

Case Management

LESEPROBE

Schwerpunkt „Kinder und Jugendliche“

_Case Management als Möglichkeit der
Komplexitätsbewältigung

_Case & Care Management für versorgungsintensive
Kinder

_Integriertes Case & Care Management

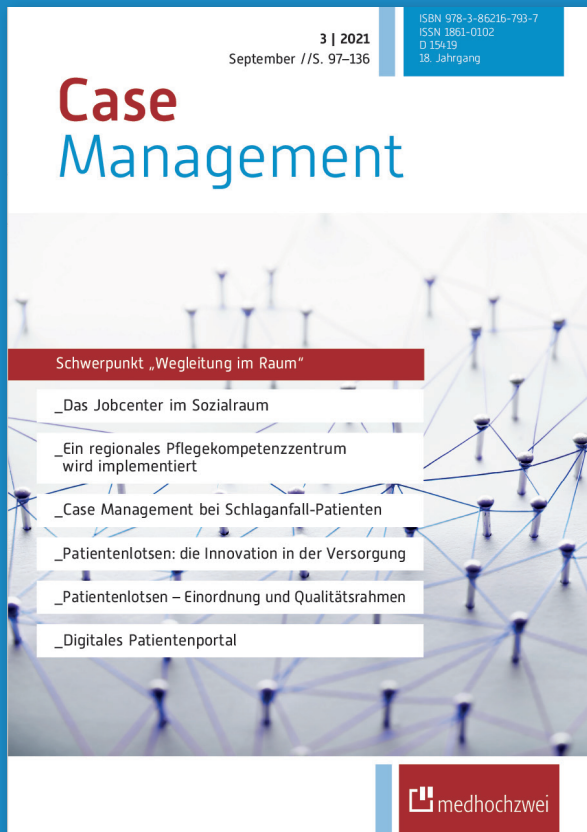
_Empowerment der Selbsthilfe durch Care
Management

_Erfolgsgeschichte Sozialmedizinische Nachsorge

_Jungen Menschen eine Perspektive bieten

_Kinder & Jugendliche als betreuende Angehörige

Jetzt abonnieren und immer auf dem neuesten Stand bleiben!



Unsere Abonnements:

Case Management Zeitschrift

Erscheint 4 Mal im Jahr!

- Kombi-Abo
(Inland: 116 € / Ausland: 125 €)
- Kombi Abo Student*
(Inland: 84 € / Ausland: 91 €)
- Online-Abo
Student* (65 €),
Online-Abo (92 €)

** Nur mit gültiger Immatrikulationsbescheinigung bestellbar.*

Bestellung Sie über unseren Shop: www.medhochzwei-verlag.de/shop

Sie berichtet viermal jährlich über aktuelle Entwicklungen des Einsatzes von Case Management

- im Gesundheits- und Sozialwesen,
- in der Pflege,
- in der Beschäftigungsförderung und
- im Versicherungswesen.

auch für Desktop, Laptop,
Tablet und Smartphone



Weitere Informationen und Bestellungen unter
www.medhochzwei-verlag.de/Zeitschriften/Case-Management

 medhochzwei

Editorial

Die Jugendhilfe und das Case Management pflegen ein kompliziertes Verhältnis. Das Interesse der Verantwortlichen in der Jugendhilfe – sei es in Jugendämtern oder in Institutionen der Jugendhilfe – an der Case Management-Diskussion ist ausgesprochen verhalten. Hat sich doch in der von der professionellen Sozialarbeit eher disziplinär geprägten Jugendhilfe ein ganz eigener Methodendiskurs entfaltet, der eine eigene Komplexität wissenschaftlicher Reflexion aufweist. Der Brückenbauer Wolf Rainer Wendt hat lange beide Fachgesellschaften geleitet. In der Jugendhilfe kam es aber nicht zum Brückenbau. Gleichwohl: Das Care und Case Management ist als Arbeitsweise, als Arbeitsansatz auch für die Jugendhilfe hoch relevant. Auch in diesem Heft (wieder) kaum gelungen, die entfaltete Diskussion in der Jugendhilfe und Überarbeitung komplexer Fallkonstellationen mit denen des Case Managements zu verbinden: Autor*innen haben wir nicht gewinnen können. Das mag sich und wird sich hoffentlich ändern. Gleichwohl sind in diesem Heft eine ganze Reihe von Beiträgen zusammengeführt worden, die sich mit komplexen Versorgungsfragen für Kinder und Jugendliche befassen.

Da ist der Beitrag von **Groth** und **Eisenhardt** über die sehr erfolgreichen Care und Case Management-Ansätze im Land Berlin, die sich versorgungsintensiven Kindern widmen. Hier ist es immerhin gelungen, das zunächst in der Senatsverwaltung für Gesundheit angesiedelte Projekt auch nach der neuen Ressortzuordnung in der Jugendhilfe weiterzuführen. Das sah nicht von Anfang an so aus.



Prof. Dr. Thomas Klie, Schriftführer

Der Beitrag von **Klie** skizziert ein für Südbaden und das Land Berlin geplantes integriertes Care und Case Management, das sich den vielfach vollständig ungedeckten Bedarfen von Familien mit lebensverkürzt erkrankten Kindern widmet. Gerade hier könnte sich das Care und Case Management in besonderer Weise bewähren. Hier zeigt sich allerdings auch ein bisweilen zynisches Gesundheitssystem, das besonders vulnerable und kostenintensive Gruppen aus dem Blick verliert respektive ihnen nicht die Aufmerksamkeit schenkt, die sie benötigen. Familien mit versorgungsintensiven Kindern und Jugendlichen verfügen über eine erstaunliche Kompetenz und Resilienz. Auch und gerade deshalb kommt der Selbsthilfe große Bedeutung zu, die in dem Beitrag von **Eisenhardt** und **Högl** reflektiert wird.

Wie ein Lots*innendienst, nah am Case Management, für chronisch kranke Kinder häusliche Versorgungssituationen stabilisieren kann, wird in dem Beitrag von **Podeswik** und **Bader** dokumentiert.

Kinder und Jugendliche sind im Kontext von gesundheitsbedingter Vulnerabilität nicht nur betroffen im Sinne von Patient*innen, sondern auch Pflegende. Das wird in dem Interview von Hegedüs mit **Frech** für die schweizer Situation thematisiert: Kinder und Jugendliche als pflegende Angehörige.

Scheuerl dringt in ihrem Beitrag am ehesten in die klassische Jugendhilfe hinein, indem sie Delphin – einen sozialpädagogischen Betreuungsdienst – vorstellt, der als Beispiel für Case Management in komplexen jugendhilferechtlichen Fallkonstellationen dienen kann.

Eingeleitet wird das den Versorgungsfragen von Kindern und Jugendlichen gewidmete Heft durch den Beitrag von **Klug** zur Komplexität. Auch wenn der von Klug an den Anfang gestellte Fall kein echter Jugendhilfefall ist, so passt er doch zu der Ausrichtung des Heftes, was die Bedeutung von Care und Case Management für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen für hochkomplexe Fallkonstellationen ausgewählt hat.

Die weiteren Beiträge, die – wie in jedem Heft – die Vielfalt der Handlungsfelder des Case Managements repräsentieren,

werden auf der einen Seite von **Beucker** und Kolleginnen geliefert, der einen hochrelevanten Case Management-Ansatz für die wohnortnahe Gesundheitsversorgung in Nürnberg schildert: Ein Good Practice-Beispiel, wie die üblichen Schnittstellenprobleme in einer Großstadt – in dem Fall von einem freigemeinnützigen Träger – gemanagt werden und dies mit einem in Nürnberg über lange Tradition verfügenden Case Management-Ansatz.

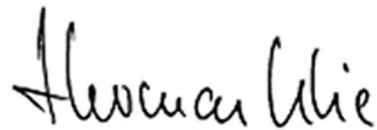
Rübner reflektiert in seinem Beitrag Lehren aus dem Lockdown in Coronazeiten. Auch hier ergeben sich hochkomplexe Herausforderungen, denen (auch) mit Ansätzen des Case Managements begegnet werden kann und sollte.

Schiegl, Knödler und **Schroll-Decker** beleuchten die Relevanz des Case Managements im außerklinischen

Weaning. Intensiv-Wohngemeinschaften eröffnen selbst multimorbiden Patienten eine Chance auf ein selbstbestimmtes Leben außerhalb des Krankenhauses.

Ein kompaktes Heft, das den Versuch macht, Case Management und Jugendhilfe und junge Menschen aufeinander zu beziehen.

Ich wünsche inspirierende Lektüre.



