

Manual Case Management

Steuernde Einzelfallhilfe - ein Modell für die Regelversorgung

1. Rahmenbedingungen

Im Verlauf dementieller Erkrankung entstehen unterschiedlichste Bedarfe der betroffenen Menschen und ihrer Angehörigen. Neben den allgemeinen Bedingungen des Familienumfeldes sind diese auch von den im Rahmen der Progredienz des Beschwerdebildes auftretenden Veränderungen abhängig.

Neben den komplexen Rahmenbedingungen der Pflegegesetzgebung ist der Zugang zu den zur Verfügung stehenden Unterstützungsmöglichkeiten häufig durch die fortbestehende Stigmatisierung der Erkrankung und die krankheitsimmanente Kommunikationsschwierigkeiten erschwert. Um die regelmäßig hochbelasteten häuslichen Versorgungssysteme zu stabilisieren, vorzeitige stationäre Unterbringung, belastende Krankenhausaufenthalte und Folgeerkrankungen bei den pflegenden Angehörigen zu verhindern bedarf es also einer passgenauen begleitenden und steuernden Einzelfallhilfe.

Hierfür findet seit Anfang der 90er Jahre in Deutschland das Instrument des *Case Management* zunehmende Beachtung, das unter Berücksichtigung der Lebenswelt des Betroffenen eine professionelle Abstimmung und Koordination von Unterstützungsmaßnahmen ermöglicht. *Case Management* hat zum Ziel, im individuellen Fall prozesshaft die zeitlichen und räumlichen Dimensionen des Versorgungsgeschehens zu erfassen, mit den unterschiedlichen Akteuren gemeinsame Ziele festzulegen und über eine bestimmte Zeitspanne oder den gesamten Betreuungsverlauf hinweg die Koordination der Versorgung eines Patienten sicherzustellen (Wirnitzer 2002). Ein weiteres Ziel des Case Management ist, den größten Nutzen bei gleichzeitiger Begrenzung der Kosten zu erreichen.

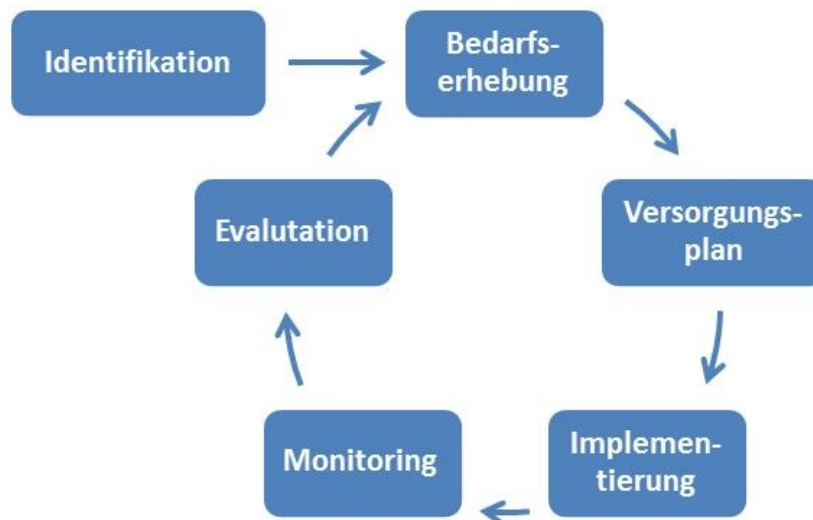


Abb. 1: Regelkreis Case-Management nach [Quellenangabe](#)

Auch eine vollständige Dokumentation der Arbeitsphasen und die Rückmeldung an alle Beteiligten Versorgungspartner ist Aufgabe des Case Managers.

