

**Die Integration des Case Management Prozesses
in der Arbeit des Palliative Care Teams der Dr.-
Horst- Schmidt- Kliniken Wiesbaden**

Hausarbeit von Dorothee Becker

Fortbildung: Casemanagement und
Unterstützungsmanagement in der palliativen und
hospizlichen Arbeit

Oktober 2008 bis Juli 2009

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	2
2. Die Kliniken.....	3
3. Das Palliative Care Team (PCT).....	3
Versorgungsformen.....	4
§ 116 b SGB V.....	4
§ 132 d SGB V.....	5
Palliativmedizinischer Konsildienst.....	5
Abbildung 1 Fallsteuerung.....	6
Case Management im PCT.....	7
4. Der Case Management Prozess.....	8
Outreaching, Case Finding, Intake.....	9
Assessment.....	11
Hilfeplanung.....	12
Linking.....	13
Monitoring.....	14
Entpflichtung und Evaluation.....	14
5. Fallbeispiel.....	15
6. Fazit.....	17
7. Literaturverzeichnis.....	19

Einleitung

Bislang wurde ambulante Palliativversorgung an den Dr.-Horst-Schmidt-Kliniken über Verträge nach §140 SGB V angeboten.

Die ambulante Palliativversorgung nach § 140 SGB V (Integrierte Versorgung) wird aufgrund der aktuell neu abgeschlossenen Verträge nach § 132 d SGB V zur Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung (SAPV) und nach § 116 b SGB V zur vollumfänglichen ambulanten Versorgung von Tumorpatienten inklusive der palliativmedizinischen Versorgung auslaufen. Dadurch wird die Versorgungsstruktur des Palliative Care Teams der Dr.- Horst-Schmidt Kliniken (PCT-HSK) deutlich verändert.

Die Dr.- Horst- Schmidt- Kliniken hatten vom 01.07.2006 bis 01.04.2009 einen Integrierten Versorgungsvertrag (IV) zur ambulanten Palliativversorgung. Dadurch war die Behandlung aller Palliativpatienten möglich unabhängig ihres Versorgungsbedarfes. Die Versorgung war vom Einschreiben durchgängig bis zum Versterben des Patienten, ein vorzeitiges Beenden oder Unterbrechen der Behandlung war nicht vorgesehen. Eine Unterscheidung in Allgemeine Ambulante Palliativversorgung (AAPV) und Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV) war durch die gegebene Struktur nicht notwendig.

Die neu entstandenen Versorgungsformen erfordern eine Neustrukturierung, da die gesetzlichen Grundlagen eine Steuerung möglich und nötig machen. Das PCT-HSK hat die Möglichkeit Patienten über den § 116 b im Rahmen der AAPV und über den §132 d über die SAPV zu betreuen. Es müssen Kriterien erarbeitet werden, die den Zugang zu AAPV und SAPV eindeutig beschreiben. Gleichzeitig muss sichergestellt werden, dass es keinen Beziehungsabbriss gibt, wenn Patienten innerhalb des Begleitungsprozesses zwischen den Angeboten wechseln.

Aufgrund meiner Erfahrungen in der Begleitung von Patienten innerhalb der IV-Verträge halte ich es für sinnvoll den Case Management Prozess in die Arbeit des PCT-HSK zu integrieren und somit die zu erwartenden komplexen Fälle professionell zu begleiten. Es ist damit zu rechnen, dass die Fälle in der SAPV komplexer und zeitlich kürzer verlaufen werden. Durch , die gesetzlich festgeschriebenen Zugangskriterien einer "besonders aufwendigen Versorgung" als Voraussetzung des SAPV Leistungsanspruches wird die Anbindung an das PCT HSK wesentlich später stattfinden als im Rahmen der IV-Verträge. Dies erfordert ein prozessorientiertes, passgenaues und fokussiertes Begleiten. Die Methode des Unterstützungsmanagement (UM) zielt sowohl auf die Arbeit an den Schnittstellen, fokussiert die Kontinuität der Begleitung (Continuing Care) sowie die

Passgenauigkeit der Angebote. Diese besteht in der Sterbebegleitung neben der gate keeper, advocacy vor allem auch in der support Funktion.

In der vorliegenden Arbeit werde ich die Ablaufschritte des Casemanagements für den Umgestaltungsprozess zugrunde legen und die Steuerungsmöglichkeiten der Patienten innerhalb der Abteilung Palliativmedizin anhand eines Schaubildes darstellen.

Durch die Beschreibung eines Fallbeispiels werde ich die Möglichkeit der Steuerung und die Umsetzung des Case Management Prozesses in der Praxis aufzeigen

2. Die Kliniken

Die Dr.- Horst-Schmidt-Kliniken (HSK) ist ein Krankenhaus der Maximalversorgung und verfügt über ein breites Spektrum an Fachdisziplinen. Sie verfügt über rund 1000 Betten.

Die Abteilung Palliativmedizin ist eigenständige Fachabteilung der Klinik für Hämatologie Onkologie und Palliativmedizin (Innere Medizin 3). Die Abteilung besteht aus einem stationären Bereich mit 10 Betten und dem ambulanten Bereich. Neben der Betreuung sämtlicher ambulanter Palliativpatienten übernimmt der ambulante Bereich die konsiliarische Mitbetreuung innerhalb der HSK.

Betreut werden Patienten mit einer nicht heilbaren, progredienten und weit fortgeschrittenen Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung. Dies umfasst auch Nichttumorpatienten mit z.B. neurologischen, kardiologischen, pulmonologischen oder nephrologischen Erkrankungen im Finalstadium.

Um eine ganzheitliche Betreuung und Versorgung der Patienten zu gewährleisten, steht dem Patienten ein multiprofessionelles Team, bestehend aus Ärzten, Pflegenden, Psychologen, Physiotherapeut und Case Management, zur Seite.