Thomas Klie

INHALT

- 105 Editorial
Thomas Klie
- 108 Case Management als Möglichkeit der Komplexitätsbewältigung
Wolfgang Klug
- 118 Case und Care Management für versorgungsintensive Kinder
Silke Groth, Benita Eisenhardt
- 124 Integriertes Case und Care Management für lebensverkürzt erkrankte Kinder und ihre Familien
Thomas Klie
- 131 Empowerment der Selbsthilfe durch Care Management
Benita Eisenhardt, Henriette Högl
- 136 Erfolgsgeschichte Sozialmedizinische Nachsorge
Andreas Podeswik, Christiane Bader
- 143 Jungen Menschen ein Lebensfeld und eine Perspektive bieten
Angelika Scheuerl
- 148 Kinder und Jugendliche als betreuende und pflegende Angehörige wahrnehmen
Interview mit Marianne Frech
- 150 Case Management als wichtiges Steuerungsinstrument in der wohnortnahen Gesundheitsversorgung
Günter Beucker, Andrea Leretz, Ramona Drexler, Andrea Schmiedel
- 154 Beratung zwischen Lockdown und Lockerung
Matthias Rübner
- 160 Bedarf an Case Management im Außerklinischen Weaning – eine erste Bestandsaufnahme
Corina Schiegl, Christoph Knödler, Irmgard Schroll-Decker
- 164 Berichte und Termine DGCC, Netzwerk CM Schweiz, ÖGCC
- 168 Impressum

Case und Care Management für versorgungsintensive Kinder

Ein Praxisbericht aus Berlin

Das Konzept Case Management bietet eine strukturierte Vorgehensweise, um Menschen mit komplexen Versorgungssituationen zu unterstützen. Dies gilt ebenso für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene, die schwer, chronisch oder lebensverkürzt erkrankt sind. Die Koordination ihrer Versorgung stellt Eltern wie auch Akteure vor große Herausforderungen. In Berlin hat sich ein übergreifendes Care Management für versorgungsintensive Kinder als wirksame Antwort auf diese Herausforderungen erwiesen.

Hintergrund

Mit dem medizinischen Fortschritt hat die Anzahl der Kinder, Jugendlichen und auch jungen Erwachsenen¹ mit erheblichen chronischen Gesundheitsstörungen stetig zugenommen (Mauz, Schmitz & Poethko-Müller 2017). Es handelt sich um einen Personenkreis mit sehr heterogenen Krankheitsbildern und Behinderungen. Die medizinische, pflegerische, therapeutische und (heil-)pädagogische Versorgung gestaltet sich zeit- und ressourcenintensiv. Zudem müssen die kindlichen Entwicklungsprozesse und Teilhabemöglichkeiten, wie z.B. die Bereiche Kita, Schule, Ausbildung, Freizeit, immer mitbedacht werden. Die Versorgung dieser Kinder erfordert die Beteiligung vieler unterschiedlicher Akteure sowie ein abgestimmtes Handeln. Für die Umsetzung der Koordination und fallbezogenen Vernetzung dieser versorgungsintensiven Kinder eignet sich in besonderer Weise die Methode des Case und Care Managements.

Der Adressatenkreis sieht sich aufgrund seiner komplexen gesundheitlichen Problemlagen mit einer großen Anzahl an sozialrechtlichen und organisationalen Schnittstellen konfrontiert (Büker 2008). Zusätzlich ist er auch von den Auswirkungen gesamtgesellschaftlicher Entwicklungen wie z.B. dem Fachkräftemangel und der Corona-Pandemie besonders betroffen. Hieraus ergeben sich mitunter erhebliche Schwierigkeiten in der Sicherung der Versorgung (Kofahl, Lüdecke 2014). Um hier Abhilfe zu schaffen, implementierte das Land Berlin im Jahr 2013 als Ergänzung zu den bereits bestehenden Beratungs- und Case Management-Strukturen ein Care Management für den Adressatenkreis. Das entwickelte Modell einer strukturierten, am Adressaten ausgerichteten Netzwerkarbeit ist einmalig in Deutschland und weist in Verbindung mit den

fallbezogenen Unterstützungsstrukturen eine hohe Wirksamkeit auf. Der Effekt des Care Managements spiegelt sich in einer direkten Verbesserung der Netzwerkqualität wider und zeichnet sich auf lange Sicht als Element der Qualitätssicherung der Berliner Versorgungsstrukturen ab.

Schnittstellenprobleme

Im Land Berlin gibt es zahlreiche Unterstützungsangebote für den Adressatenkreis. Die Fülle der Angebote ist allerdings sowohl für Familien als auch für Fachkräfte unübersichtlich. Was zur Folge hat, dass Leistungsansprüche unzureichend wahrgenommen werden und sich die individuelle Versorgung schwierig gestaltet. Es sei darauf hingewiesen, dass Schnittstellenprobleme und Koordinierungsmängel als ein Hauptproblem der deutschen Versorgungsstrukturen beschrieben werden. Es handelt sich hier folglich nicht um ein berlinspezifisches Phänomen. Wobei die Größe der Stadt und die dementsprechende Vielzahl der Akteure dazu beiträgt, dass sich die Versorgungslandschaft als unübersichtlich erweist. Im Ergebnis führt die Dysfunktionalität des Hilfesystems in Kombination mit den komplexen Versorgungserfordernissen des Adressatenkreises zu einem hohen und auf die Dauer überfordernden Koordinationsaufwand für die Familien. Dies trifft insbesondere für schwerst- und lebensverkürzt erkrankte Kinder zu. Wie groß die Herausforderungen in der Versorgung lebensverkürzt erkrankter Kinder sind und wie sinnvoll das Case und Care Management daher für diesen Personenkreis ist, veranschaulicht Thomas Klie in seinem Beitrag.

Der Gedanke liegt nahe, dass eine enge Vernetzung der Hilfestrukturen die Antwort auf die Zersplitterung im Hilfesystem liefert und die Kooperation der Akteure verbessern kann. Eine Studie von Thomas Klie aus dem Jahr 2013 zur Kinderhospiz- und -palliativversorgung kam allerdings zu dem Ergebnis, dass es in Berlin keine verbindliche,

1 Gemeint ist der Personenkreis der 0- bis 27-Jährigen. Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im folgenden Text nur die Formulierung „Kinder“ für den gesamten Personenkreis genutzt.

regelmäßige Netzwerkstruktur gab (vgl. Abb. 1). Keiner der Akteure verfügte über die Ressourcen, die zum Teil erheblichen Versorgungsgaps systematisch aufzuzeigen und die notwendigen Handlungsbedarfe an die Politik weiterzugeben (Klie, Bruker, Schuhmacher 2013).

Aufgrund dieser Erkenntnisse wurde die Thematik von der für Gesundheit und Pflege zuständigen Senatsverwaltung aufgegriffen. Ihre Wahl, wer mit dem Auftrag, eine berlinweite strukturierte Netzwerkarbeit zu etablieren, betraut werden könnte, fiel auf die Fachstelle MenschenKind. Diese war bereits im Jahr 2008 eingerichtet und mit der Beratung rund um Versorgungsfragen schwer kranker Kinder beauftragt worden. Die Fachstelle wird aus Zuwendungen finanziert und ist an einen freien Träger angebunden, den Humanistischen Verband Berlin-Brandenburg KdöR. MenschenKind wurde mit dem Care Management für den Adressatenkreis beauftragt und in diesem Zuge zur Stabsstelle im Bereich Pflege ernannt. Sie ist berlinweit zuständig und beschäftigt zwei Mitarbeiterinnen, die nach DGCC qualifiziert sind. Die Tätigkeit der Fachstelle erfolgt neutral, unter enger Einbeziehung der organisierten Elternselbsthilfe und unabhängig von den Interessen von Kostenträgern und Leistungserbringern. Sie ist strikt an den Bedarfen des Adressatenkreises ausgerichtet. Das übergeordnete Ziel ist eine nachhaltige Verbesserung der medizinischen, therapeutischen, pädagogischen, pflegerischen und psychosozialen Versorgung von Familien mit versorgungsintensiven Kindern.