Ein wesentlicher Bestandteil eines gelungenen Case Managements ist jedoch der Vertrauens- und Beziehungsaufbau. Schon die Kontaktaufnahme kann nur mit dem Einverständnis der Betroffenen

erfolgen, ein Handeln ohne Vertrauen und Einverständnis wäre vergeblich. Die Arbeit des Case Managers impliziert einen Einblick in die gesamte Lebenssituation des Betroffenen und seiner Familie. Dabei berührt sie sehr private Aspekte, z.B. Einblicke in finanzielle Angelegenheiten oder den Umgang mit eigenen Aggressionen. Hier bedarf es oft eines geduldigen und hinhörenden Vorgehens, bis Betroffenen den Schritt gehen können einen anderen Menschen in ihr Leben zu lassen, Potentiale aufzudecken und Hilfen anzunehmen.

2. Steuerung des Zugangs zum Case Management

Bei der häuslichen Versorgung von Menschen mit Demenz sind einerseits die Information über Angebot und Struktur des Beratungs- und Hilfesystemen und andererseits das Wissen über die Zugangswege entscheidende Faktoren für ein langfristiges Gelingen. Trotz der vielfältigen Beratungsangebote die Pflegekassen, Kommunen und andere Akteure anbieten, gibt es einen bedeutenden Anteil von Familien, die diesen Schritt nicht selber bewältigen können.

Der Hausarzt ist oft der erste Ansprechpartner bei Gedächtnis- oder Orientierungsproblemen, gemeinsam mit dem Facharzt (Neurologie, Psychiatrie) wird er von betroffenen Familien nach der Diagnosestellung als zuständige Instanz für alle Fragen rund um die Erkrankung gesehen. Oft besteht ein langjähriges Vertrauensverhältnis, der Hausarzt kann wie kein anderer die Familiensituation einschätzen und Beratungs- und Hilfebedarf erkennen. Hinzu kommt, dass Empfehlungen durch Ärzte weiterhin eine besondere Gewichtung tragen, denen verbindlicher nachgegangen wird. Der Haus- und Facharzt ist daher in besonderer Weise befähigt, Familien, die nicht selber in der Lage sind, sich aktiv Hilfe zu suchen, zu identifizieren. Deren Einverständnis vorausgesetzt kann er proaktiv Unterstützung „verschreiben“.

Im Praxisalltag ist es meist nicht möglich die komplexen Fragen zu pflegerischer und psychosozialer Versorgung und auch die besonderen Bedürfnisse der pflegenden Angehörigen adäquat zu berücksichtigen. Es bedarf daher für eine sinnvolle und kosteneffektive Nutzung der Ressourcen einer unkomplizierten Weitervermittlung an eine unabhängige Stelle, die die Koordination der weiteren Maßnahmen übernimmt. Im Verlauf der Erkrankung stellt sie für die Patienten und Angehörige Ansprechpartner und kann bei komplexen Versorgungs- und Familiensituationen auch eine steuernde, aufsuchende Einzelfallhilfe (Case Management) organisieren. Kriterien für den Bedarf eines umfassenden Case Managements wurden im Modellprojekt erarbeitet und werden von der Koordinierungsstelle angewendet.

Auch allgemeine Beratungsstellen, Begegnungszentren und die Sozialdienste der Krankenhäuser u.a. können auf die koordinierende Stelle verweisen. Bei der Organisation der nötigen Beratungs- und Unterstützungsmaßnahmen wird wiederum Wert auf eine Einbettung in bestehende quartiersnahe Angebote gelegt. Dies ist auch für die Sicherstellung der Versorgung in ländlichen Gebieten von besonderer Bedeutung.

Case Management ist im Allgemeinen als ganzheitlicher Prozess zu verstehen, konkrete Fragen betroffener Familien können aber auch nur Teilaspekte betreffen oder in Krisen auftreten. Immer wieder können im Verlauf der Erkrankung spezifische Situationen auftreten, in denen doch auf professionelle Unterstützung zurückgegriffen wird. Dies sind u.a. Fragen zu Kommunikation bei Demenz, zu

Vollmachten und zu Pflegestufen. Am Ende des Manuals findet sich daher eine modulare Auflistung der jeweiligen Arbeitsgebiete, die bei Bedarf einzeln genutzt werden könnten.

