

Case Management Strukturen Aufgaben Herausforderungen Hochschule Bremen

5. Juni 2009, Mona Frommelt

Case Management Sektorenübergreifende Versorgungszusammenhänge herstellen und gewährleisten

5. Juni 2009, Mona Frommelt

Agenda

- **Gesellschaftspolitisches Umfeld**
- **Rechtliche Bedingungen**
- **Definitionen CM**
- **Verortung CM und PB**
- **Optionen für CM und PB**
- **Positionen für CM und PB**

Gesellschaftspolitisches Umfeld

- Demographische Entwicklungen
- Transparenzanspruch
- Patientensouveränität

- ökonomische Entwicklungen
- professionelle Entwicklungen

**→ Komplexitätssteigerung und
Ausdifferenzierung der Arten von Hilfe-,
Betreuungs- und Pflegebedürftigkeit**

Hilfe-, Betreuungs- und Pflegeleistungen sind gekennzeichnet durch ihre Eigenschaft als **Kette**

- von ineinandergreifenden,
- sich gegenseitig bedingenden
- und in ihrem Ergebnis wechselseitig abhängigen **Dienstleistungen.**

Die Patientenversorgung in Medizin und Pflege ist also eine **Dienstleistungskette**, die durch anspruchsvolle interaktive Arbeit unter schwierigsten Bedingungen gekennzeichnet ist:

- Spannungsfeld zwischen Erwartungen / Bedürfnissen und Kosten
- Spannungsfeld zwischen Unabhängigkeit / Selbstbestimmung

und

- Abhängigkeit von Hilfe, Therapie, Pflege und Betreuung
- Spannungsfeld zwischen Laien / Betroffenen und Multi - Professionellen

- Spannungsfeld der **Leistungsgewährung**:
SGB XI als Teilleistungsgesetz,
SGB V „Vollkaskogesez“,
SGB XII als „Fürsorgegesetz“ zur Grundsicherung
im Alter, Hilfe zur Gesundheit/Pflege etc.
- Spannungsfeld der **Leistungsfelder**: KH, Praxis,
Pflegeheim, ambulante Versorgung,
→ Prävention, Kuration, Rehabilitation, Palliation
- Spannungsfeld zwischen der
(unternehmerischen) **Markt-** und der
(marktbezogenen) **Kundenorientierung**

Rechtliche Rahmenbedingungen

- PflWG
- PflegeWoQG (Ländergesetzgebungen)
- Gesundheitsreformen (GKV WSG)
- SGB IX, XII

- Pflegebedürftigkeitsbegriff mit seinen Auswirkungen auf Assessment, Einstufung, Hilfeplanung, Finanzierung

GKV-WSG §11 Abs. 4 SGB V, § 140 u.ä.

richtet sich

an alle Leistungserbringer und Kostenträger aus
Medizin und Pflege und an Krankenhäuser, sowie
SAPV (§§ 37b + 132d SGB V)

PfWG §§ 7a + 92c SGB XI

richtet sich

an das Schnittstellenmanagement zwischen den
Sektoren und Bereichen (präventiv, kurativ,
rehabilitativ und palliativ)

§11 (4) SGB V:

„Versicherte haben Anspruch auf ein Versorgungsmanagement insbesondere zur Lösung von Schnittstellenproblemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche. Die betroffenen Leistungserbringer sorgen für eine sachgerechte Anschlussversorgung der Versicherten und übermitteln sich gegenseitig die notwendigen Informationen [...]“

Zusammenhang von IGV und CM

- Pflege nimmt an der Integrierten Versorgung teil
- Reha vor Pflege: Anspruch auf ambulante und stationäre Rehabilitation
- Anspruch auf mobile Reha-Erbringung
- Verbesserung der Palliativversorgung
- Einführung eines Entlassungsmanagements nach Krankenhausaufenthalt
- Präzisierung des Hilfsmittelanspruchs
- Förderung neuer Wohnformen (Häuslichkeitsbegriff)
- Weiterverwendungsoption nicht verabreichter Opiate

§ 7a SGB XI: Pflegeberater/innen haben

- (1) Einen Versorgungsplan mit dem im Einzelfall erforderlichen Sozialleistungen und gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen oder sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfen zu erstellen.
- (1) Bei Erstellung und Umsetzung des Versorgungsplanes Einvernehmen mit dem Hilfesuchenden und allen an der Pflege, Versorgung und Betreuung Beteiligten anzustreben

§ 92c (nach §92 b = IGV) SGB XI

„[...] Koordinierung aller für die wohnortnahe Versorgung und Betreuung in Betracht kommenden gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen und sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfs- und Unterstützungsangebote einschließlich der Hilfestellung bei der Inanspruchnahme der Leistungen [...]“

Definition CM

Sorgen – Besorgen – Versorgung

Case Management greift die Sorgen von Menschen auf und besorgt im Möglichkeitsraum des Versorgungssystems ein individuell angemessenes Arrangement der Abhilfe. Ihm dient das Care Management auf der Ebene des Betriebs der Versorgung.