3. Das Palliative Care Team (PCT-HSK)

Die ambulante Tätigkeit wurde gebahnt über den Abschluss der Integrierten Versorgungsverträge Palliativmedizin nach § 140 SGB V, die eine sektorenübergreifende Betreuung der Palliativpatienten durch ein krankenhausbasiertes PCT ermöglichte.

Das PCT-HSK ist ein multiprofessionelles Team, das aus dem stationären Team „gewachsen“ und entsprechend der gesteigerten Inanspruchnahme und Nachfrage in eine eigene Organisationsform überführt worden ist.

Aktuell bilden 3 Palliative Care Pflegende, 1 Palliativmediziner und 1 Arzthelferin das Kernteam. Die Erweiterung auf 5 Palliative Care Pflegende und 2 Palliativmediziner steht kurz vor der Umsetzung. Andere Berufsgruppen werden bedarfsadaptiert über die Mitarbeiter aus dem stationären Bereich der Palliativstation hinzugezogen. Im stationären Bereich sind spezifisch weitergebildete Vertreter anderer Berufsgruppen aus Psychologie, Physiotherapie, Seelsorge und Case Management fest im Team verankert. Involvierte Pflegedienste und niedergelassenen Vertragsärzte werden in jedem Einzelfall patientenbezogene Kooperationspartner und bei Bedarf zu den täglichen

Teambesprechungen oder wöchentlichen Fallkonferenzen hinzugezogen. Ziel ist das Verbleiben von Palliativpatienten im ambulanten Umfeld auch bei besonders komplexem und besonders aufwendigem Unterstützungsbedarf zu ermöglichen.

Dem Patienten und seinen Angehörigen und allen an der Versorgung Beteiligten steht der 24 Stunden 7 Tage die Woche Rufdienst des PCT-HSK zur Beratung oder Intervention mittels Telefonkontakt oder Hausbesuch zur Verfügung. Um den Rufdienst sicher zu stellen werden noch weitere 3 Palliativmediziner aus dem stationären Bereich der Palliativstation hinzugezogen.

Aufgrund der Erfahrung im Bereich der integrierten Versorgung hat sich herausgestellt, dass ein Koordinator des Teams notwendig ist, um die täglichen mit hoher Dynamik verlaufenden Abläufe zentral zu koordinieren. Diese Aufgabe wird nach Absprache von jedem Teammitglied im wöchentlichen Wechsel übernommen.

3.1. Versorgungsformen

3.1.1. Betreuung nach § 116 b SGB V zur ambulanten Betreuung im Krankenhaus

Behandelt werden ausschließlich Patienten mit onkologischen Diagnosen. Die Überweisung durch einen niedergelassenen Vertragsarzt ist notwendig.

Die Patienten werden zu festen Terminen während der Ambulanzzeiten einbestellt. Über den § 116b besteht die Möglichkeit, Patienten deren Versorgungsbedarf noch keine Indikation zur SAPV darstellt in regelmäßigen Kontakten zu beraten und bei Veränderung den Betreuungsbedarf der Situation anzupassen.

3.1.2. Betreuung nach § 132 d SGB V zur Spezialisierte Ambulanten Palliativversorgung (SAPV)

Betrifft alle Palliativpatienten mit einem erhöhten Betreuungsbedarf im häuslichen Bereich. Betreut werden Patienten, die an einer unheilbaren, fortschreitenden und soweit fortgeschrittenen Erkrankung leiden, dass dadurch ihre Lebenszeit begrenzt ist. Das Ziel ist der Verbleib im gewohnten häuslichen Umfeld oder in einer stationären Pflegeeinrichtung. Der Bedarf an besonders aufwendiger Versorgung muss gegeben sein. In der Regel bedeutet das Verlassen des häuslichen Bereichs eine enorme Belastung für die Patienten, so dass die Versorgung durch das PCT-HSK über Hausbesuche geleistet wird.

Die SAPV ist eine ergänzende Leistung der bestehende Regelversorgung und ersetzt die allgemeine Versorgung nicht. Voraussetzung dafür ist eine enge Zusammenarbeit mit Hausärzten und Pflegediensten.

Unterteilt wird in folgende gesetzlich vorgegebene Versorgungstiefen:

- Beratung
- Koordination
- Teilversorgung
- Vollversorgung

Darüber hinaus kann SAPV durchgängig oder intermittierend erbracht werden.

3.1.3. Palliativmedizinischer Konsildienst

Dies betrifft Palliativpatienten, die konsiliarisch in anderen Abteilungen der HSK mitbetreut werden. Die Anfragen kommen in der Regel per Konsilanforderungsschein und werden innerhalb von 24 Stunden bearbeitet. Grundsätzlich werden Konsile ärztlich geleistet können aber bei Bedarf an palliativpflegerischer Beratung oder bei Überleitung in die SAPV auch pflegerisch übernommen werden.

Es bleibt zu beachten, dass in allen Versorgungsformen Case Management Fälle zu bearbeiten sein können. Die Erfahrung zeigt, dass die Komplexität eines Falles unabhängig von dem Fortschreiten einer Erkrankung und der Versorgungstiefe sein kann.

Aufgrund der unterschiedlichen Versorgungsmöglichkeiten und der Ressource der Palliativstation ist eine bedarfsgerechte Steuerung der Patienten innerhalb der HSK möglich. Die Betreuungskontinuität für Patienten und deren Angehörigen wird gewahrt

Dies wird in der folgenden Abbildung dargestellt. Patienten werden durch Screening bzw. Assessment den unterschiedlichen Versorgungsformen zugeordnet. Die hier dargestellten Versorgungskategorien sind, AAPV SAPV und STATIONÄR. Die Zusteuerung erfolgt bedarfsgerecht.

Es wird deutlich, dass die Patienten je nach Bedarf zwischen allen Versorgungsformen innerhalb der Abteilung wechseln können. Die rot gekennzeichneten Pfeile zeigen auf, aus welchen Versorgungsformen SAPV möglich wird. Der lila Pfeil zeigt die Möglichkeit auf, Patienten wieder in die AAPV zurück zu führen.