3. Case Management in der Regelversorgung

Um in einem Versorgungsgebiet, das sowohl städtisch als auch ländlich geprägt ist, die ambulante Versorgung von Menschen mit Demenz und die Begleitung der pflegenden Angehörigen sicher zu stellen bedarf es einiger Voraussetzungen: Klare Verweisstrukturen, Koordination, Netzwerkarbeit und ein an den Quartieren orientiertes Beratungsangebot. Dafür sollten folgende Elemente zur Verfügung stehen.

1. Zuweisungssystem

Haus- und Fachärzten als primäre Zuweiser (s. o.) identifizieren Betroffene Familien, geben erste Informationen und leiten mit dem Einverständnis der Patienten und/oder Angehörigen Basisdaten an die Koordinierungsstelle weiter. Diese meldet sich dann telefonisch bei der Familie. Dieses proaktive Vorgehen stellt sicher, dass gerade die Familien, bei denen es Hemmnisse zum Zugang zu Unterstützungssystemen gibt, ein Erstkontakt hergestellt und ein Ansprechpartner aufgezeigt wird.

Andere Zuweiser (z.B. Beratungsstellen, Sozialdienste der Krankenhäuser) können einerseits Kontaktinformationen weitergeben, aber genauso mit Einverständnis der Betroffenen um einen Anruf durch die Koordinierungsstelle bitten. In dem Fall wird diese dann auch den Hausarzt des Betroffenen mit in die Begleitung einbeziehen.

2. Koordinierungsstelle

Die Koordinierungsstelle nimmt zu allen an sie verwiesenen betroffenen Familien telefonisch Kontakt auf und prüft den derzeitigen Bedarf an Unterstützung. Die Möglichkeiten der Unterstützung reichen von einer kurzen Informationsgabe zu spezifischen Fragen, einem persönlichen Beratungsgespräch bis zum begleitenden Case Management. Im Modellprojekt wurden hierzu Voraussetzungen für den Einsatz von umfassendem Case Management erarbeitet (s. Anhang 1 „Zugangskriterien DemenzNetz Aachen“).

Erfahrungsgemäß ist bei dementiellen Erkrankungen der Bedarf an Unterstützung im Verlauf der Zeit zunehmend, und auch nach erfolgreicher Implementierung von Hilfen kommt es meist nach einigen Monaten zu neuen Herausforderungen für die Familien. Daher hat sich eine regelmäßige aktive Kontaktaufnahme im Abstand von drei bis sechs Monaten als wichtiges Instrument der Krisenprävention erwiesen.

Um von allen Akteuren der Gesundheitsversorgung ohne Konkurrenzgedanken genutzt werden zu können sollte die Koordinierungsstelle anbieterunabhängig sein. Hierfür bietet sich ein gemeinnütziger Verein an, der den zusätzlichen Vorteil hat, Bürgerbeteiligung und den Gedanken der Selbsthilfe zu stärken. Barrierefreie Räume in zentraler Lage und regelmäßige Öffnungszeiten sollten gegeben sein.

Die Mitarbeiter sollten über eine entsprechende Qualifizierung verfügen (Sozialarbeiter, Kranken- oder Altenpflege, langjährige Erfahrung in der Beratung zur ambulanten Altenhilfe). Die Koordinierungsstelle ist außerdem zuständig für Netzwerk- und Öffentlichkeitsarbeit, Fortbildungen für Arztpraxen, Seminare für Angehörige und die Förderung von Selbsthilfe.