Care Management für versorgungsintensive Kinder

MenschenKind begann seit dem Jahr 2013 eine enge Zusammenarbeit mit relevanten Akteuren im Berliner Versorgungssystem aufzubauen, bei Bedarf auch über die Berliner Strukturen hinaus. Zielgruppen der Fachstelle MenschenKind sind Unterstützungsstrukturen, wie Beratungsstellen und medizinische, therapeutische, pflegerische, psychosoziale und pädagogische Leistungserbringer, sowie Träger und Verbände, Gremien und Netzwerke, Politik und Verwaltung sowie die organisierte Selbsthilfe. Im ersten Schritt griff die Fachstelle MenschenKind die Vernetzung der bereits bestehenden Case Management-Stellen auf. Dazu zählen in Berlin:

- die Berliner Pflegestützpunkte, die für Fragen zur pflegerischen Versorgung im Einzelfall zuständig sind

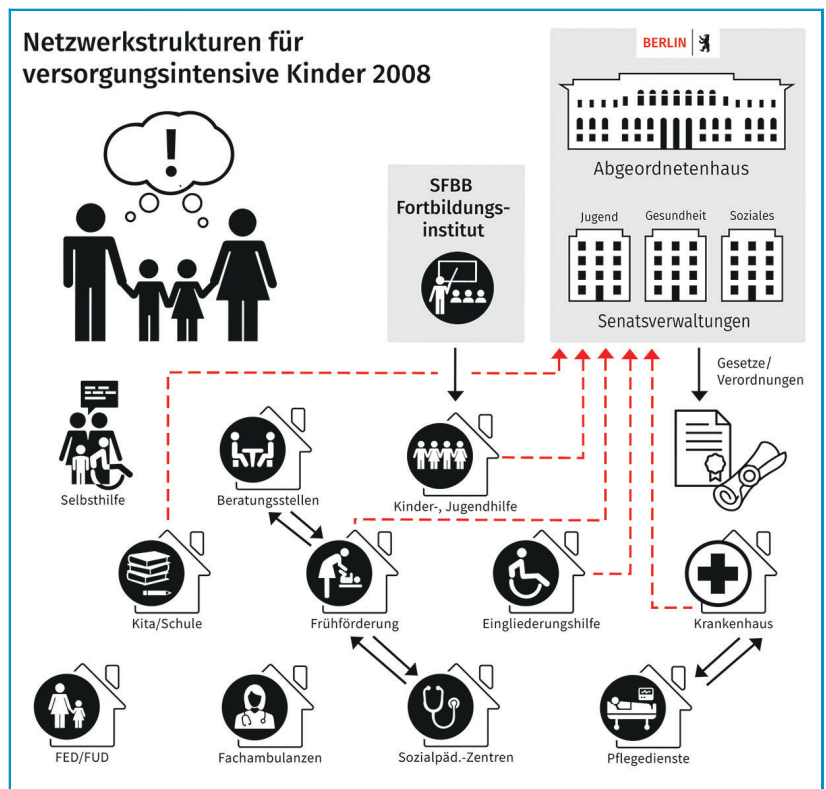


Abb. 1: Netzwerkstrukturen im Jahr 2008

- die Erbringer der Sozialmedizinischen Nachsorge²
- die Fachbereiche Eingliederungshilfe³ in den Berliner Jugendämtern, die in Berlin für die Leistungen der Eingliederungshilfe von Minderjährigen zuständig sind.

Nach und nach wurden weitere wesentliche Akteure identifiziert und vernetzt bzw. MenschenKind nahm an bestehenden Netzwerken teil, um den Adressatenkreis zu vertreten:

- Sozialarbeiter:innen der Sozialpädiatrischen Zentren
- Kinderintensivpflegedienste
- stationäre und ambulante Kinderhospiz- und -palliativstrukturen
- Fachforum Migration und Behinderung

2 Chronisch kranke oder schwerstkranke Kinder und Jugendliche, die das 14. Lebensjahr und in besonders schwerwiegenden Fällen das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben und Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung sind, haben einen Anspruch auf Sozialmedizinische Nachsorge. Die Krankenkasse erbringt aus medizinischen Gründen in unmittelbarem Anschluss an eine Krankenhausbehandlung nach § 39 Abs. 1 SGB V oder an eine stationäre Rehabilitation sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen, wenn die Nachsorge wegen der Art, Schwere und Dauer der Erkrankung notwendig ist, um den stationären Aufenthalt zu verkürzen oder die anschließende ambulante ärztliche Behandlung zu sichern. Die Sozialmedizinische Nachsorge umfasst in Abhängigkeit vom individuellen Bedarf mindestens 6 bis maximal 20 Nachsorgeeinheiten in einem Zeitraum von 6 bis 12 Wochen (GKV-Spitzenverband 2017).

3 Seit dem 1.1.2020 wurden diese im Rahmen der Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) in Teilhabefachdienste umbenannt.

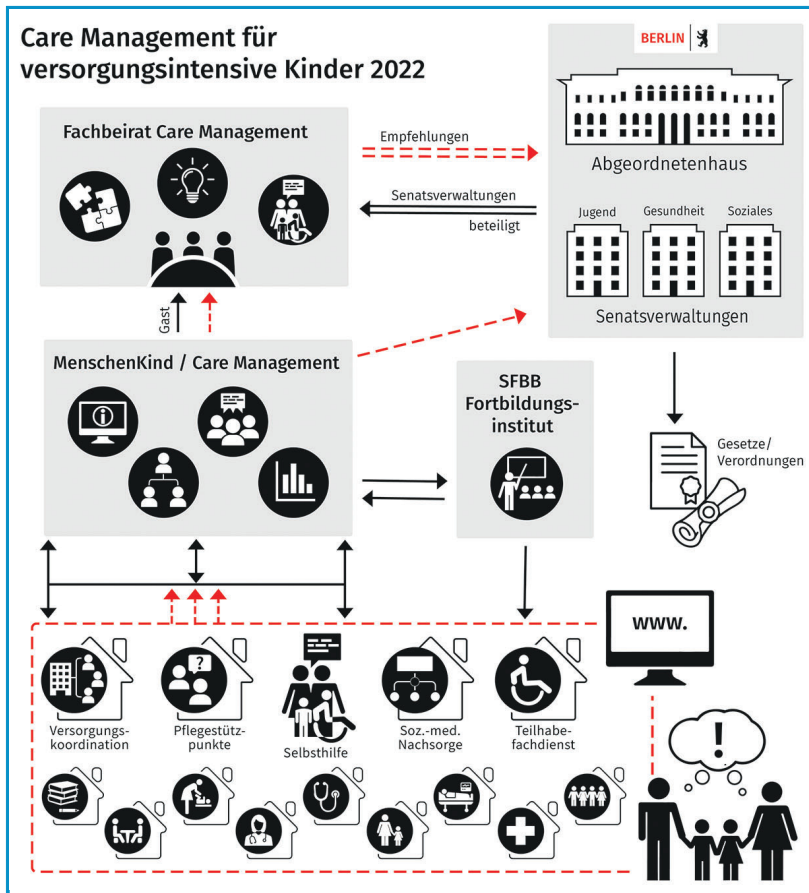


Abb. 2: Netzwerkstrukturen im Jahr 2022

Neben der Vernetzung sind weitere Schwerpunkte konzeptionell vorgesehen:

- Überprüfung der standardisierten Kooperations- und Koordinationsstrukturen im lokalen Versorgungsgefüge
- Durchführung von und Teilnahme an Fachveranstaltungen
- Teilnahme an Gremien
- Kooperation mit Hochschulen
- Fortbildung von Fachkräften
- Bündelung wesentlicher Informationen (www.kinderversorgungsnetz-berlin.de)
- Identifizieren von Versorgungsengpässen
- Präzedenzfälle aufarbeiten, um Versorgungsdefizite zu verdeutlichen
- Stellungnahmen verfassen
- Rückmeldung der Ergebnisse an Senatsverwaltungen und Politik
- Adressatenkreisbezogene Öffentlichkeitsarbeit
- Sensibilisierung der Öffentlichkeit
- Beteiligung an der konzeptionellen Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen

Durch die Bereitstellung von Informationen und die Etablierung regelhafter Vernetzungsstrukturen konnte das Zusammenwirken der unterschiedlichen Akteure verbessert werden (siehe Abb. 2).

Die Übernahme der Netzwerkkoordination und die Bündelung und Bereitstellung von aktuellen Informationen entlasten die Leistungserbringer und Beratungsstellen. Zudem werden durch die Zusammenführung von Informationen die Strukturen des Versorgungssystems sichtbar, so dass ggf. auch Engpässe im System erkannt und in den Netzwerken bearbeitet werden können. MenschenKind tätigt adressatenbezogene Bedarfs- und Bestandsanalysen. Die Expertise wird sowohl auf Landes- als auch auf Bundesebene zu verschiedenen Themen angefragt, z.B. für Podiumsdiskussionen, Fachtagungen, Dialogforen, Anhörungen im Abgeordnetenhaus usw. Einige Problemlagen bedingen auch Kontakte auf der Bundesebene, da sie sich strukturell nur auf dieser Ebene lösen lassen.