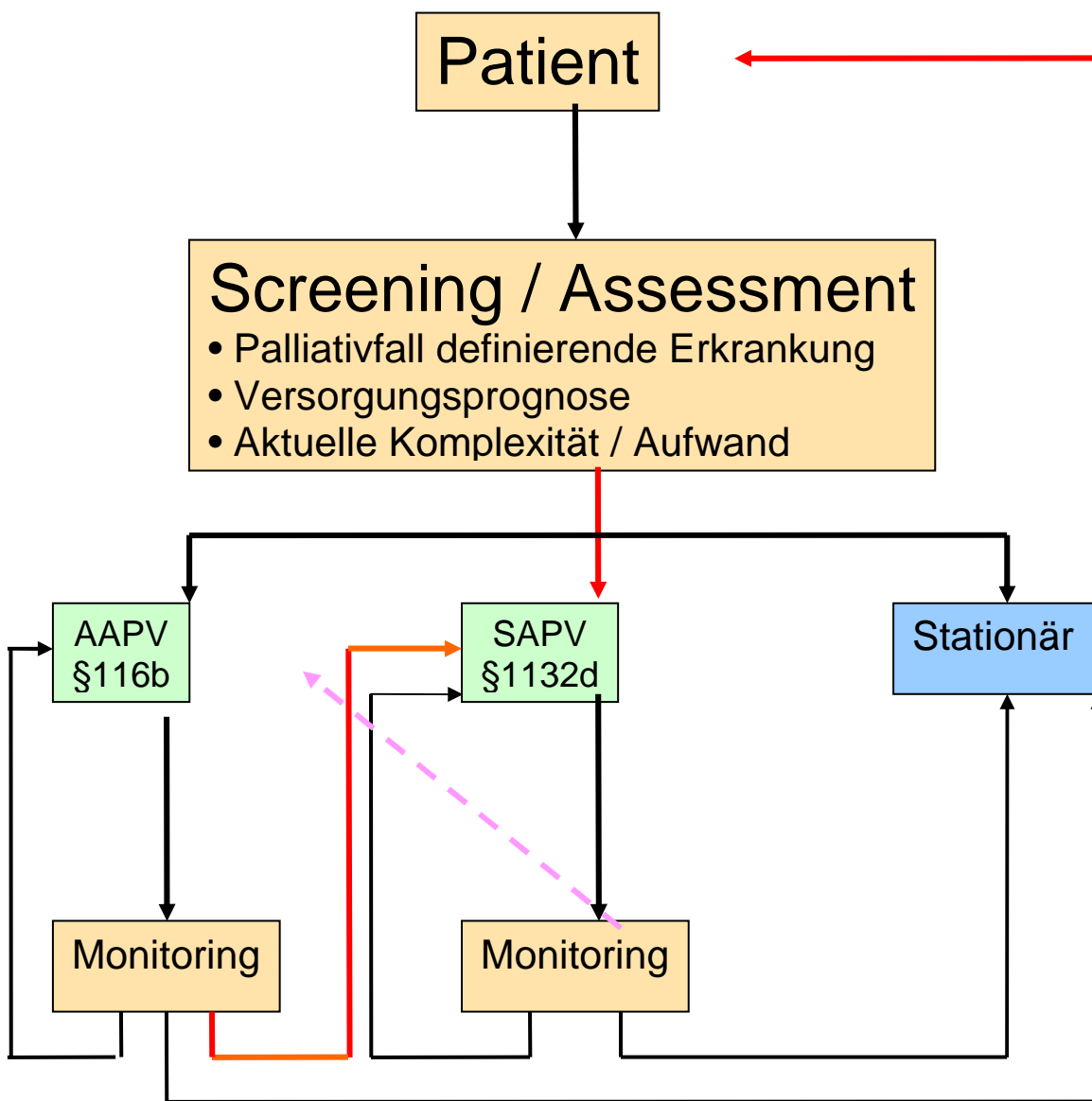


Abb. 1 Fallsteuerung innerhalb der Abteilung Palliativmedizin

3.2. Case Management (CM) im PCT-HSK

Das PCT-HSK begleitet Patienten quer durch alle Bedarfe hindurch, sowohl Beratung, Begleitung und Unterstützung als auch CM. Um eine Zuordnung zu ermöglichen, ist eine Einteilung in Fallgruppen erforderlich.

1. Patienten mit Informationsbedarf
2. Patienten mit Beratungsbedarf
3. Patienten mit Unterstützungsbedarf (Koordination)
4. Patienten mit komplexen Problemlagen, mehrere Akteure sind beteiligt

Patienten aus der Fallgruppe 2,3 u.4 können sowohl SAPV als auch CM-Fälle sein. Das PCT-HSK hat mit allen Patienten der unterschiedlichen Fallgruppen und Versorgungsformen Kontakt. Um CM - Fälle zu identifizieren ist ein Screening erforderlich. Das Screening wird von den Mitgliedern des PCT-HSK selbst durchgeführt. Dies geschieht im ersten Kontakt. Der Erstkontakt kann im häuslichen Umfeld, in der Palliativambulanz oder vor Entlassung in der Klinik stattfinden.

Die Möglichkeit der Patienten und ihren Angehörigen über den stationären Bereich hinaus weiter im häuslichen Setting versorgt zu werden wird vielfach als sehr entlastend erlebt, da eine lückenlose Versorgung durch die bekannten Bezugspersonen ermöglicht wird. Der begonnene Case Management Prozess kann weiter geführt werden, und begonnene Prozesse werden im ambulanten Bereich weiter begleitet.