Wendt, CM 1/2009, 4-7

Care Management gestaltet das Versorgungsangebot, wonach im Case Management dessen person- und situationsbezogener Zuschnitt besorgt wird, um damit den individuellen Erfordernissen und Sorgen der Adressaten der Versorgung zu begegnen.

Wendt, CM 1/2009, 4-7

Transaktionen in den Arrangements zwischen Care und Life Management

Wendt 2006

CM organisiert **Transaktionen** und wickelt sie ab.

Auf dem Weg der Nutzengenerierung sind

im System der Versorgung und im Leben von
Menschen

im beidseitigen Austausch

zwischen ihnen

Arrangements und **Entscheidungen** zu treffen.

Sie werden angebahnt, vereinbart, kontrolliert und
ggf. durchgesetzt.

Dabei entstehen **Transaktionskosten.**

CM hält diese niedrig und optimiert den Nutzen.
Im CM kommt die Effizienz des Verfahrens seinem
Transaktionsnutzen gleich.

Case Management setzt ein,

wenn die Regelversorgung (z.B. Pathway Management im Krankenhaus) zur Lösung der problematischen Situation im Einzelfall nicht ausreicht, also eine Einzelfallbetrachtung erforderlich wird;

in komplexen Problemlagen, d.h. in Problemlagen, in denen es nicht nur eine Ursache und mehrere Symptome gibt und in der unterschiedliche Professionen und Hilfeformen zur Lösung notwendig sind.

Case Management setzt ein,

bei hoher Akteursdichte, d.h. mehreren beteiligten Diensten, deren Leistung in einem kooperativen Prozess gezielt aufeinander bezogen ist; sofern die Klärung einer komplexen Notlage keine Kooperation von Diensten zu ihrer Behebung erfordert, handelt es sich nicht um Case Management, sondern um einen allgemeinen Beratungsprozess;

wenn professionelle Hilfe zur Markterschließung erforderlich und erwünscht ist.

als Struktur bildendes Prinzip zum Aufbau von Netzwerken (Case Management);

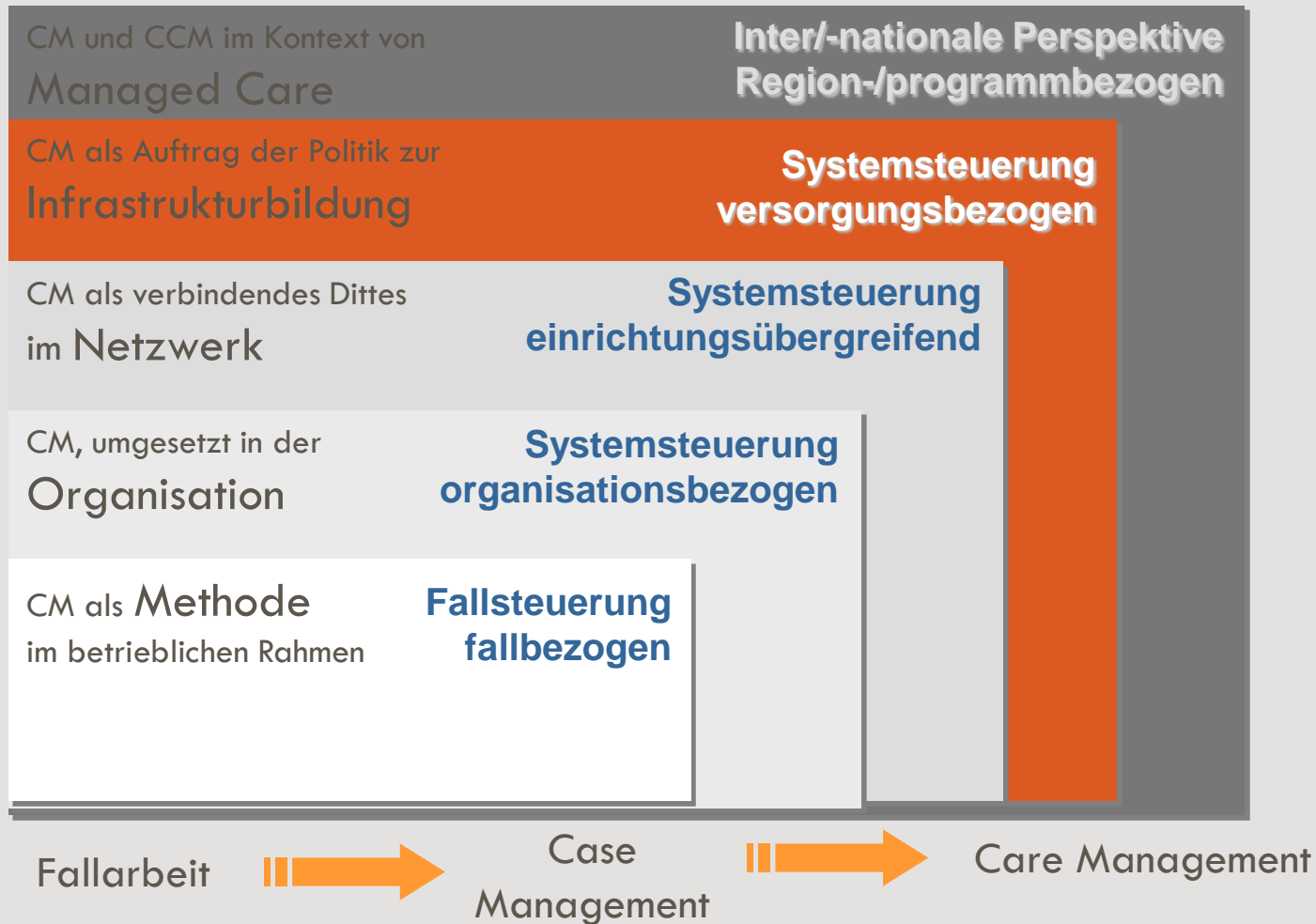
(Greué/Mennemann 2006)