MenschenKind hat sich als Ansprechpartner und als ein wichtiges Bindeglied zwischen den Interessen der betroffenen Familien und Verwaltung sowie Politik etabliert. Die Fachstelle trägt durch ihre Arbeit dazu bei, Entscheidungsprozesse von Politik und Verwaltung für alle im Versorgungssystem transparenter zu machen. Auch verschaffte sie der organisierten Elternselbsthilfe Gehör und stärkte deren Partizipation an wesentlichen Entwicklungsprozessen. Welch wesentlichen Baustein das Care Management für die Stärkung des Adressatenkreises darstellt, beleuchten Benita Eisenhardt und Henriette Högl genauer in ihrem Beitrag „Empowerment der Selbsthilfe durch Care Management“.

Herausforderungen und Erfolge

Zu den besonderen Herausforderungen in der Arbeit für den Adressatenkreis zählt, die Senatsverwaltungen zur Kooperation anzuregen und somit die Versäulung der Leistungserbringung auf übergeordneter Ebene zu minimieren. Es ist ein ständiges Bemühen notwendig, die zuständigen Mitarbeiter:innen in den Verwaltungen für den Personenkreis zu sensibilisieren und deren Bedarfe als Querschnittsthemen in ihren Aufgabenfeldern zu berücksichtigen. Mit dem Inkrafttreten des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) erweiterte sich seit 2016 das Tätigkeitsfeld der Fachstelle MenschenKind in Hinblick auf die Themen Teilhabe und Einbeziehung familienunterstützender Strukturen. Im Zuge der Entwicklung einer inklusiven Lösung im Kinder- und Jugendhilfebereich⁴ wurde angeregt, die

⁴ Geplanter Gesetzentwurf für ein inklusives Kinder- und Jugendstärkungsgesetz (KJSG)

Zuständigkeit für die Fachstelle MenschenKind an die Senatsverwaltung Bildung, Jugend und Familie zu übertragen. Der Wechsel erfolgte im Jahr 2021 und stellte eine Umbruchphase für die Mitarbeiter:innen dar. Daraus ergab sich die Aufgabe, sowohl über die Bedarfe des Adressatenkreises sowie die Situation der Familien als auch über das Handlungskonzept Case und Care Management zu informieren. Insgesamt konnten die Mitarbeiter:innen der Fachstelle im Laufe der Zeit nachhaltige Ergebnisse erzielen. Der Erfolg ihrer Bemühungen spiegelt sich insbesondere in den etablierten Netzwerken und Kooperationen der Berliner Akteure wider sowie in der konzeptionellen Weiterentwicklung der Versorgungslandschaft (vgl. Abb. 3).

Ergebnisse des Care Managements

- Organisation des Fachsymposiums „Flüchtlingskinder mit Behinderungen in Berlin“ mit Lebenshilfe Berlin und Global Village e.V. (2014)
- Broschüre „(K)eine Zukunft – Flüchtlingskinder mit Behinderungen. Menschenrechtsverletzungen in Berlin (2015)
- Organisation einer Fachtagung in Kooperation mit der Katholischen Hochschule für Sozialwesen Berlin und Veröffentlichung der Dokumentationsbroschüre „Pflegebedürftige Kinder – bestens versorgt?“ (2016)
- Bedarfserhebung „Was brauchen pflegebedürftige Kinder in Berlin?“ (2016)
- Beteiligung am Dialogforum „Bund trifft kommunale Praxis – Inklusive Jugendhilfe gemeinsam miteinander gestalten“ (seit 2017)
- Begleitung der „Versorgungskoordination für Kinder und Jugendliche (VK KiJu)“ (seit 2018)
- Veröffentlichung der Wanderausstellung „anders als gedacht – leben mit pflegebedürftigen Kindern“ (2019)
- Informationsportal www.Kinderversorgungsnetz-Berlin.de (seit 2020)
- Beteiligung an der nationalen Strategie zur Umsetzung der Charta für die Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen (2015-2017)
- Sprecherfunktion des Berliner Kinderpalliativnetzwerks (KiPaNet) (2021)

Positionspaper zu den Themen:

- Wohnformen für intensivpflegebedürftige Kinder und Jugendliche in Berlin (2016)
- Kinderkrankenpflege – Die Auswirkungen des Fachkräftemangels auf Familien mit versorgungsintensiven Kindern (2017)
- Kurzzeitwohnen für Kinder und Jugendliche mit Behinderungen und Pflegebedarf in Berlin (2017)
- Versorgung chronisch kranker Kinder in Berliner Schulen (2019)

Abb. 3: Ergebnisse des Care Managements

Implementierung eines Case Managements für versorgungsintensive Kinder

Ein Beispiel für die gelingende Zusammenarbeit der Unterstützungsstrukturen ist die erfolgreiche Implementierung eines ergänzenden Case Managements, die Versorgungskoordination für versorgungsintensive Kinder und Jugendliche (VK KiJu).

Die VK KiJu entwickelte sich aus der Netzwerkarbeit heraus. Die Fachstelle MenschenKind nahm die von den Berliner Akteuren berichteten Angaben zu einer fehlenden Versorgungskoordination für schwer und lebensverkürzend erkrankte Kinder auf, validierte diese, bezog die Elternselbsthilfe mit ein und trug die Erkenntnisse inklusive Lösungsvorschlägen der Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung vor. Dabei wurde festgestellt, dass im Grunde mit der Sozialmedizinischen Nachsorge (§ 43 Abs. 2 SGB V) bereits ein sehr hilfreiches Case Management-Angebot existierte, welches allerdings nur zeitlich befristet nach einem Krankenhausaufenthalt verordnet werden konnte.

Die Senatsverwaltung beauftragte eine Untersuchung der Berliner Angebotsstrukturen. Die entsprechende Expertise zur „Versorgungskoordination bei Familien mit schwer und lebensverkürzend erkrankten Kindern in Berlin“ empfahl, die bestehenden Case und Care Management-Strukturen durch die Einführung einer ergänzenden Versorgungskoordination für den Adressatenkreis zu stärken (Klie und Bruker 2016). Eine Expertengruppe entwickelte Rahmenempfehlungen zur modellhaften Erprobung der Versorgungskoordination, um das bereits bestehende regelhafte Angebot zu ergänzen. Finanziert durch den Berliner Landeshaushalt wurde im Jahr 2018 ein fallbezogenes Case Management für versorgungsintensive Kinder in

gesundheitlichen und familiären Krisensituationen (VK KiJu) geschaffen. Dieses ermöglicht die Entwicklung passgenauer individueller Versorgungssettings gemeinsam mit der Familie im Rahmen einer leistungsträgerneutralen und rechtskreisübergreifenden Versorgungskoordination. MenschenKind begleitete den Entwicklungsprozess des neuen Angebots, die Implementierung und den Übergang in die Regelversorgung. Gemäß den konzeptionellen Überlegungen der Expertengruppe wurde ergänzend zum Modellvorhaben VK KiJu ein Fachbeirat Care Management für versorgungsintensive Kinder und Jugendliche geschaffen, welcher die Rückmeldungen aus dem Case Management der VK KiJu und aus dem Care Management der Fachstelle MenschenKind aufgreifen und bearbeiten kann. Eine Stärkung des Care Managements im Bereich der Jugendhilfe wurde durch die Schaffung der Fachstelle Care Management realisiert, welche als Geschäftsstelle des Fachbeirats fungiert und mit der Fachstelle MenschenKind kooperiert (siehe Fallbeispiel).

Zusammenfassung und Ausblick

Ein übergreifendes Care Management für den Adressatenkreis der versorgungsintensiven Kinder, welches alle regionalen Akteure miteinbezieht und eng mit den Case Management-Strukturen kooperiert, hat sich in Berlin als wirksam erwiesen. Deutlich geworden ist, dass für Familien mit versorgungsintensiven Kindern regelhaft ein Case Management zur Versorgungskoordination als Angebot zur Verfügung stehen sollte, um in Krisensituationen die Versorgung der Kinder sicherstellen zu können. Selbstverständlich vermag ein Care Management nicht alle Problemlagen zu beheben, es ermöglicht jedoch eine deutliche Verbes-

Fallbeispiel

L., 7 Jahre, besucht die 1. Klasse einer inklusiven Schwerpunktschule. Diese ist speziell ausgestattet mit Personal für ergänzende Pflege und Betreuung für Kinder mit Behinderung. L. muss während der Schulzeit nach Bedarf katheterisiert werden. Da das Katheterisieren eine Leistung der medizinischen Behandlungspflege darstellt, kann das Schulpersonal dieses nicht übernehmen. Die Eltern finden keinen Pflegedienst, der individuell nach Bedarf in die Schule kommen würde. Die Eltern wenden sich an den zuständigen Pflegestützpunkt. Dieser kann keine Lösung erzielen, da die praktisch notwendige Lösung eines durchgängig anwesenden Pflegedienstes nicht von der Krankenkasse finanziert wird. In der Folge übernimmt L.s Mutter das bedarfsgerechte Katheterisieren. Sie wartet an jedem Schultag auf Abruf im Auto vor der Schule. Der Pflegestützpunkt fragt daraufhin die Fachstelle MenschenKind an. Im Rahmen einer gemeinsamen Fallkonferenz stellte MenschenKind fest, dass den beteiligten Akteuren die Abgrenzung zwischen Leistungen der Grundpflege gemäß SGB XI, der Behandlungspflege gemäß SGB V und der Eingliederungshilfe gemäß SGB IX nicht deutlich ist. Da die Problematik der Versorgung in der Schule sich nicht nur auf diesen Einzelfall bezieht, sondern strukturell bedingt ist, greift MenschenKind die Thematik auf:

