorientiert steuern*. Regensburg/Berlin: Wallhalla Fachverlag.
- Litke, H.-D. (2005). *Projektmanagement. Handbuch für die Praxis. Konzepte – Instrumente – Umsetzung*. München/Wien: Carl Hanser Verlag.
- Mangold, R. (2007). *Projektmanagement als Instrument zur Implementierung des Nachsorgekonzepts „Der Bunte Kreis“*. Unveröff. Diplomarbeit, Hochschule Regensburg, Fak. Sozialwesen.
- Mennemann, H. (2006). Case Management auf der Systemebene – Aufbau von Netzwerken. *Zeitschrift Case Management*, 2, 12-17.
- Podeswik, A. et al. (2007). *Praxishandbuch pädiatrische Nachsorge Modell Bunter Kreis*. Augsburg: beta-Institutsverlag.
- Porz, F., Diedrich, M. & Bartmann, P. (2007). *PRIMA-Studie. Erste Ergebnisse – Abstract*. Verfügbar unter: www.beta-institut.de/download/prima-ergebnisse-abstract.pdf [15.02.2008].
- Verband der Angestellten-Krankenkasse e.V. (vdak). (2005a). *Rahmenvereinbarung*

der Spitzenverbände der Krankenkassen zu Voraussetzungen, Inhalten und zur Qualität sozialmedizinischer Nachsorgemaßnahmen nach § 43 Abs. 2 SGB V. Verfügbar unter: www.vdak.de/vertragspartner/vorsorge-rehabilitation/sozialmed_nachsorge/rahmenvereinbarung_stand_02_05_2005.pdf [25.04.2008].

Verband der Angestellten-Krankenkasse e.V. (vdak). (2005b). *Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen zu den Anforderungen an die Leistungserbringer sozialmedizinischer Nachsorgemaßnahmen nach § 132c*

SGB V. Verfügbar unter: www.vdak.de/vertragspartner/vorsorge-rehabilitation/sozialmed_nachsorge/empfehlungsstand_02_05_05.pdf [13.02.2008].

Weber, B. & Podeswik, A. (2007). Pädiatrische Nachsorge in der Sektoren übergreifenden Versorgung. Sozialmedizinische Nachsorge – eine neue Case Managementleistung der Krankenkassen. In A. Greulich, W. Hellmann & M. Kalbitzer (Hrsg.), *Management Handbuch Krankenhaus*. Heidelberg: Economica.

Wiedemann, T. (2004). *Wirtschaftlichkeit und Effektivität verbesserter ambulanten*

stationärer Verzahnung durch Case Management. Eine Fall-Kontroll-Studie der Versorgung Früh- und Risikogeborener durch den „Bunten Kreis“. Frankfurt a.M.: Peter Lang Verlag.

Andreas Podeswik

Qualitätsverbund Bunter Kreis
c/o beta Institut, Kobelweg 95
86156 Augsburg
andreas.podeswik@beta-institut.de

Patientenverfügungen/Vorsorgevollmachten – richtig beraten?

Die Neuauflage berücksichtigt die aktuelle Rechtsprechung:

- ▶ BGH vom 17. März 2003
- ▶ OLG Karlsruhe vom 26. März 2004 und weitere

und begleitet die öffentliche Diskussion:

- ▶ der Kiefersfeldener Fall
- ▶ Zwischenbericht der Enquete-Kommission „Ethik und Recht in der modernen Medizin“
- ▶ Abschlussbericht der Arbeitsgruppe „Patientenautonomie am Lebensende“

Dieses Buch gibt einen auch für Nichtjuristen verständlichen Überblick zu Möglichkeiten, Nutzen und Grenzen vorsorgender Vollmachten und Verfügungen unter Einbeziehung von

- ▶ Patientenverfügungen,
- ▶ Vorsorgevollmachten,
- ▶ Betreuungsverfügungen
- ▶ und Organspendeerkklärungen.

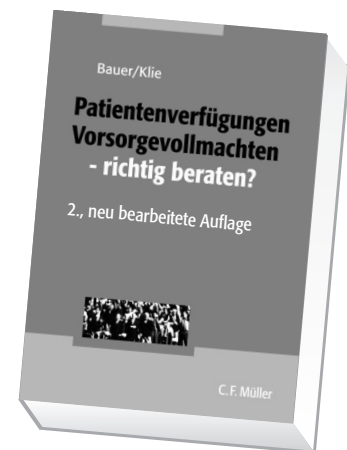
Das Spannungsverhältnis von Information und Einzelfallberatung wird unter Berücksichtigung der Rechtslage nach dem BtÄndG und dem RechtsberatungsG erörtert.

- ▶ Kommentierte Textbausteine,
- ▶ Mustertexte,
- ▶ relevante Gerichtsentscheidungen im Wortlaut,
- ▶ Empfehlungen der Bundesärztekammer und des Deutschen Juristentages etc.

sowie die wichtigsten Rechtsvorschriften und weiterführende Literatur runden das Werk ab.

„... ein an Aktualität nicht zu übertreffender, praxisorientierter Ratgeber.“
Betrifft Justiz 74/2003

Von Prof. Dr. Thomas Klie und Axel Bauer.
2., neu bearbeitete Auflage. 2005. X, 422 Seiten.
Kartoniert. € 42,-. ISBN 978-3-8114-3064-8



Bestellen Sie beim Buchhandel oder beim Verlag:

C. F. Müller, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH, Im Weiher 10, 69121 Heidelberg
Kundenbetreuung: Bestell-Tel. 089/54852-8178
Bestell-Fax 089/54852-8137, E-Mail: kundenbetreuung@hjr-verlag.de



C.F. Müller
www.cfmüller-verlag.de

80112268