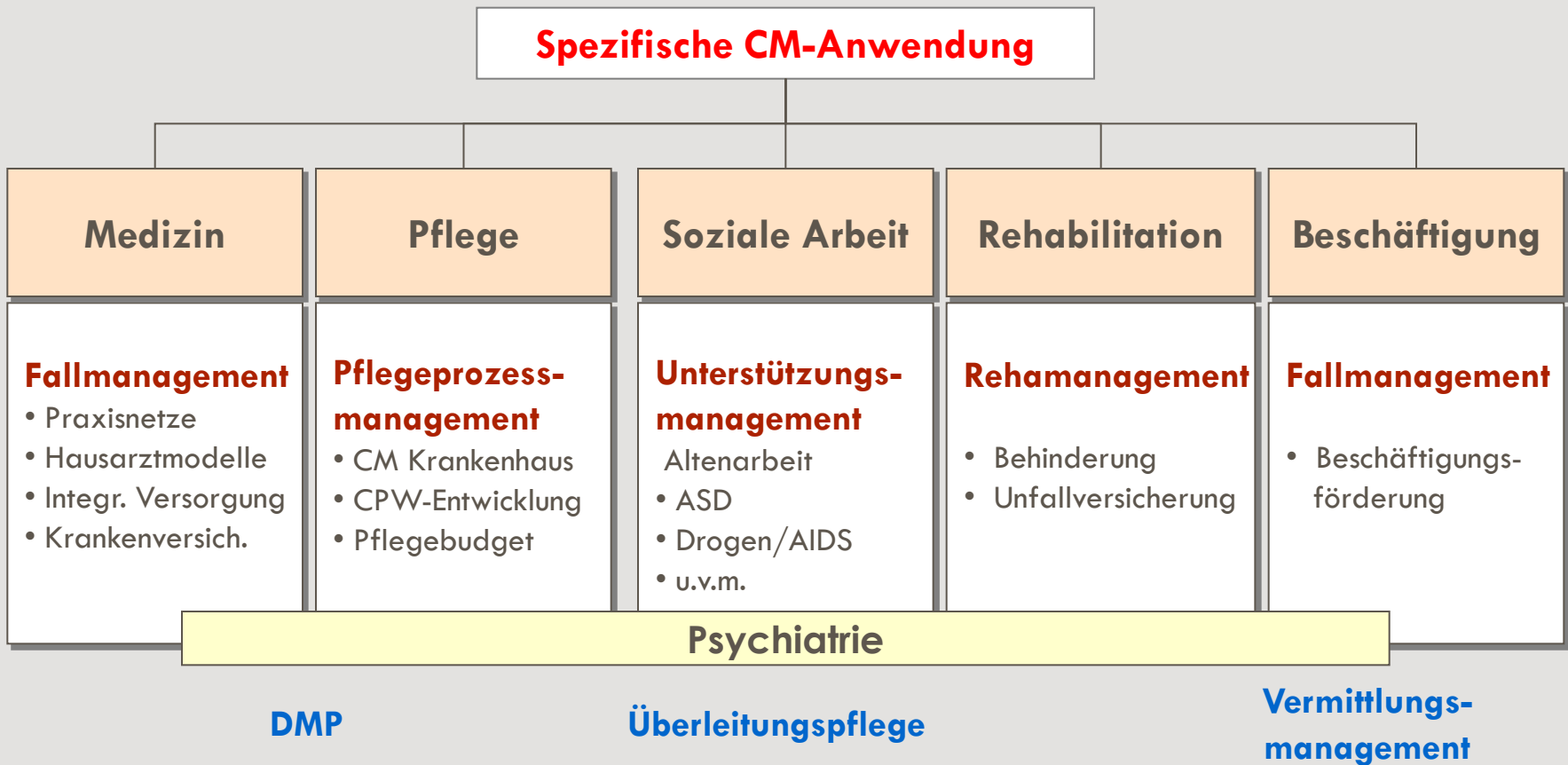
Mit **Fallmanagement** ist eine konkrete Unterstützungsarbeit zur Verbesserung der persönlichen Netzwerke gemeint. Hier geht es darum, einen hilfsbedürftigen Menschen effektiv und effizient zu begleiten, den Hilfeprozess für ihn zu steuern.