Im Case Management ist laut Wendt zu beachten: "Die professionelle Haltung bleibt stets „personenzentriert“. Gegenstand des Managements ist aber der Fall: Ohne dass er gegeben und ausgemacht ist, bleibt eine Beziehungsaufnahme zwecklos. Erst fokussiert auf den Fall kommen sich die Akteure näher. Wie oben zur Kommunikation, zur Beratung und zur Teilung von Verantwortung ausgeführt, ergibt sich idealtypisch im Case Management ein Arbeitsbündnis unter den Beteiligten" (Wendt/ Löcherbach, 2006, 21).

4. Der Case Management Prozess

„Case Management will als soziale Unterstützungsarbeit für Menschen mit vielschichtigen Problemen sowohl Ressourcen der KlientInnen als auch der Umwelt aktivieren und zur Problembewältigung nutzbar macht. Die beteiligten

Hilfeleistungspotenziale sollen im Sinne einer ganzheitlichen Handlungsperspektive optimal vernetzt werden. Das methodische Vorgehen gliedert sich in 5 Phasen und erhebt den Anspruch auf Transparenz und „prozedurale Fairness“ (Wendt 1999), in dem in jeder Phase mit den Beteiligten der Arbeitsauftrag (nach vorher gemeinsam ausgehandelten Zielen) hinsichtlich Effektivität und Effizienz fachlich überwacht wird“ (Remmel-Faßbender/Löcherbach/Klug/Wendt 2005; 69).

Dies bedeutet im palliativen Kontext nicht nur den sozialen Aspekt, sondern auch andere Dimensionen wie z.B. medizinische, pflegerische, psychische und spirituelle Aspekte in der Unterstützungsarbeit mit einzubeziehen.

Case Management wird als ein Phasenmodell von einzelnen, aufeinander aufbauenden Arbeitsschritten beschrieben.

OUTREACHING – CASE FINDING – INTAKE: ist die Phase Zielgruppen- und Klientenfindung bis zur gemeinsamen Vereinbarung der nächsten gemeinsamen Handlungsschritte.

ASSESSMENT: Ist die Erfassung des individuellen Versorgungsbedarfs des Klienten, seiner aktuellen Situation sowie seiner zur Verfügung stehenden Ressourcen und die Festlegung der Ziele.

HILFEPLANUNG: Als ein mehrstufiges, methodisches Verfahren. Nach der Zielvereinbarung werden die formulierten Ziele in ein zielgerichtetes Handeln umgesetzt.

LINKING: Ist der Prozess, in dem der Hilfeplan durch die Vermittlung und Koordination der richtigen Hilfen umgesetzt wird.

MONITORING: Zeitgleich mit der Umsetzung, beginnt die Kontrolle der Leistungserbringung und deren Dokumentation. Unter Umständen kann hier festgestellt werden, dass die vereinbarten Maßnahmen nicht wirksam sind oder sich die Situation des Klienten verändert hat dies würde zu einem Re-Assessment führen. Es kann notwendig werden, auf bereits zurück liegende Schritte zurückzugreifen. Es ist die „begleitende- steuernde Draufsicht“ (Wissert, M (2009a): 8).

ENTPFLICHTUNG UND EVALUATION: Abschließend wird über die Beendigung des Prozesses oder die Fortführung der Unterstützung entschieden, sowie der Interventionserfolg samt dem dafür notwendigem Aufwand überprüft.

4.1. Outreaching, Case Finding und Intake

Aufgrund der unterschiedlichen Versorgungsformen in unserem PCT kommt der ersten Phase des Case Management Prozesses eine besondere Bedeutung zu. In dieser Phase wird der Patient entsprechend seines palliativmedizinischen Bedarfs in eine der Versorgungsformen eingeschlossen. Dies geschieht bei dem Erstkontakt mit dem Patienten und wird in der Teamsitzung gemeinsam besprochen.

Anfragende sind in der Regel:

- Palliativstation
- Andere Fachabteilungen der HSK
- Auswärtige Krankenhäuser
- Niedergelassene Vertragsärzte
- Betroffene/Angehörige
- Ambulante Pflegedienste
- Hospizdienste

Bei telefonischer Anfrage wird ein Anfrageformular mit Erfassung der dort vorgesehenen Daten ausgefüllt und die Zugehörigkeit des Patienten zum Arbeitsgebiet des PCT-HSK überprüft.

Anfragen über E-Mail oder Fax werden ebenfalls überprüft und dann mit Anfragebogen an den Koordinator des PCT-HSK weiter geleitet.

Der Koordinator sichtet und priorisiert die Anfragen um nach telefonischer Vereinbarung mit dem Betroffenen einen Erstbesuch, multiprofessionell Arzt und/oder Pflege, innerhalb von 48h werktags, zu koordinieren.

Falls beim Erstkontakt keine SAPV- Verordnung nach § 132 d SGB V vorliegt, ist dies der Zeitpunkt, den Bedarf des Patienten zu ermitteln und ihm die entsprechende Versorgungsform zuzuweisen. Da Case Management Fälle in allen Versorgungsformen möglich sind, ist das Erfassen von komplexen Problemstellungen dringend notwendig. Dies geschieht zurzeit über den durch uns entwickelten Ersterhebungsbogen in dem unterschiedliche Dimensionen in der Versorgung der Patienten abgefragt werden. Integriert in den Ersterhebungsbogen ist der gemeinsame Datensatz zur SAPV-Dokumentation (DGP/DHPV Version). Zur Diskussion steht die Frage, ob es sinnvoll ist einen weiteren Screeningbogen zu entwickeln, um Case Management Fälle besser erfassen zu können, oder ob die bereits vorhandenen Daten mit Ziffern belegt werden

können und somit der Bedarf anhand eines Scores ermittelt werden kann. Dies muss an anderer Stelle diskutiert werden, da dies den Rahmen dieser Arbeit sprengen würde
In der Ersterhebung werden folgende Dimensionen erfasst:

- Diagnose
- Symptompräsenz
- Medikation
- Versorgungsstruktur
- Wohnsituation
- Mobilität
- Pflegebedürftigkeit
- Soziales Umfeld und Angehörige

Diese Punkte werden im Aufnahmegespräch thematisiert und erhoben und daraus der Versorgungsbedarf ermittelt. Ob es sich um einen Case Management Fall oder einer der anderen bereits beschriebenen Fallgruppen handelt wird vom Aufnehmenden (Arzt oder Pflege) ermittelt.