- für Fachkräfte wird eine entsprechende Fortbildung durch eine Rechtsanwältin für Sozialrecht angeboten
- es werden Gespräche mit Vertreter:innen der Senatsverwaltungen Bildung und Gesundheit geführt
- ein für alle Netzwerkpartner offener Fachaustausch mit einem SIBUZ (Schulpsychologisches und Inklusionspädagogisches Unterstützungszentrum) wird durchgeführt
- es findet ein reger Austausch mit den Modellprojekten für Schulgesundheitsfachkräfte in Brandenburg und Mainz statt
- ein Positionspapier zur Versorgung in der Schule wird veröffentlicht
- das Thema wird an den Fachbeirat weitergegeben und in der Unterarbeitsgruppe „Versorgung in der Schule“ werden Empfehlungen erarbeitet

Für L. fiel der Bedarf aufgrund des langzeitigen Homeschoolings während der Corona-Pandemie weg. Und ab einem gewissen Alter können Kinder das Katheterisieren in der Regel selbst übernehmen.

serung hinsichtlich der Vernetzung und standardisierter Kooperations- und Koordinationsstrukturen im lokalen Versorgungsgefüge, der Bedarfs- und Bestandsanalyse der Versorgungssituation, der Identifikation von Versorgungsengpässen und der Entwicklung von entsprechenden Bewältigungsstrategien. Im Rahmen des Fachbeirates Care Management werden diese bewertet und Lösungsansätze entwickelt. Leistungsträger und politische Entscheidungsträger werden regelhaft informiert und erhalten gebündelte Informationen zu benannten Problemlagen. Insgesamt steht in Berlin somit eine gut durchdachte Unterstützungsstruktur zur Verfügung. Diese bietet einerseits „schnelle“ Hilfe für Familien und Fachkräfte und erarbeitet andererseits auch langfristige Lösungsansätze für systemrelevante Problemlagen. Das Case und Care Management trägt damit zur Qualitätssicherung der Versorgungsstrukturen bei.

Literatur

- Buker, C. (2008): Familien mit einem pflegebedürftigen Kind – Herausforderungen und Unterstützungserfordernisse. In *Pflege und Gesellschaft* Jg. 13, H. 1
- Klie, T. & Bruker, C. (2016): Versorgungskoordination bei Familien mit schwer und lebensverkürzend erkrankten Kindern in Berlin. Expertise. Freiburg.
- Klie, T., Bruker, C. & Schuhmacher, B. (2013): Von Pionieren zu Partnern: Bedarfsanalyse zu Kinderhospiz-Angeboten. Exemplarische Studien zu den Regionen Ostwestfalen, Berlin und Stuttgart. Heidelberg: medhochzwei Verlag.
- Kofahl, C. & Lüdecke, D. (2014): Familie im Fokus. Die Lebens- und Versorgungssituation von Familien mit chronisch kranken und behinderten Kindern in Deutschland. Ergebnisse der Kindernetzwerk-Studie. Hg. v. Abteilung Prävention des AOK-Bundesverbandes. Berlin.

- Mauz, E.; Schmitz, R. & Poethko-Müller, C. (2017): Kinder und Jugendliche mit besonderem Versorgungsbedarf im Follow-up: Ergebnisse der KiGGS-Studie 2003–2012. *Journal of Health Monitoring* 2017 2(4). Robert Koch-Institut. Berlin.

Silke Groth

Fachreferentin Care Management; Fachstelle MenschenKind für die Versorgung chronisch kranker und pflegebedürftiger Kinder; Rehabilitationspädagogin und Case Managerin (DGCC)
menschenkind@hvd-bb.de

**Benita Eisenhardt**

Referentin für Projekte und Entwicklung; Kindernetzwerk e.V.; bis April 2022 Mitarbeiterin der Fachstelle MenschenKind; Rehabilitationspädagogin und Case Managerin (DGCC)
eisenhardt@kindernetzwerk.de



Weiterbildungsrichtlinien Case Management

Ethische Grundlagen

DGCC

LEITLINIEN

Gütemaßstäbe

Beschäftigungsförderung

Rahmenempfehlungen

Überarbeitung der Standards

Qualitätssicherung

Sozial- und Gesundheitswesen

CASE MANAGEMENT LEITLINIEN

Die Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management wurden in der vorliegenden Zusammenstellung erstmals 2015 veröffentlicht und gelten als Statement der Fachgesellschaft zu den Gütemaßstäben, die an die Durchführung des Case Managements anzulegen sind. Die Empfehlungen bleiben offen für handlungsfeldbezogene oder einrichtungsbezogene Spezifika.

Die überarbeiteten Leitlinien führen konsequent fort, wofür die DGCC steht: Als Fachorganisation bietet sie mit der Ausarbeitung von Empfehlungen, Orientierungen, welche die Qualität sichern sollen, in der das Case Management in der Praxis angewendet wird.

Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management e.V. (Hrsg.)

Case Management Leitlinien

Rahmenempfehlungen, Standards
und ethische Grundlagen

2., neu bearbeitete Auflage



Case Management in der Praxis

 medhochzwei

2020 | IX, 80 Seiten | Softcover | € 29,99

ISBN 978-3-86216-625-1

Integriertes Case und Care Management für lebensverkürzt erkrankte Kinder und ihre Familien

Verpasste Chance, unabweisbarer Handlungsbedarf – eine Konzeptskizze

Wie kann den drängenden Versorgungsproblemen schwerstkranker, sterbender und lebensverkürzt erkrankter Kinder begegnet werden? Ein integrierter Case und Care Management-Ansatz wurde für die Regionen Südbaden und Berlin entwickelt. Er wird in dem nachfolgenden Beitrag vorgestellt. Dabei bewegt sich das Case Management an den Schnittstellen zwischen Gesundheitswesen, Hilfen für Familien und Kinder- und Jugendhilfe.

Hintergrund

Schwerstkranke, sterbende oder lebensverkürzt erkrankte Kinder und Jugendliche, sie werden weithin in ihrer Lebens- und Versorgungsversion ausgeblendet. Ihre Situation spitzt sich durch die immer schwerer verfügbaren ambulanten Kinderpflegedienste zu. Für Mäzenaten sind Kinderhospize attraktive und beliebte Charity-Projekte. Auch sie haben ihre Berechtigung (vgl. Bruker 2018). Sie dürfen aber nicht von den alltäglichen Versorgungsproblemen in der familiendominierten Pflege und Unterstützung ablenken. Aus umfangreichen Studien in insgesamt sieben Regionen in Deutschland zum Bedarf an Kinderhospizplätzen ist der Bedarf an Unterstützung für Familien mit lebensverkürzt erkrankten Kindern deutlich sichtbar geworden (Klie et al. 2013) – in unabweisbarer Dringlichkeit. Mit Partnern in Berlin und Südbaden wurde ein Konzept eines integrierten Case Managements entwickelt. Zu ihnen gehörten Unikliniken, Krankenkassen, Beratungsstellen, sozialpädiatrische Zentren, Kommunen und zivilgesellschaftliche Organisationen. Dabei ist das Konzept eines integrierten Care und Case Managements entwickelt worden, das im Rahmen eines Innovationsfondsprojektes gefördert werden sollte. Nach zunächst in Aussicht gestellter Förderung wurde diese leider am Ende versagt. Das Konzept ist allerdings weiterhin tragfähig und kann für vergleichbare Projekte und Ansätze genutzt werden. Es veranschaulicht überdies, wie Care und Case Management-Ansätze auch in jugendhilferelevanten Zusammenhängen etabliert werden können, in der Verschränkung mit einer komplexen medizinischen und pflegerischen Versorgung.