Systemmanagement bezieht sich auf die Nutzung, Heranziehung und Initiierung von Netzwerken. Hier geht es um ein effektives und effizientes Management der Versorgung im Gebiet der jeweiligen Zuständigkeiten und darum, das System der Versorgung zu optimieren.

In der Praxis das Case Managements fließen die beiden Aspekte meist zusammen .“

(Löcherbach 2002)



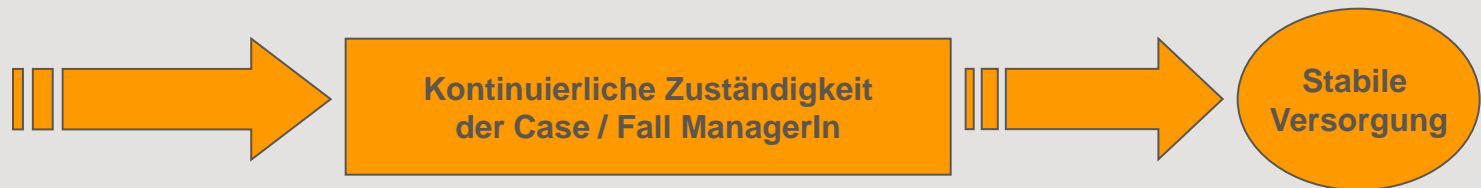
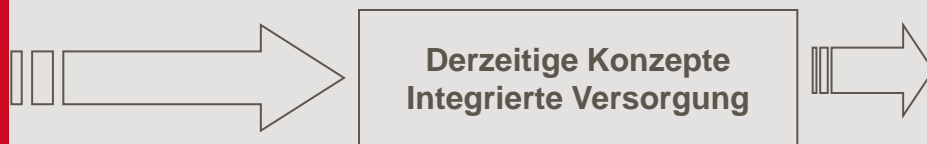


(nach Löcherbach)

Verortung CM und PB

Herkömmliche Beratung

Betreuungswechsel Betreuungswechsel **KEIN** Betreuungswechsel Betreuungswechsel



© nach Wissert

(nach Wißmann 2003)



Pflegeberatung und Case Management

Spätestens an dieser Stelle des Abgleichs von gesetzlichen Vorgaben in der Gegenüberstellung fachlicher Vorgaben des Case Managements ist klar:

**Dem Pflegeberatungsverständnis des PflWG ist das
Prinzip des Case Managements immanent.**

Pflegeberatung ist Bestandteil jeden Case Managements.

Pflegeberatung kann also nur unter der Voraussetzung von CM funktionieren.

Vollumfängliches Case Management über die Beratung hinaus ist bei ca. 10-25% der Gesamtanfragen der Pflegeberatung notwendig.

Social Support

Funktion der Reorganisation und der sozialen Impulsgebung - Einzelfallvernetzung

Gatekeeping

Funktion der Ressourcenerschließung und Leistungskontrolle - Fallsteuerung

Netzwerk - management

Info - Broker

Funktion der Informations- und Dienstleistungsvermittlung

Advocacy

Sozialanwaltschaftliche Vertretung

Empowerment

Stärkung der Selbstpflege und Selbstbestimmung

Methodisches Vorgehen



Outreaching
Case Finding
Intaking

Kontraktmanagement
Linking

Entpflichtung
Nachsorge

Ziele von PB und CM

- Erhalt der Selbständigkeit der Klienten / Patienten
- Sicherung des Verbleibs in der Häuslichkeit
- Aufenthaltsverkürzung im KH durch Sicherung der poststationären Situation
- Vermeidung sozialinduzierter Krankenhauseinweisungen
- Verzögerung des Eintritts in die nächst höhere Versorgungsstufe
- Schaffung regelhaft gesicherter Zugänge im Hinblick auf Schnittstellen sowie auf isoliert lebende bzw. schwer erreichbare hilfsbedürftige Klienten
- Optimierung der Versorgung von Klienten mit speziellen Problemlagen
- Erhöhung der Effektivität und Effizienz der Versorgung
- Sicherung einer qualitativ hochwertigen Versorgung
- Erhöhung der Transparenz des Leistungsgeschehens

Voraussetzungen für PB & CM

- Neutralität des CM
- Vertrauensbasis zum Klienten
- Niedrigschwelliger Zugang zum Klienten
- Zugang zu Versorgungsstrukturen /
Verordnungshoheit
- Autorisierung der Koordination
- Budgetverantwortung / Budgetsteuerung
- Hoher Organisationsgrad /
Managementstrukturen
- Qualitätssicherung
- EDV unterstützte Dokumentation und Auswertung
- Refinanzierung des CM

Zur Klärung: „Neutralität“ und „Unabhängigkeit“

Der Mythos der „Trägerunabhängigkeit“ verhindert an vielen Standorten die qualitätsgeleitete Auseinandersetzung mit dem inhaltlichen Anspruch an „Neutralität“ und „Unabhängigkeit in der Beratung.