„ Den Zugang zum Case Management – d.h. das aktiv gestaltete Finden der richtigen Problemkonstellationen und das gezielte Hereinholen der richtigen Klienten – ist aus gesundheits- und sozialpolitischer Sicht eine der zentralen Schlüsselstellen für die effiziente Steuerung des Dienstleistungsangebots „Case Management““(Wissert M. 2006; 43).

Zudem kann der Erstkontakt mit den Patienten und ihren Angehörigen entscheidende Auswirkungen auf das weitere Vertrauen und die Zusammenarbeit haben. Aus diesem Grund erscheint es sinnvoll alle Teammitglieder in diesem Bereich zu befähigen, da die Erstkontakte auch ungeplant in Akutsituationen oder je nach Dringlichkeit in der Rufbereitschaftszeit stattfinden können.

Es ist wichtig die weitere Vorgehensweise mit dem Patienten und seinen Angehörigen zu besprechen, um dann entsprechend der Vereinbarung den Case Management Prozess zu beginnen.

4.2. Assessment

Das Assessment beginnt bereits beim ersten Kontakt und wird bei Folgekontakten fortgeführt. Einzelne Bereiche des Assessments können von verschiedenen Berufsgruppen erhoben werden. Es gilt als vollständig, wenn die einzelnen Bestandteile

des Assessments im multiprofessionellen Team zusammengeführt wurden. Als Instrumente dienen in Anlehnung der Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) gemäß OPS 1-774

- Ersterhebungsbogen
- Genogramm
- McCorkle und Young Symptom Distress Scale.

Durch die Selbsteinschätzung des Patienten, besteht eine zusätzliche Möglichkeit, Ressourcen zu identifizieren.

Die Erhebung erfolgt in vier Schritten

1. Problemerkfassung
2. Ressourcenermittlung Privat/ Professionell
3. Erfassen von Wünschen, Bedürfnisse, Bedarfe
4. Bewerten der aktuellen Situation mit Zielformulierung

Im Assessment werden unterschiedliche Themenbereiche erfasst, in denen der Patient und seine Angehörigen Unterstützung benötigen. Die Ziele werden gemeinsam besprochen und anhand der Problemlagen priorisiert.

„ Ein umfassendes Assessment macht nur dann Sinn, wenn die erhobenen Befunde als Grundlage der patientenorientierten Pflege- und Betreuungsplanung dienen und zu klar formulierten Zielen führen, die von allen Beteiligten verstanden worden sind und mitgetragen werden“ (Kunz, Lehrbuch Palliative Care, 2007; 127).

Vertrauensbildende Arbeit spielt besonders im palliativen Bereich eine große Rolle, da sich sowohl Patienten als auch die Angehörigen in stark belastenden Situationen befinden. Es ist darauf zu achten, das Assessment der Situation angepasst zu gestalten und einzelne Teilschritte eventuell auf mehrere Kontakte zu verteilen, um eine Überforderung zu vermeiden. Transparenz und das gemeinsame Erarbeiten und Priorisieren der Probleme und Ziele, kann entscheidend für das Vertrauen der weiteren gemeinsamen Arbeit und Betreuung sein.

4.3. Hilfeplanung

Nach dem Assessment sind die Bereiche ermittelt in denen der Patient und seine Angehörigen Unterstützung benötigen. Die Hilfeplanung kann nun begonnen werden, sie erfolgt in vier Schritten:

- 1. Schritt: Idealtypischer Hilfeplan
- 2. Schritt Qualitätssicherung durch Teamfeedback mit Überarbeitung
- 3. Schritt Vorstellung und Erläuterung des Hilfeplans beim Klienten
- 4. Schritt Aushandeln und Kontraktieren des konkreten Versorgungsplans und der Form der Umsetzung

(Wissert/Kern 2009a; 1)

Die Ergebnisse des Assessment und der zuvor erarbeitete „Idealtypische Hilfeplan“ werden in der multiprofessionellen Teamsitzung vorgestellt und gemeinsam besprochen. Ziele und Maßnahmen werden zur Diskussion gestellt.

Mitunter ist es notwendig neben der multiprofessionellen Teamsitzung eine Fallkonferenz einzuberufen, zu denen beteiligte Betreuungspersonen und enge Bezugspersonen des Patienten eingeladen werden. Je nach Absprache mit dem Patienten und nach Situation, wird entschieden wo und mit welchen Beteiligten das Gespräch stattfindet. Ziel dieser Konferenz ist eine enge Abstimmung mit allen beteiligten Systemen.

Die Maßnahmen werden gemeinsam mit dem Patienten und seinen Angehörigen besprochen und es zeigt sich, dass eine gleichzeitige Festlegung von Indikatoren zur Zielerreichung hilfreich sein können. Aufgaben werden benannt und mit den beteiligten Diensten abgesprochen. Die Zielvereinbarungen und Maßnahmen werden schriftlich fixiert und in der Patientenakte verwahrt und dienen dem PCT als Arbeitsgrundlage.

Die unterschiedlichen konzeptionellen Formen und Umsetzungen der Hilfeplanung im Case Management geben die Möglichkeit unterschiedliche Leistungstiefen zu erfassen und den unterschiedlichen palliativen Versorgungsformen folgendermaßen zuzuordnen.