3. Organisation des Case Management

Für die Organisation und Durchführung von Case Management gibt es im Rahmen der derzeitigen gesetzlichen Bedingungen verschiedene denkbare Modelle:

Case Management durch feste Mitarbeiter der Koordinierungsstelle:

Als Angebot der Koordinierungsstelle könnte durch die hochspezialisierten Mitarbeiter ein hohes Maß an Qualität sichergestellt werden, Kommunikationswege wäre durch direkten Kontakt zu den Arztpraxen kurz und die Unabhängigkeit in der Auswahl von Unterstützungsangeboten wäre gegeben. Durch die früh im Prozess stattfindende Kontaktaufnahme wäre der Beziehungsaufbau durch eine langfristige Begleitung durch feste Ansprechpartner in besonderem Maße gewährleistet. Nachteil dieses Modells ist die Zentralisierung; das Wissen zu besonderen, stadtteilorientierten Versorgungsstrukturen ist geringer, Anfahrtswege von bis zu einer Stunde können anfallen.

Bei einer stundenweise Abrechnung des Case Management auf Basis einer Zulassung nach §45c SGB XI als niedrigschwelliges Entlastungsangebot stellt sich wie bei allen anderen denkbaren Modellen die Frage nach der Finanzierung der sonstigen Leistungen (Fahrkosten, Bürokosten etc.).

Case Management durch freie Mitarbeiter der Koordinierungsstelle:

Bei einer Ausführung des Case Managements durch freie Mitarbeiter (Honorarkräfte) nach Auftrag durch die Koordinierungsstelle ließen sich besonders die Vorteile von stadtteilnaher Arbeit und kurzer Anfahrtswege nutzen. Die Qualitätssicherung wäre in diesem Modell aufwändiger, und auch die Finanzierung der koordinierenden Leitungen durch das auftraggebende Büro müsste gesichert werden.

Case Management durch Pflegedienste:

Pflegedienste verfügen über die benötigte Infrastruktur für aufsuchende Arbeit, sie finden sich in der gesamten Region und haben direkten Kontakt zu den Kranken- und Pflegekassen. Die Mitarbeiter sind teilweise hochqualifiziert und haben oft schon Kontakt zu betroffenen Familien. Die momentane Gesetzeslage stellt Pflegedienste durch die Möglichkeit Betreuungsleistungen auch als Sachkosten abzurechnen besonders heraus (§123, §36 SGB XI). Allerdings wird dies derzeit nicht üblicherweise derart gehandhabt, so dass auch dort Betreuungsleistungen bei nicht ausreichenden Betreuungsleistungen nach § 45c SGB XI mit Pflegegeld bzw. privat abgerechnet werden.

Nachteil dieses Modells ist einerseits die fehlende Unabhängigkeit zu Anbietern und die ungeklärte Zusammenarbeit mit der Koordinierungsstelle. Auch die Qualitätssicherung ist in diesem Modell als eher schwierig zu sehen, da ein Einblick in die Arbeit des Dienstes nicht unbedingt gewünscht ist. Hinzu kommt ein höheres Risiko für wechselnden Ansprechpartnern, was dem Gedanken des langfristigen Beziehungsaufbaus entgegen steht.

4. Finanzierung und gesetzliche Grundlagen

Kosten, die durch die Finanzierung eines gezielt eingesetzten und qualifizierte Case Management entstehen rechnen sich schon bei einer einfachen gesundheitsökonomische Betrachtung der Einsparungsmöglichkeiten durch verminderte Krankenhausaufenthalte und eine hinausgezögerte stationäre Unterbringung (Forum Demenz Duisburg 2011). Werden weitere gesamtgesellschaftlich relevante und schwer bezifferbare Faktoren wie die Prävention von Folgeerkrankung von Angehörigen mit in die Betrachtung einbezogen ist an der Kosteneffektivität des Instruments Case Management nicht zu zweifeln.

Die Möglichkeiten zur zeitnahen und aufsuchenden Beratung sind einerseits unterschiedlich für Versicherte verschiedener Kassen und dazu sehr von den Fähigkeiten der Versicherten, ihre Rechte auch geltend zu machen, abhängig. Das vom Gesetzgeber in SGB XI §7 festgehaltene Recht auf Beratung durch die Pflegekassen und die Fürsorgepflicht der Kommunen stellt diese in besondere Verantwortung für die Sicherstellung der Angebote.