(Kommunen werden immer noch als „neutral“ angesehen – häufig sind sie jedoch Kostenträger und Leistungserbringer in einer Person)

(selbst Pflegekassen beanspruchen für sich den Begriff der Neutralität, sobald sie nicht nur für die eigene Kasse beraten)

Induktionsmöglichkeiten

Nach dem PflWG hat der Versicherte einen Anspruch auf Pflegeberatung.

Derzeit ist die Regelung des Zugangs und der Finanzierung noch offen, die Gestaltung der Pflegestützpunkte noch ungeklärt. Prinzipiell auslösend für das CM können sein:

KK

Versicherungen

Pflegeversicherung

Haus-Fachärzte / MVZ / Praxisnetze

Krankenhäuser

Sanitätsfachhändler

Managementgesellschaften

Kommunen

Gerontopsychiatrische Koordinierungsstellen

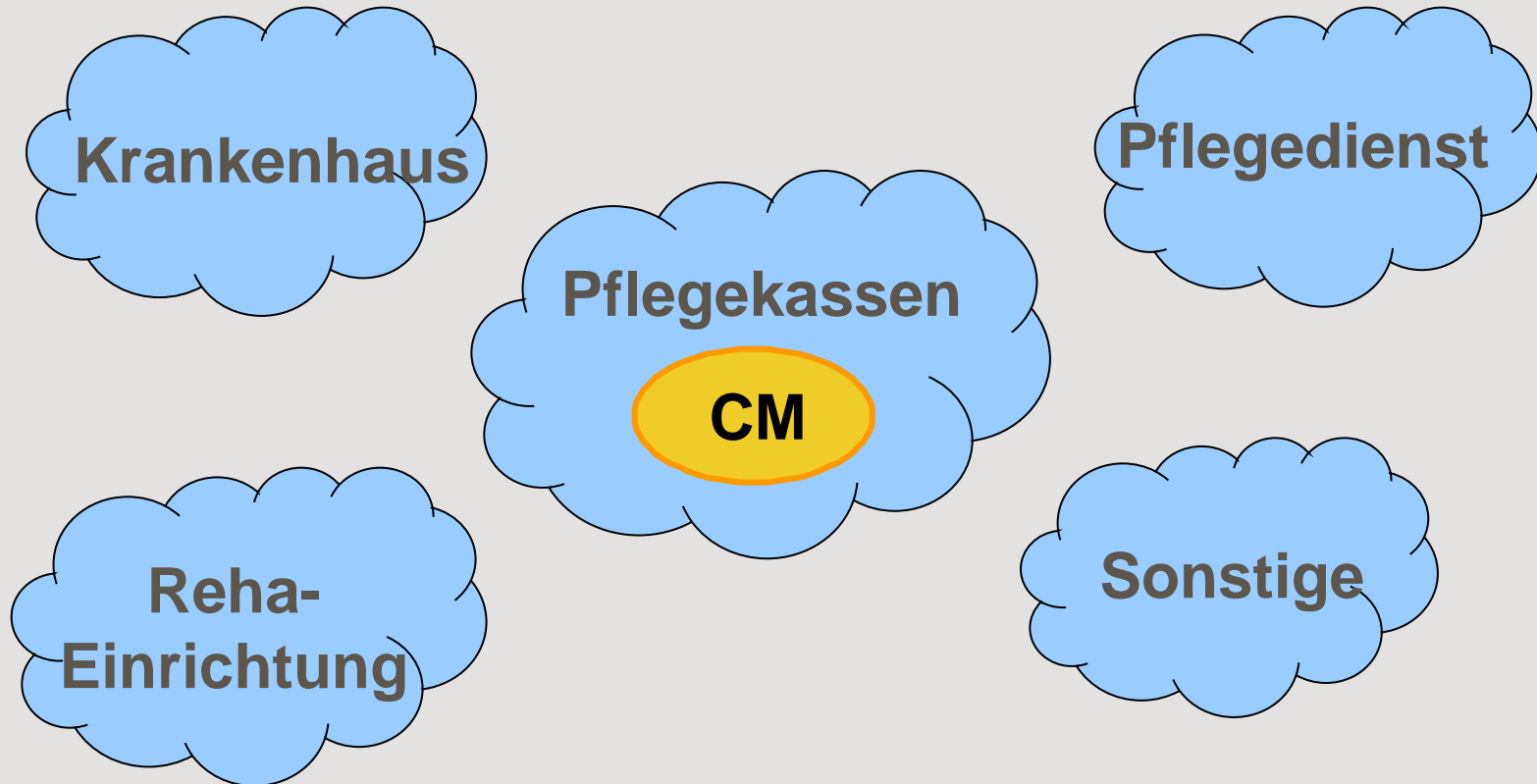
Etc.