- Gesamtplanung: alle Maßnahmen werden organisiert und überwacht - Voll- und Teilversorgung nach SAPV § 132d SGB V
- Längsschnittplanung: nur eine Maßnahme wird organisiert und überwacht - Beratung und Koordinationsleistung nach SAPV §132d SGB V

- Querschnittsplanung: alle Maßnahmen werden zeitlich nur sehr eng begrenzt (in einer Krise) organisiert und überwacht - Beratung und Koordinationsleistung nach SAPV § 132d SGB V
- Prozessbegleitung: es wird nur punktuell unterstützt, die Umsetzung der Maßnahmen wird von Patient oder Angehörige organisiert und überwacht - Beratung SAPV § 132d SGB V
- Vorfeldklärung: nach der Idealtypischen Hilfeplanung organisieren der Patient oder die Angehörigen alle Maßnahmen selbst - Beratung SAPV § 132d SGB V und/oder Versorgung nach §116b SGB V

Ob diese Einteilung sinnvoll und praktikabel in unserem PCT umgesetzt werden kann wird sich nach einer zeitlich begrenzten Erprobungsphase zeigen.

4.4. Linking

„Linking ist ein Prozess, bei dem die im Hilfeplan vereinbarten formellen und informellen Hilfen und Maßnahmen passgenau für die Situation des Klienten vermittelt werden.“(Wissert/Kern (2009 b), 1)

Das Linking findet im PCT statt, wenn andere noch nicht vorhandene Dienste (z.B. Hospizdienste, Pflegedienste u.s.w.) eingeschaltet oder vorhandene der Situation angepasst werden müssen. Auch in dieser Phase sind Transparenz und genaue Absprachen zwischen den Diensten und dem Patienten notwendig, um eine entlastende stabilisierende Situation zu schaffen. Das PCT sieht sich als Vermittler, Berater und Koordinator in diesem Prozess. Im Case Management werden 4 Schritte vollzogen:

- Vorbereitung
- Vermittlung
- Anpassung
- Fallbezogene Vernetzung der Hilfen

Alle vier Schritte sind notwendig um eine umfassende Versorgung von Patient und Angehörigen zu ermöglichen. Bestehende Kooperationsnetze und ein umfassendes Wissen über in der Region vorhandenen Einrichtungen und Möglichkeiten, vereinfachen das Linking. Wichtig bleibt, dass die dem Patienten vertrauten und vorhandenen Dienste bestehen bleiben und ggf. für die Situation beraten und geschult werden.

4.5. Monitoring

Die mitunter hohe Dynamik im Krankheitsverlauf, der durch uns zu betreuten Patienten macht ein zeitnahes, fortlaufendes und kontinuierliches Monitoring notwendig. Nach individuellen Absprachen werden die weiteren Kontakte festgelegt.

Wird während des Monitorings deutlich, dass die installierten Hilfen nicht ziel führend sind, ist ein Re-Assessment erforderlich.

Der von uns entwickelte Kontaktbogen dient zur Dokumentation. Im Freitext besteht die Möglichkeit veränderte Situationen zu erfassen und die entsprechenden Maßnahmen zu dokumentieren. Die Erfahrung aus dem Bereich der Integrierten Versorgung zeigt, dass ein Monitoring zu Beginn einer Betreuungsphase in kürzeren Abständen sinnvoll ist, die dann in eine stabilere Phase übergehen kann. Bei Eintritt in die akute Sterbephase muss meist die Situation neu erfasst werden und der CM-Prozess beginnt in Teilschritten von neuem und erfordert ein zeitlich enges Monitoring, auch im Sinne von „Sicherheit geben“ und „Begleiten“.

4.6. Entpflichtung und Evaluation

Dies bedeutet den Abschluss des Case Management Prozesses. Nach Neuffer ist Ziel eines qualifizierten Abschlusses:

- „ Das Beenden der Unterstützung und Maßnahmen bewusst gestalten
- Den gesamten Hilfeverlauf anhand der Ziele zu reflektieren und auszuwerten
- Weiterführende Maßnahmen, sofern notwendig, nach einer abschließenden Einschätzung – Reassament – einzuleiten“

(Neuffer, 2002, 109)

Im Rahmen der Integrierten Versorgung war die Betreuung des Patienten bis zum Lebensende Teil des Vertrages. Dies bedeutete, dass eine Entpflichtung und Evaluation nur nach Todeseintritt möglich war. Die evaluierende Nachsorge bezog sich vor allem auf die Angehörigen und die beteiligten Dienste. Anhand des Hope Bogens wurden die Daten erfasst und bewertet.

Mit den neuen Verträgen für SAPV §132d SGB V ist eine Unterbrechung oder Beendigung der Versorgung während des ganzen Verlaufes möglich. Eine Einschätzung

und Vereinbarung wann ein Patient keine SAPV mehr benötigt und in die AAPV übergeleitet werden kann ist dringend notwendig. Nach Beendigung der SAPV werden die Daten nach dem gemeinsamen Datensatz zur SAPV- Dokumentation erfasst.

Wichtig bleibt auch in dieser Phase des CM-Prozesses die Transparenz und klare Kommunikation mit Patient, Angehörigen und den beteiligten Diensten. Um Ängste und Unsicherheiten beim Ablösungsprozess zu vermeiden, muss klar kommuniziert und vereinbart werden, wer sich wann und wie bei erneutem Versorgungsbedarf wo meldet. Dies ermöglicht eine rechtzeitige Reaktion auf veränderte Situationen. Die Vereinbarungen werden im Team kommuniziert und in der Patientenakte dokumentiert.

In der multiprofessionellen Teamsitzung werden die „beendeten“ Fälle abschließend auf Fall- und Systemebene besprochen und diskutiert. Eine Befragung der Angehörigen und der Kooperationspartner erfolgt nach 2-6-Wochen.