Hier ggf Paragrafen zitieren, denn er beschreibt ja einige CM Leistungen, wie den individuellen Versorgungsplan und weitere Umsetzungskontrolle – im Prinzip könnte man auf dieser Grundlage die Finanzierung von CM von den Kassen einfordern...

Die besonderen Bedarfe von von Demenz betroffenen Familien abzudecken ist durch die vorhandenen Beratungsmöglichkeiten nur bedingt gedeckt. Eine spezialisierte und aufsuchende Beratungsstruktur, die Ressourcen gezielt einsetzt, kann durch ihre besonderen Möglichkeiten die Begleitung auch „schwieriger“ Fälle sicher stellen.

Zurzeit wird Case Management in der StädteRegion Aachen durch die stundenweise Abrechnung im Rahmen einer gesonderten Zulassung nach §45c SGB XI durch die Bezirksregierung finanziert. Dieses ist somit durch den finanziellen Rahmen der zusätzlichen Betreuungsleistungen und die privaten Mittel der Betroffenen begrenzt. Werden bisher keine solchen Leistungen abgerufen, kann mit diesen Geldern erfahrungsgemäß ein guter Einstieg in Hilfesysteme organisiert werden. In den meisten Fällen reichen anfangs zwei bis drei Besuche um Unterstützung zu organisieren, Betreuungsleistungen abzurufen und eine Beziehung aufzubauen.

Die Koordinierungsstelle wird bis Ende 2014 durch Gelder der Kommune, der Pflegekassen und der Bezirksregierung finanziert. Die langfristige Finanzierung soll sich als Mischfinanzierung aus Vereinsbeiträgen, Einkünften aus Case-Management-Leistungen und einer kommunalen bzw länderfinanzierten Förderung zusammensetzen, ist aber bislang nicht in allen Belangen gesichert.

Haus- und Fachärzte tragen bei der Betreuung von Demenzpatienten einen erheblichen Anteil. Die Begleitung des Familiensystems, die oft langen und schwierigen Gespräche und notwendigen Hausbesuche werden bisher nicht adäquat entlohnt. Die für effektive Hilfe so wichtige frühzeitige Intervention ist nur dann möglich, wenn auch für die Ärzte die Durchführung von Screeningverfahren zur frühen Diagnose und die darauffolgende Betreuung der Patienten kein wirtschaftliches Risiko darstellt.

5. Ausblick

Pflegestärkungsgesetz

Regelkreis Case Management

Intake → Identifikation

- Klärung der Zuständigkeit
 - Einschreibung
 - Rückruf Hausarzt
 - Überprüfung der Komplexitätskriterien (Case Management Kriterien: Nachweis einer Demenzerkrankung, Medizinische Komplexsituation, Pflegerische Komplexsituation, Psychosoziale Komplexsituation)
- Erste Kontaktaufnahme
 - Telefonat, erster Hausbesuch (erstes Kennenlernen, Erläuterung der Arbeit)

Assessment → Bedarfserhebung

- Einschätzung und Erfassung der Situation, zweiter Hausbesuch
 - Versorgungsanalyse (Medizinische Anamnese, Pflegerische Anamnese, Psychosoziale Anamnese, Rechtliche Aspekte, Versorgungsdefizite, Ressourcen der Familie, Belastungsaspekte)
 - Anamnese
 - Befragung der Person, des sozialen Umfeldes, der bereits professionell Handelnden
 - Welche Hilfen sind bereits implementiert, sind bereits Gelder beantragt?
 - Wie wird der eigene Bedarf gesehen?
 - Biographische Ereignisse
- Beziehungsaufbau

Planning → Erstellung eines Hilfeplans

- Gemeinsame Erstellung eines Hilfeplanes mit und für das Familiensystem (basierend auf den Ergebnissen des Assessments)
 - was sind die vorherrschenden Probleme?
 - gibt es Ressourcen im System, die genutzt werden können
 - Erarbeitung und Dokumentation und von Nah- und Fernzielen
 - Welche Maßnahmen braucht es, um diese Ziele zu erreichen?