Optionen für

Pflegeberatung und Case Management

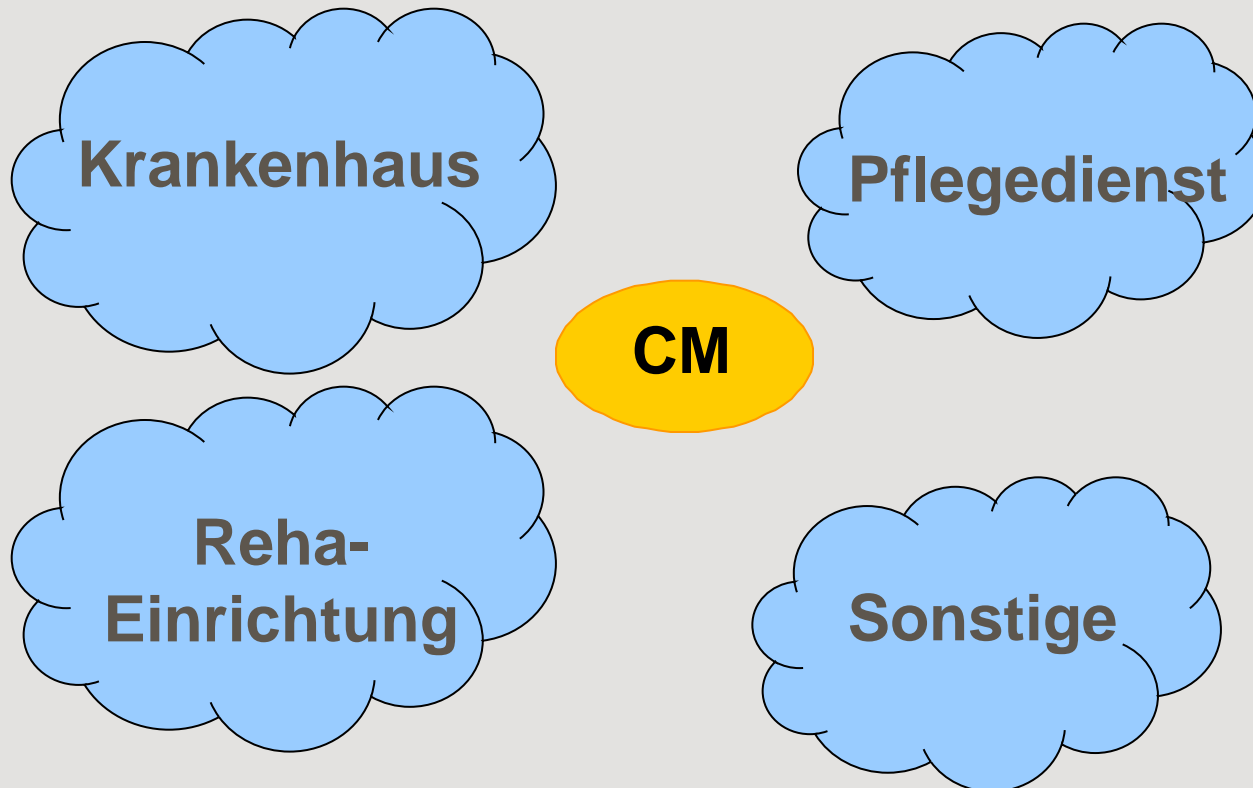
CM und PB bei den Pflegekassen

Organisationsstruktur über Pflegekassen



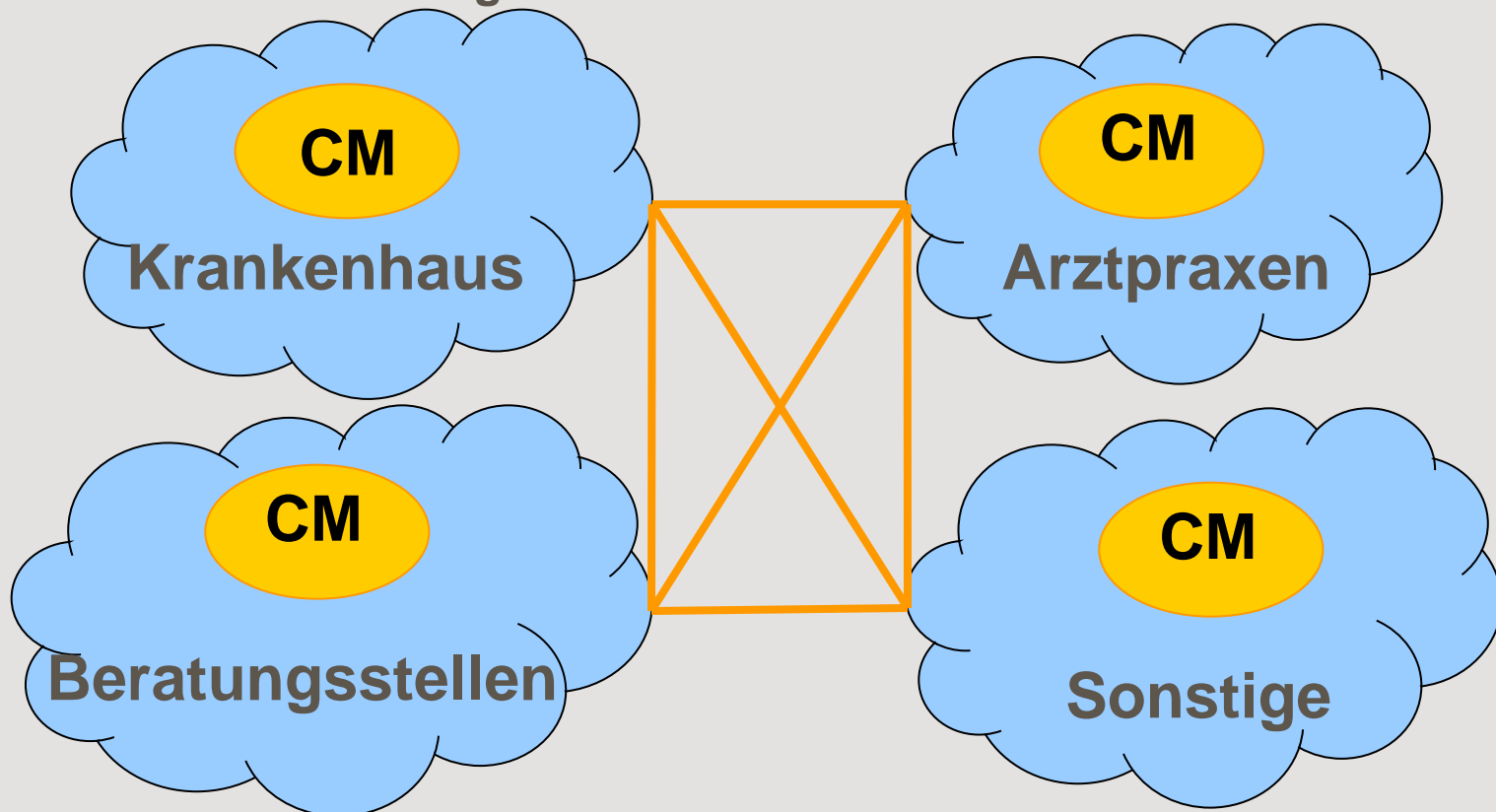
CM und PB regional

Unterschiedliche Leistungsträger bedienen, autorisieren und finanzieren

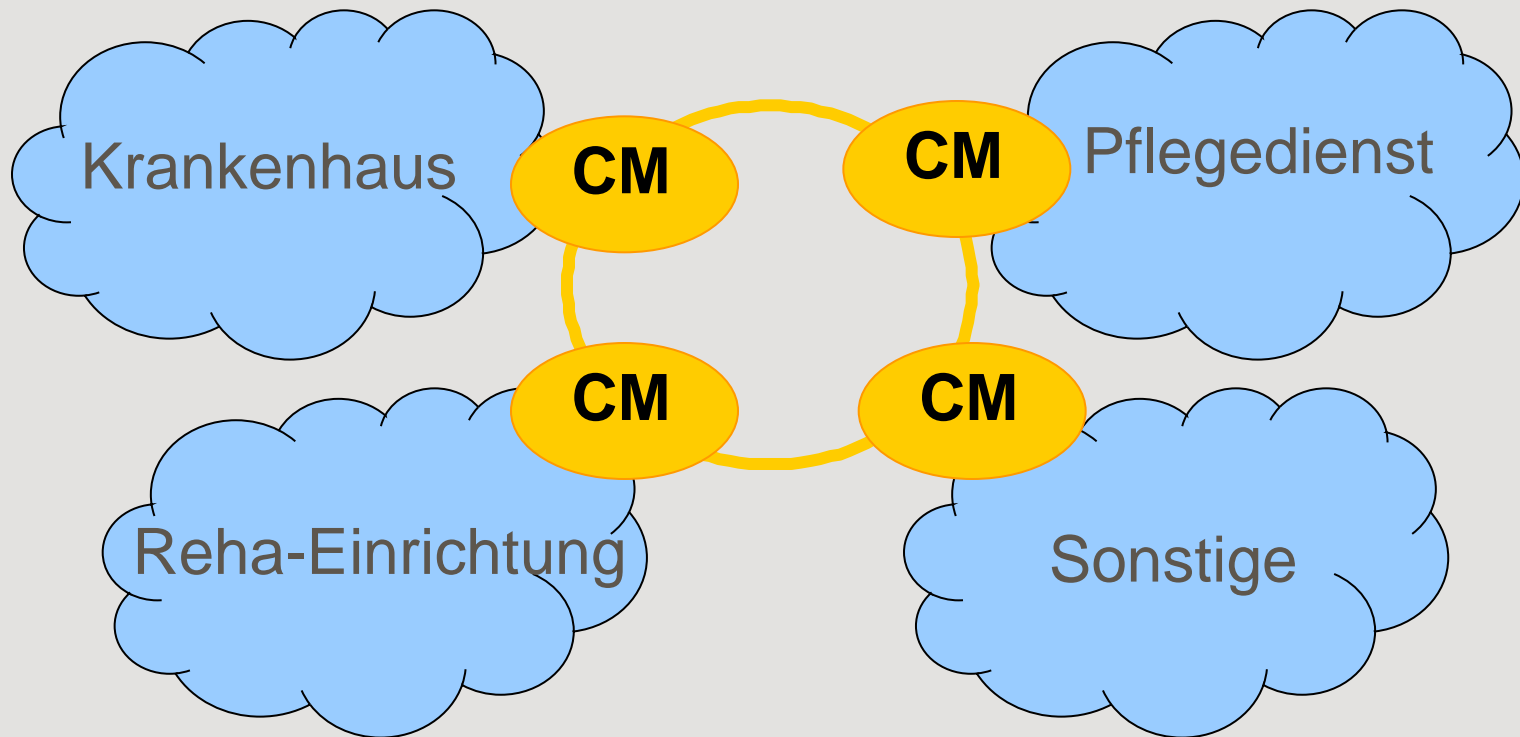


Arbeitsgemeinschaft

Unterschiedliche Leistungsträger mit selbständigem Case und Care Management bei situativer Zusammenarbeit



Unterschiedliche Leistungsträger mit verbindlichen gemeinsamen Arbeitsweisen im Case- und Care Management



Position der Anbieter von Case Management und Pflegeberatung

**Bisherige Pflegeberatung
versteht sich im Sinne einer
pflegebegleitenden Beratung**

und ist damit

**originäre Aufgabe der Pflegedienste und -
einrichtungen (§ 37,3, § 45 SGB XI)**

**Um Pflegeberatung / Case Management
im Sinne des PflWG
und des GKV-WSG
zu betreiben,**