Ziel, Ausgangslage und Indikatoren

Schwere und lebensverkürzende Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter provozieren Lebens- und Versorgungs-

situationen, die von einer ausgeprägten Komplexität gekennzeichnet sind – bei dem erkrankten Kind selbst, aber auch bei Geschwisterkindern, den betroffenen Eltern und der Familie insgesamt. Die komplexen Versorgungsbedarfe stellen vor allem extramurale medizinisch-fachärztliche Versorgung vor besondere Herausforderungen und verlangen nach einer vernetzten Arbeitsweise. Betroffene Familien sind i.d.R. auf ein breites, sektorenübergreifendes Spektrum an Versorgungsangeboten angewiesen: Neben der klinischen und häuslichen (palliativ-) medizinischen Versorgung des erkrankten Kindes/Jugendlichen kommt u.a. der ambulanten Pflege, Therapieangeboten, der Kurzzeitpflege sowie psychosozialen Unterstützungs- oder Betreuungsangeboten (Jugendliche, Bildungseinrichtungen, Dienste und Einrichtungen der Behindertenhilfe etc.) eine wesentliche Bedeutung zu. Dabei ist die ganze Familie in den Blick zu nehmen. Auch kann eine hospizliche Begleitung gefragt sein. Die Organisation und Aufrechterhaltung von Unterstützungssystemen für das erkrankte Kind und seine Familie unter Einschluss aller relevanten Akteure ist daher voraussetzungsreich und gelingt nicht immer (Kofahl und Lüdecke 2014; Porz 2003; Thimm und Wachtel 2003; Engelbert 2003). Hinweise auf Versorgungsdefizite sind in der Praxis Legion. Kinder und Familien sind in besonderer Weise von den dysfunktionalen Folgen der Segmentierung von Versorgungssystemen (Hoberg et al. 2013) betroffen. Fehl-, Unter- und Überversorgung sind verbreitet, wenn auch nicht systematisch dokumentiert. So z. B. bei einer schwerst-mehrfach behinderten jungen Frau, deren Schulbesuch nur mit der Begleitung eines Pflegedienstes möglich ist. Damit der Pflegedienst diese Begleitung übernehmen kann, muss ein Gerät angeschafft werden, das die Professionalität der Versorgung rechtfertigt. Es wird ein Pulsoxymeter rezeptiert, der immer mit der Patientin in die Schule und zurückfährt, aber nicht genutzt

wird, da es dem palliativen Vorgehen widerspricht. Oder etwa bei einem Säugling mit schwerer kongenitaler Erkrankung, von der er sich stetig erholt. Wegen eines Beatmungsgeräts, das das Kind jedoch kaum noch benötigt, wird zur Entlassung ein 24-Stunden-Pflegedienst beantragt und genehmigt. Parallel sind Mutter und Vater in Elternzeit, es gibt zwei weitere gesunde ältere Kinder. Die Beatmung wird ausgeschlichen, denn das Kind benimmt sich im Wesentlichen wie ein fast gesundes Kind. Der 24-Stunden-Pflegedienst bleibt zunächst bestehen.

An den Standorten Berlin und Freiburg konnten in zwei Studien zur pädiatrischen Palliativversorgung wesentliche Defizite in der Organisation und Aufrechterhaltung von Unterstützungssystemen ausgewiesen werden. So waren z. B. bestimmte Dienste und Einrichtungen, etwa in der ambulanten Kinderkrankenpflege, nur unzureichend vorhanden. Andere waren nicht bekannt oder kaum in Kooperationen eingebunden. Manche Versorgungsdefizite führten zu lebensbedrohlichen Situationen. Wesentliches Thema im Feld der Versorgungsdesiderate war die Koordination von Leistungen und Angeboten. Leistungen wurden häufig nicht oder kaum koordiniert erbracht, mit hoch belastenden Folgen für die betroffenen Familien (Klie und Bruker 2016, 2014). Diese Desiderate stehen sozialrechtlichen Ansprüchen gegenüber, die ein Case Management vorsehen, bspw. Versorgungsmanagement (§ 11 SGB V), spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) (§ 37b SGB V), Pflegeberatung (§ 7a SGB XI) oder sozialmedizinische Nachsorge (§ 43 Abs. 2 SGB V).

Die Handlungsbedarfe werden in dem hier vorgestellten Konzept mithilfe des sog. integrierten Case und Care Management (iCC) aufgegriffen. Es soll ganz wesentlich dazu beitragen, die Lebensqualität lebenslimitierend erkrankter Kinder/Jugendlicher und ihrer Familien zu verbessern und eine adäquate Versorgung sicherzustellen. Es berührt fünf Zielebenen:

1. Identifikation lebenslimitierend erkrankter Kinder/Jugendlicher und ihrer Familien sowie deren Hilfebedarfe. Es ist angestrebt, epidemiologische Aussagen zu lebenslimitierend erkrankten Kindern und Jugendlichen zu treffen.
2. Ermittlung der Gesundheitskosten, die bei der Versorgung dieser Familien entstehen
3. Erhöhung der Lebensqualität der Kinder und Jugendlichen, Abbau der Belastungen in den Familien und Sicherstellung einer adäquaten Versorgung
4. Abbau von Fehl-, Unter- und Überversorgung
5. Aufbau adäquater und effizienter Versorgungsinfrastrukturen, Kooperationsformen und einer Kultur der Zusammenarbeit.

Exkurs: Fallbeispiele

In den nachfolgend wiedergegebenen Fallbeispielen, die aus den Kinderhospizstudien zur Versorgungssituation lebensverkürzt erkrankter Kinder hervorgegangen sind, soll über die Fallvignetten Einblick in eine häufig vernachlässigte Wirklichkeit der Versorgungs- und Lebenssituation lebensverkürzt erkrankter Kinder und ihrer Familien gegeben werden. Sie veranschaulichen den Handlungsbedarf und machen die Zielebenen, die mit dem iCC erreicht werden sollen, plausibel.

Fehl-, Unter- und Überversorgung sind verbreitet,
wenn auch nicht systematisch dokumentiert. _____

Beispiele für Unter- oder Überversorgungen, die durch Case und Care Management verhindert werden könnten:

- (A) Immobiler 16-jähriger Patientin, die über die Jahre mit in der Summe 5 Rollstühlen versorgt wurde, die unterschiedlich gut, aber alle brauchbar sind. De facto kann sie nur innerhalb der Wohnung einen solchen nutzen, da bislang keine Möglichkeit gefunden wurde, die Patientin die 25 Stufen aus der Wohnung auf die Straße zu mobilisieren.
- (B) Schwerst-mehrfach behinderter Patient, dessen Eltern komplett alleine die Pflege übernehmen, aber zur Entlastung der Eltern einmal wöchentlich die Unterstützung eines Pflegedienstes in Anspruch nehmen möchten. Damit dieser von der GKV genehmigt wird, wird ein Gerät benötigt, welches rechtfertigt, dass ein ausgebildeter Pflegedienst und nicht ungelernete Kräfte die Versorgung übernehmen. Vom KA werden ein Cough Assist und ein Absauggerät rezeptiert, welches nicht genutzt wird, aber als Rechtfertigung hinreicht.
- (C) Schwerst-mehrfach behinderte Patientin, deren Schulbesuch nur durch eine Begleitung durch einen Pflegedienst ermöglicht werden kann. Damit der Pflegedienst diese Begleitung übernehmen kann, muss ein Gerät angeschafft werden, welches die Professionalität der Versorgung rechtfertigt. Es wird ein Pulsoxymeter rezeptiert, der nun immer mit der Patientin in die Schule und zurückfährt, aber nicht genutzt wird, da es dem palliativen Vorgehen widerspricht.
- (D) Schwerst-mehrfach behinderte 17-jährige Patientin, deren Eltern durch die jahrelange eigenständige Pflege völlig erschöpft sind. Bislang erfolgte keine sozialrechtliche Beratung, die Familie erhält kein Pflegegeld, die Pat. hat keinen Schwerbehindertenausweis, ein Pflegedienst wurde noch nicht hinzugezogen. Für die Installation all dieser Maßnahmen wird die Begleitung durch das SAPV-Team diskutiert.
- (E) Säugling mit schwerer kongenitaler Erkrankung, von der er sich aber stetig erholt. Wegen eines Beatmungsgeräts, welches das Kind aber kaum noch benötigt, wird zur Entlassung ein 24-Stunden-Pflegedienst