6. Fallbeispiel

Herr B. 65 Jahre, alleinstehend keine Kinder. Vor ca. 1 Jahr wurde bei Herrn B. ein Liposarkom diagnostiziert. Bei einer Laparatomie wurde eine Hemicolektomie und Nephrektomie rechts durchgeführt. Eine Chemotherapie lehnte Herr B. zu diesem Zeitpunkt ab. Bei einem weiteren Progress der Erkrankung nach ca. 1 Jahr stimmt Herr B. einer palliativen Chemotherapie zu. Der Hausarzt meldet sich bei uns nach 10 Tagen des 1. Zyklus. Hr. B. habe zunehmende Schmerzen und eine deutliche Verschlechterung seines Allgemeinzustandes. Auf keinen Fall wolle Herr B. in ein Krankenhaus und auch sonstige Hilfen würde er nur sehr zögerlich bis gar nicht annehmen. Einem Besuch durch unser Team hat Herr B. zugestimmt.

Beim Eintreffen öffnet Herr B. uns die Tür. Er ist aufgrund starker Schwäche und Schwindelsymptomatik kaum noch in der Lage zu laufen. Zudem klagt er über Schmerzen im re. Oberbauch und starker Luftnot bei Belastung.

Hr. B. lebt in einer 3 Zimmer Wohnung, in der er bis vor 3 Jahren gemeinsam mit seiner Mutter lebte. Den Tod der Mutter hat Herr B. nach eigenen Angaben noch nicht verkraftet. In der Wohnung hat Herr .B. einen Gedenkaltar für seine Mutter eingerichtet und ihr Zimmer ist unberührt vorhanden. Herr B. ist ein großer Fan der Volksmusik und sein Zimmer ist überfüllt mit Postern und Fanartikeln aller Art. Die Wohnung wirkt überfüllt und verwahrlost.

Aufgrund seiner hohen Symptombelastung schlagen wir ihm die Aufnahme auf unserer Palliativstation vor. Er bittet um Überdenkzeit. Am folgenden Tag findet zweimalig ein Besuch statt und Herr B. fasst Vertrauen und wird stationär aufgenommen.

Nach Stabilisierung und deutlicher Besserung seines Allgemeinzustandes ist ein weiteres gemeinsames Assessment mit Herrn B. möglich. Herr B. lehnt eine weitere palliative Chemotherapie ab, da die Nebenwirkungen für ihn in inakzeptablen Masse die Lebensqualität einschränkt. Die realistische Einschätzung und Akzeptanz seiner Erkrankung und ihrer Prognose ist sehr wechselhaft, so plant Herr B. weiterhin an einer in zwei Monaten stattfindenden Australienrundreise. Er möchte nun wieder schnell nach Hause, um im gewohnten Umfeld weiter zu Kräften zu kommen. Soziale Kontakte hat Herr B. sehr wenige, es gibt lediglich eine Cousine die ihn besucht und eine Ex-Verlobte mit der er regelmäßigen Telefonkontakt hält. Täglich geht er bei seinem früheren Arbeitgeber in der Kantine essen und besucht auf dem Weg das Grab seiner Mutter. Finanzielle Ressourcen sind vorhanden, die vor allem für seine geplanten Reisen gedacht sind. Herrn B. ist durchaus bewusst, dass seine Wohnung in einem nicht guten Zustand ist, da er die letzten Monate keine Kraft hatte den Haushalt und die anfallenden Arbeiten zu erledigen. Wir schlagen Herrn B. eine Grundreinigung seiner Wohnung und eine wöchentliche Haushaltshilfe, einen Pflegedienst zum richten der Medikamente und zur Hilfestellung bei der Körperpflege sowie regelmäßige Kontakte durch eine Hospizhelferin und durch unser Palliative Care Team vor. Den Pflegedienst lehnt Herr B. ab, die anderen Hilfsangebote nimmt er an. Herr B. wird nach 10 Tagen nach Hause entlassen. Das Monitoring ist durch unser PCT gesichert.

Die Hilfsangebote greifen gut und Herr B. kann seinem gewohnten Tagesablauf nachkommen. Durch die regelmäßigen Besuche unseres PCT entsteht ein stabiles Vertrauensverhältnis und gemeinsam mit der Hospizhelferin unterstützen wir Herrn B. bei seiner individuellen Krankheitsverarbeitung. Herr B. bleibt sehr ambivalent, er sagt die Australienreise ab, plant aber für das kommende Jahr eine Kreuzfahrt

Wegen einer akuten Allgemeinzustandsverschlechterung aufgrund eines Infektes und weiterem Tumorprogresses muss Herr B. nach 5 Wochen wieder auf die Palliativstation aufgenommen werden. Dies ermöglicht eine Stabilisierung mit reduziertem Allgemeinzustand und erhöhtem Hilfebedarf. Ein Re- Assessment wird erforderlich, da Herr B. deutlich als Ziel das Zurückkehren in sein häusliches Umfeld äußert. Wir erstellen einen Hilfeplan, den wir allen an der Versorgung Beteiligten und Herrn B. vorstellen. Es findet ein Familiengespräch gemeinsam mit der Cousine, der Hospizhelferin, der betreuenden Ärztin und einem Teammitglied unseres PCTs statt. Herr B. nimmt unseren Hilfeplan mit leichten Korrekturen an und kann nach 14 Tagen unterstützt durch eine 24 Stunden Betreuung und angepassten Hilfsmitteln wieder nach Hause entlassen werden. Herr B. stabilisiert sich zunehmend im häuslichen Umfeld und ist auf Wohnungsebene wieder mobil. Er ist sehr dankbar für die Hilfe und Zuwendung die er bekommt. Für seine Pflegerin hat er das Zimmer seiner Mutter aufgeräumt und ihr

zu Verfügung gestellt. Der Gedenkaltar der Mutter ist verschwunden. Nach einer Woche fährt Herr B. für 3 Tage nach Hamburg zu einem Konzert und erfüllt sich somit einen großen Wunsch.

Das Monitoring erfolgt weiterhin durch regelmäßige Besuche unseres PCT's. Die Hospizhelferin organisiert noch weitere kleinere Unternehmungen mit ihrer Begleitung, was Herrn B. ermöglicht ihm noch wichtige Dinge zu erledigen und auch das Grab seiner Mutter zu besuchen.