**bedarf es aus Sicht der Akteure
in Medizin, Pflege und Sozialwesen
der Forcierung folgender Schritte:**

- Niedrigschwellige Betreuungsleistungen verstärkt anbieten (Betreuungsgruppen an möglichst vielen Standorten einrichten)
- Tagesstrukturierende Angebote weiterentwickeln
- „Pflegekassen über alle Angebote der pflegeergänzenden Leistungen informieren“
- Eigenständige Flyer für Angebote / Homepage

Positionierung

- Eigene Pflegeberatungskompetenz systematisch auf CM Niveau weiterentwickeln – Schulungen, Zertifikate
- Pflegeberatungskompetenz „veröffentlichen“
- Pflegeberatung im Rahmen § 45 a-d ausbauen - Haustrainings, Überleitungsangebote, Pflegekurse
- regionale Sprechstunden - intensivieren
- Hotline / Telefonberatung

- Stationäre Pflegeangebote & alternative Wohnformen als Kristallisationspunkte für Pflege
- Nachbarschaftsprojekte – mit der Wohnungswirtschaft
- Vertragliche Regelungen mit der Wohnungswirtschaft für ältere Mieter/innen
- Starke Kooperation der Leistungsanbieter untereinander als gemeinsamer Akteur im Wechselspiel mit Kommunen/Bezirken und Kassen

Nach anerkannten Richtlinien der DGCC

- **Voraussetzungen:** abgeschlossene Berufsausbildung im Gesundheitsbereich / einschlägiges Fach- / Hochschulstudium
- Kenntnisse / Befähigungen in den Bereichen Kommunikation, Moderation, Supervision, Sozialrecht

Kursumfang: 222 UE

- Basismodul: Grundlagen des CM
- Anwendungsspezifisches Modul: CM im Gesundheits- und Sozialwesen

Es gilt die inhaltliche Orientierung der Reformen zu nutzen:

- Zentrale Anlaufstellen schaffen
- Quartiersbezug verstärken
- Erstberatung im Sinne des CM qualifizieren
- Pflegebegleitende Beratung zum Case Management ausbauen

Ohne CM und PB keine effiziente und ressourcenschonende Dienstleistungskette im Gesundheits- und Sozialwesen



Zur weiteren Information:

www.hwa-online.de

Für Fragen stehen wir Ihnen gerne persönlich zur Verfügung:

m.frommelt@hwa-online.de