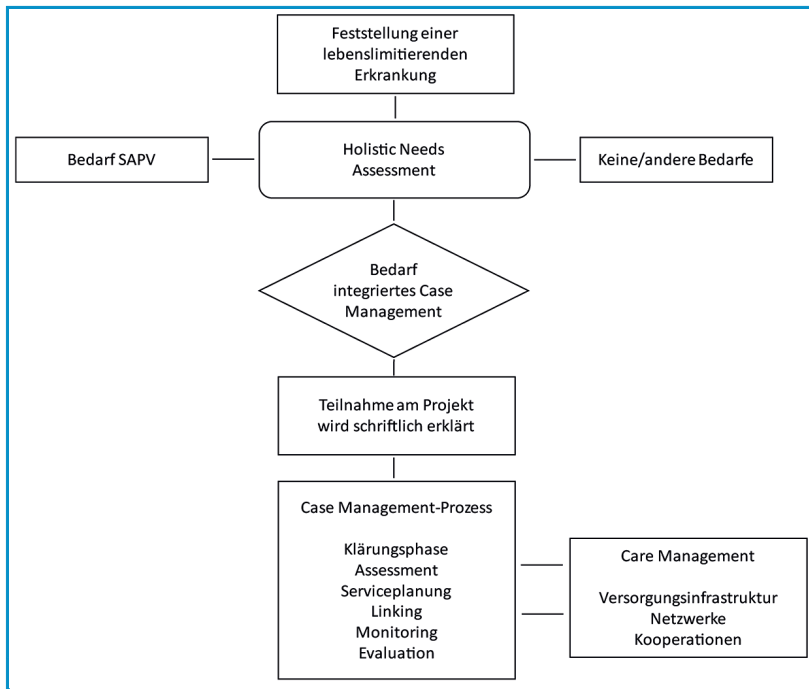


Abb. 1: Bausteine und Ablauf der neuen Versorgungsform

beantragt und genehmigt. Parallel sind Mutter und Vater in Elternzeit, 2 weitere gesunde ältere Kinder. Die Beatmung wird ausgeschlichen, das Kind benimmt sich im Wesentlichen wie ein fast gesundes, braucht kaum vermehrt Pflege, 24-Stunden-Pflegedienst bleibt zunächst bestehen.

Versorgung durch ein integriertes Care und Case Management

Lebenslimitierend erkrankte Kinder/Jugendliche und ihre Familien, die komplexe Versorgungsbedarfe aufweisen, sind die Zielgruppe der neuen Versorgungsform. Das integrierte Case und Care Management richtet sich an junge Menschen in der Altersgruppe 0 bis 27 (§ 7 SGB VIII). Es werden lebensverkürzt erkrankte Kinder und Jugendliche berücksichtigt, also junge Menschen, die unheilbar krank sind und das Erwachsenenalter wahrscheinlich nicht erreichen. Auch lebensbedrohlich erkrankte Kinder und Jugendliche finden Berücksichtigung. Bei ihnen ist eine Behandlung zwar möglich, sie kann jedoch scheitern. Die britische Association for Children's Palliative Care hat in Hinblick auf lebenslimitierende Krankheiten die entsprechenden Erkrankungstypen beschrieben [2009]. Sie finden sich v.a. in den Bereichen Onkologie, Neuropädiatrie, Neonatologie und Kardiologie. Werden britische Ergebnisse zur Prävalenz lebenslimitierender Erkrankung im Kindes- und Jugendalter herangezogen¹, so ist am Standort Berlin von ca. 2.000, im Regierungsbezirk Freiburg von ca.

1.500 betroffenen Kindern und Jugendlichen im Alter von 0 bis 27 Jahren auszugehen [Fraser et al. 2012; Kopitzsch 2015, eigene Berechnungen].

Es liegt nahe, dass 20% dieser Familien einen Case Management-Bedarf aufweisen. Diese Schätzung übersteigt zwar die Erfahrungen im Bereich Case Management [Wingenfeld et al. 2013], doch angesichts der häufig komplexen Versorgungslagen dieser Familien und Erfahrungen aus der SAPV ist diese Größenordnung als angemessen zu bewerten. Familien, die Leistungen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung gem. § 37b SGB V beziehen, werden von einer Teilnahme ausgeschlossen, weil die SAPV bereits koordinierende Leistungen einschließt.

In den Sozialgesetzbüchern sind Case Management bzw. Koordinationsaufträge mehrfach vorgesehen, etwa in § 11 SGB V [Versorgungsmanagement], § 39 SGB V [Entlassmanagement], § 39b SGB V [Hospiz- und Palliativberatung durch die Krankenkassen], § 36 SGB VIII [Hilfeplanung], § 7a SGB XI [Pflegerberatung], § 32 SGB IX [unabhängige Teilhabeberatung], § 37b SGB V [SAPV] sowie das umfassende Teilhabeplanverfahren (§§ 19ff. SGB IX). Die gesetzlich vorgesehenen Aufgaben und Verpflichtungen werden in unterschiedlicher Weise umgesetzt, in Berlin v.a. durch die sog. Kinderbeauftragten an den AOK-getragenen Pflegestützpunkten. Das Konzept „iCC“ schließt an bestehende Bemühungen an, die palliativ-hospizische Versorgung auszubauen, und ist konsequent auf ein abgestimmtes und integriertes Arbeiten ausgerichtet. Dabei ist die Schnittstelle zur SAPV von besonderer Relevanz. Sie wird systematisch berücksichtigt. Die vorgesehene Ansiedlung des Case Management bei Trägern, die auch die SAPV verantworten, vermeidet weitere Schnittstellen.

Das Konzept beinhaltet das Holistic Needs Assessment, das Case Management und das Care Management [siehe Abb. 1].

Baustein 1: Holistic Needs Assessment. Das integrierte Case und Care Management wird in Verbindung mit einem systematischen Holistic Needs Assessment implementiert. Das Holistic Needs Assessment wird mit allen lebenslimitierend erkrankten Kindern und Jugendlichen durchgeführt. Es betrifft u.a. gesundheitsbezogene, psychosoziale und ökonomische Aspekte sowie die jeweils relevanten Sozialleistungen. Das Holistic Needs Assessment nimmt nicht nur das erkrankte Kind, sondern die gesamte Familie in den Blick. Es gibt Auskunft darüber, ob Bedarf für die Inanspruchnahme von Case Management besteht oder ob ggf. die SAPV, andere oder keine

¹ Entsprechende Erhebungen in Deutschland bestehen bislang nicht.

Versorgungs- und Koordinationsleistungen gebraucht werden. Es soll beim Erstkontakt durchgeführt werden; jährliche Re-Assessments sind vorgesehen.

Baustein 2: Case Management. Zentraler Bestandteil im Konzept ist das Case Management. Es unterstützt Menschen, die aufgrund ihrer persönlichen Situation Schwierigkeiten haben, die Hilfe zu erhalten, die sie benötigen. Wenn die Hilfeangebote zudem fragmentiert und schwer zugänglich sind, bestehen für Menschen in komplexen Problemlagen Risiken der Unter-, Über- oder Fehlversorgung. Damit fällt dem Case Management vorrangig die Funktion zu, die Unterstützungen zu organisieren, die der/die Betroffene selbst nicht erreichen kann. Das Handlungskonzept Case Management sieht aufeinander aufbauende Schritte vor. Zuerst wird den bisher beteiligten Akteuren mitgeteilt, dass eine zentrale Steuerungsfunktion eingerichtet wurde. Anschließend findet eine sektor- und bereichsübergreifende Einschätzung der Problemlagen und Ressourcen unter Berücksichtigung aller relevanten Informationsquellen statt. Vor diesem Hintergrund werden Ziele und Maßnahmen für die Hilfeplanung abgeleitet. Die Leistungssteuerung sichert im Sinne der Zielerreichung die Umsetzung ab. Schließlich verfügt das Case Management über eine Angebotssteuerung; systemkritische und komplexe Fälle werden dadurch zu Impulsgebern für die Systemebene [Monzer 2013].

Case Management befähigt Fachkräfte im Gesundheits- und Sozialwesen, bei komplexen Fallkonstellationen und multiplen Akteurskonstellationen Hilfen zu entwickeln, Ressourcen koordinierend heranzuziehen und zugänglich zu machen. Die Aufgaben des iCC liegen darin, eine zielgerichtete Zusammenarbeit zu organisieren, zu kontrollieren und auszuwerten, die am konkreten Hilfebedarf der jeweiligen Familie ausgerichtet ist und an deren Herstellung die betroffenen Menschen beteiligt sind. Das Projekt iCC basiert auf einem gemeinsamen Verständnis von Case Management der relevanten Akteure, das an den bestehenden Case und Care Management-Strukturen in den Regionen anschließt. Hierfür werden gemeinsame Schulungen durchgeführt [mit DGCC-Zertifizierung] und übergreifend einsetzbare Tools zur Verfügung gestellt, die v.a. dabei helfen, die Komplexität im Fall abzubilden und handhabbar zu machen.