Intervention → Implementation des Hilfeplans

- Umsetzung der einzelnen Hilfen in den Alltag
 - Case Manager/in als Bindeglied zwischen Klient/in, sozialem Umfeld und professionell Handelnden
 - Mobilisation von informellen Hilfen wie Verwandtschaft, Freund/innen, Nachbarschaft
 - Vermittlung von professionell Handelnden (Pflegerstation, haushaltsnahe Dienstleistungen, Tagespflegehäuser, Kurzzeitpflege, stationäre Pflege, Fachärzte, Kur, Schulungsangebote)
 - Beratung
 - Vernetzung
- dieser Strukturen

Monitoring → Umsetzungskontrolle der Maßnahmen / Rückmeldung

- Kontrollfunktion/Überwachung ob das Zusammenwirken des Unterstützungssystems funktioniert
 - Regelmäßiger Kontakt zu allen Beteiligten (Vernetzen der einzelnen Handelnden)
 - Überprüfung der formulierten Ziele (keine Versorgungsdefizite aufkommen lassen)

Evaluation → Evaluation des Versorgungsplanes

- Welche Ziele wurden erreicht?
- Welche Hilfen scheinen sinnvoll/nicht sinnvoll (Welche sollten weitergeführt werden, welche nicht, braucht es noch andere Hilfen?)
- Gibt es den Bedarf weiteren Case Managements?

- Abschluss ODER Neueinschätzung des Case Managementprozesses (Wiederholung des Regelkreises ab Assessment)

Module Case Management bei Demenz

Modul	Inhalt	Dauer	Kosten	Kommentar
Case Management als begleitende Einzelfallhilfe	Gesamt	3-6-12 Monate	48,50 € /h	Als niedrigschwelliges Entlastungsangebot nach §45 c SGB XI
Antragstellung Pflegekasse	Pflegestufe Zusätzliche Betreuungsleistungen Kurzzeitpflege Verhinderungspflege Hilfsmittel Kur/stationäre Rehabilitation Persönliche Begleitung MDK	10 Min. 60 Min. >60 Min.	Pauschal?: Informationsgabe Gemeinsames Ausfüllen Begleitung	
Antragstellung Behörden	Gesetzliche Betreuung Einwohnermeldeamt Betreuungsgericht Versorgungsamt Kranken- und Rentenkasse TÜV (Fahrtüchtigkeit, KFZ)	10 Min. 60 Min. >60 Min.	Pauschal?: Informationsgabe Gemeinsames Ausfüllen Begleitung	
Anfahrt			Pauschal	
Beratung	Persönliche Beratung	10 Min. 60 Min. >60 Min		
	Telefonische Beratung	10 Min. 60 Min. >60 Min		
Verwendung bewilligter Mittel	Beratung, Kontaktvermittlung, persönliche Begleitung			
Vollmachten	Vorsorgevollmacht Patientenverfügung Betreuungsvollmacht	10 Min. 60 Min.	Informationsgabe Gemeinsames Erstellen	
Vermittlung von	Niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote Pflegedienste Tagespflege Haushaltsnahe Dienstleistungen Fahrbarer Mittagstisch Hausnotruf Betreuungsvereine Seminare zu Demenz Selbsthilfegruppen Friseur, Podologe Fahrdienste Busbegleitung Rechtsberatung Ehrenamtliche Hilfen Nachbarschaftshilfe Stationäre Wohnformen	10 Min. 60 Min. >60 Min.	Informationsgabe Kontaktvermittlung Begleitung	
Fallkonferenzen	Organisation Moderation		Pauschal	
Versorgungsanalyse			Stundenweise	Bedingung
Hausbesuch			Stundenweise	
Dokumentation				

Rückmeldung	Sicherstellung Zusammenarbeit			
-------------	-------------------------------	--	--	--