Nach weiteren 5 Wochen verschlechtert sich der Zustand von Herrn B. Er wird zunehmend schwächer und immobil. Mit dem Einverständnis von Herrn B. organisieren wir eine Dolmetscherin zu Edukation und Befähigung der Pflegerin. Die Cousine bleibt nur punktuell anwesend. Die Hospizhelferin ist Herrn B. eine große Stütze. Das PCT ist täglich vor Ort um die hohe Dynamik im Verlauf zu begleiten und zeitnah auf veränderte Situationen zu reagieren und den Hilfeplan anzupassen. Herr B. fühlt sich weiterhin sicher und wünscht zu Hause bleiben zu können.

Nach weiteren 3 Wochen stirbt Herr B. zu Hause in Anwesenheit seiner Pflegerin und einem Teammitglied des PCT.

Die evaluierende Nachsorge findet nach 4 Wochen mit der Cousine, der Hospizhelferin und der Pflegerin statt. Im Team werden die einzelnen Schritte besprochen und bewertet.

7. Fazit

Case Management in der palliativen Versorgung zielt nicht auf die Erkrankung, sondern befasst sich mit der Lebensführung, den Lebensbezügen und dem Versorgungsalltag der Menschen. Die einseitige Beachtung somatischer Aspekte kann bei schwerstkranken sterbenden Menschen und ihren Angehörigen zu einer langsam und schleichend entwickelnden Dekompensation des psychosozialen Versorgungsalltags führen. Dies wird für Betroffene und Angehörige oft als traumatisch erlebt, da es in der Regel zu Notfalleinsätzen verbunden mit Stress und Hektik kommt, die nicht selten in den letzten Lebenstagen oder -stunden zu Einweisungen in ein Krankenhaus führen. Bei den Angehörigen bleibt oft das Gefühl zurück, komplett versagt zu haben. Hier kann Case Management Unterstützung bieten um eine tragfähige und sichere Versorgungsgestaltung im häuslichen Bereich zu erreichen. Ein ausführliches Assessment, ein individueller Hilfeplan und ein regelmäßiges kontinuierliches Monitoring - vor allem mit dem Betroffenen, den pflegenden Angehörigen und den professionellen Diensten vor Ort - macht eine Einschätzung und individuelle Anpassung des

Versorgungsbedarfes möglich. Dies führt zu mehr Sicherheit und somit zur Stabilisierung des Versorgungssystems und unnötige Krankenhauseinweisungen können vermieden werden.

Case Management nicht nur im stationären Bereich sondern auch im PCT-HSK anzusiedeln erachte ich als sinnvoll, da schwerstkranke und sterbende Menschen und deren Angehörige mit komplexen Problemlagen einer kontinuierlichen Begleitung bedürfen, um den Verbleib im häuslichen Umfeld zu sichern.

Die speziellen Funktionen des Case Management in der Arbeit des PCT-HSK sehe ich aufgrund der neuen Versorgungsstruktur der palliativen Betreuung im Besonderen in der gate keeper Funktion. „ Der Case Manager übernimmt hier Funktionen und Inhalte der Rationalisierung und manchmal auch der Rationierung und er soll bewirken, dass bei den Nutzern und den Leistungserbringern von rehabilitativen und pflegerischen Hilfen ein Bewusstsein für die (gesamt-) wirtschaftlichen Folgen der Gewährung und Inanspruchnahme der Leistungen steht“ (Wissert/Kern (2009c); 1).

Die Bedingungen zur Integration des Case Managements im PCT-HSK sind gut. Aufgrund der Erweiterung unseres Teams wird es möglich sein, dass zunächst eine weitergebildete Palliative Care Pflegende das Case Management im Team übernimmt und nach einer Erprobungsphase sollte entschieden werden, ob eine eigene CM-Stelle geschaffen werden sollte oder ob es sinnvoller ist mehrere Teammitglieder im Case Management weiterzubilden.

Ich freue mich auf die neue Aufgabe und bin sicher ich werde interessante Erfahrungen machen.

Literaturverzeichnis

Wendt Wolf Rainer; Löcherbach, Peter (2006): Case Management in der Entwicklung. Heidelberg: Economica Verlag.

Löcherbach, Peter; Klug, Wolfgang; Remmel-Fassbender, Ruth; Wendt, Wolf Rainer (2005): Case Management Fall-und Systemsteuerung in der Sozialen Arbeit München: Ernst Reinhardt Verlag.

Knipping, Cornelia; Kunz, Roland (2007):Lehrbuch Palliative Care. Bern: Hans Huber Verlag.

Neuffer, Manfred (2002): Case Management Soziale Arbeit mit Einzelnen und Familien. Weinheim und München: Juventa Verlag.

Wissert, M. (2009a): Arbeitsmaterialien für die Fallarbeit beim Case Management, Bearbeitungsraaster für das Assessment. Unv. Kursunterlagen für die Weiterbildung zum Case Manager bzw. Case Managerin. Weingarten.

Wissert, M.; Kern, M. (2009a): Case Management- Hilfeplanung. Unv. Kursunterlagen für die Weiterbildung zum Case Manager bzw. Case Managerin. Bonn/ Weingarten.

Wissert, M; Kern, M. (2009b): Case Management- Linking. Unv. Kursunterlagen für die Weiterbildung zum Case Manager bzw. Case Managerin. Bonn/ Weingarten.

Wissert M. (2006): Tools und Werkzeuge beim Case Management Outreaching – Case Finding – Intaking Aufgaben der Fallsteuerung und Systemsteuerung. Unv. Kursunterlagen für die Weiterbildung zum Case Manager bzw. Case Managerin. Weingarten.

Wissert, M.; Kern, M.; (2009c): Spezielle Funktionen des Case Managements. Unv. Kursunterlagen für die Weiterbildung zum Case Manager bzw. Case Managerin. Bonn/Weingarten.