Baustein 3: Care Management. Zentrales Element ist weiterhin das Care Management. Während Case Management die fallbezogene Steuerung bezeichnet (Fallebene), bezieht sich Care Management auf Organisationen und das Zusammenspiel sozialer Dienste (Systemebene). Care und Case Management verstehen sich als Verfahren, die sich gegenseitig fördern. Zeigen sich Versorgungsdesiderate im Einzelfall, dienen diese im Care Management als Impulsgeber für neue Angebote, Strategien oder Kooperationen. Care Management dient aber auch als Hintergrundsystem für die Einzelfallhilfe, die Wissen, Organisa-

tions- und Politikvorgaben mit der Angebotsentwicklung und -steuerung verbindet. Ziel ist ein transparentes und geregeltes, vernetztes und flexibles Zusammenspiel verschiedener Unterstützungsbereiche und Sektoren [Monzer 2013].

Care Manager/innen richten ihren Blick also auf Infrastrukturen (Einrichtungen und Dienste im Gesundheits- und Sozialwesen), Netzwerke² und Kooperationen. Diese werden zu Beginn des Projektes mithilfe entsprechender Tools rekonstruiert. Wie zuvor erläutert, bestehen an beiden Projektstandorten bereits qualifizierte Netzwerke. Inwiefern die Notwendigkeit für Ausbau und Qualifizierung besteht, wird geprüft.

Anspruch auf Care und Case Management für die pädiatrischen Palliativpatient/innen und deren Familien ist vielfältig im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung und in ihren angrenzenden sozialleistungsrechtlichen Regelungen vorgesehen. Es fehlt an einer dem Anspruch des Care und Case Management entsprechenden, integrierten Struktur des Care und Case Management, die das Versorgungsmanagement gemäß § 11 SGB V im stationären und häuslichen Bereich miteinander verzahnt, Care und Case Management-Ansprüche gemäß § 7a SGB XI aufgreift und die durch das Hospiz- und Palliativgesetz eingeführten Ansprüche miteinander verbindet. In der Praxis fehlt es an einem Care und Case Management, das die Segmentierung bei der betroffenen Zielgruppe überwindet. Ein solches ist sachlich und rechtlich geboten.

Das iCC zielt auf die Organisation und Gewährleistung von Versorgungssicherheit und verfolgt explizit die Bearbeitung und Behebung von Versorgungsdefiziten. Bei betroffenen Familien kommt es in Anbetracht zahlreicher Hilfesysteme unterschiedlicher Sektoren (Medizin, Pflege, psychosoziale Angebote etc.) regelmäßig zu Unter-, aber genauso oft auch zu partieller Überversorgung. Das Projekt zielt daher vor allem darauf ab, die Versorgungskontinuität durch Case und Care Management sicherzustellen, indem systematisch eine verbindliche und strukturierte Zusammenarbeit zwischen den Sektoren organisiert wird – Care Management auf Systemebene, Case Management im Einzelfall. Fallbezogen können durch ein professionelles Case Management die individuellen Bedarfe und die bereits vorhandenen Möglichkeiten optimal für Patient und Familie zur Deckung gebracht werden. Case Management ist ein Instrument, das auf einen effizienten Einsatz

² Im Case und Care Management wird zwischen vier Netzwerktypen unterschieden: **Informationsnetzwerke**, die längerfristig vor allem dem Austausch von Informationen dienen, die für alle Akteure relevant sein können, **milieubildende Netzwerke**, die darüber hinaus auf eine gemeinsame Entscheidungsfindung abzielen und ggf. ein gemeinsames „ideelles Milieu“ konstituieren, **Projektnetzwerke**, deren Funktion als temporäre Netzwerke darin besteht, organisationsübergreifende Aufgaben zeitlich befristet zu bearbeiten, und **Produktionsnetzwerke**, in denen von autonomen Organisationen gemeinsam Produkte hergestellt bzw. Dienstleistungen angeboten werden [Reis 2013].

von Ressourcen abzielt. Es ist zugleich ein Instrument zum Empowerment betroffener Familien.

Evaluationskonzept

Evaluation von Case Management-Ansätzen ist methodisch anspruchsvoll (vgl. Klie 2022). Die Evaluation geht der Frage nach, inwieweit die Lebensqualität lebenslimitierend erkrankter Kinder/Jugendlicher und ihrer Familien durch Case und Care Management verbessert und eine adäquate Versorgung sichergestellt werden kann. Sie kennt entsprechend der Zielebenen fünf Evaluationsebenen:

Case Management ist ein Instrument, das auf einen effizienten Einsatz von Ressourcen abzielt.

- Ebene 1: Wie lassen sich in einer systematischen Betrachtung die lebenslimitierend erkrankten Kinder/Jugendlichen und ihre Familien sowie ihre Hilfebedarfe beschreiben?
- Ebene 2: Welche Gesundheitskosten entstehen durch die Familien und bei ihnen?
- Ebene 3: Inwiefern lässt sich durch Case Management die Lebensqualität dieser Familien erhöhen und eine adäquate Versorgung sicherstellen?
- Ebene 4: Inwiefern lassen sich durch Case Management Fehl-, Unter- und Überversorgung abbauen?
- Ebene 5: Inwiefern kann Care Management zu einer in Hinblick auf Kooperation, Kultur und Angebote adäquaten Infrastruktur beitragen und das in einer sektoren-, berufsgruppen- und institutionenübergreifenden Art und Weise?

Das methodische Vorgehen verbindet quantitativ-standardisierende und qualitative Verfahren. Aus ethischen Gründen – würde doch hoch belasteten Familien eine theoretisch bessere Versorgungsleistung vorenthalten – und aufgrund der Heterogenität der Zielgruppe sollte im Evaluationsdesign nicht auf eine Kontroll- bzw. Vergleichsgruppe zurückgegriffen werden, wie dies üblicherweise und methodisch fragwürdig in Innofondsprojekten stets verlangt wird.

(a) Ebene 1: Holistic Needs Assessment – Auswertung aller Assessments

Das im Rahmen des iCC entwickelte Holistic Needs Assessment sollte laufend und zu Projektende ausgewertet werden. Dabei wird nach Themenbereichen geclustert, z. B. nach Patientengruppen, Bedarfslagen, Versorgungsarrangements, sozialrechtlichen Gemengelagen usw. Ziel ist es, qualitative Aussagen über Case Management-indizierende komplexe Versorgungsbedarfe, SAPV-Indikationen und stabile Versorgungsarrangements zu treffen.

(b) Ebene 2: Gesundheitskosten – Auswertung GKV-Routinedaten

Um die Versorgungspfade und das Krankheitsspektrum von Kindern/Jugendlichen mit lebenslimitierenden Erkrankungen abzubilden und ihre Versorgungskosten zu beziffern, war vorgesehen, dass die komplementäre Auswertung von pseudonymisierten Routinedaten von Sozialversicherungsträgern durchgeführt wird. Weiterhin sollte untersucht werden, ob Familienangehörige ebenfalls eine erhöhte Inanspruchnahme aufweisen bzw. überdurchschnittlich oft selbst erkranken. Diese Population sollte mittels kontrollierter Kohortenstudie (Pimperl et al. 2016) zudem Kindern und Jugendlichen gegenübergestellt werden, die Leistungen aus dem Bereich der SAPV beziehen. Sekundärdaten haben u.a. die Vorteile der schnellen und kostengünstigen Verfügbarkeit, des auch bei Pseudonymisierung eindeutigen Personenbezugs sowie der leistungserbringer- und sektorenübergreifenden Perspektive (Swart und Ihle 2014). Unter Berücksichtigung des Datenschutzes sollten neben den Stammdaten zur Versichertenpopulation die Daten zu den betroffenen Kindern/Jugendlichen ausgewertet werden: Diagnosen-Informationen nach ICD-10-GM (ambulant und stationär = Haupt- und Nebendiagnosen), Inanspruchnahme (ambulante sowie teil- und vollstationäre Fälle), Arzneimittel nach ATC-Klassifikation, GKV-Kosten in den verschiedenen Sektoren (Arbeitsunfähigkeiten, Arzneimittel, ambulante und (post-)stationäre Inanspruchnahme, sonstige Leistungen, zahnärztliche Leistungen).

(c) Ebene 3: Case Management im Einzelfall

Zur Erfassung der Veränderungen auf Fallebene (gesundheitlich, psychosozial etc.) sollte erstens die Befragung von betroffenen Familien mithilfe strukturierter Fragebögen durch Versorgungsforscher/innen erfolgen – und zwar mit nachfolgend genannten Instrumenten: der „Children with Special Health Care Needs (CSHCN) Screener“, das internationale anerkannte Instrument „Strengths and Difficulties Questionnaire“ (SDQ) für emotionale und Verhaltensprobleme von Kindern und Jugendlichen sowie ein Assessment-Instrument zur Lebensqualität. Neben jährlichen Re-Assessments war eine Outcome-Messung nach Beendigung jedes Case Management-Falls vorgesehen.

Um unmittelbar die Einschätzung betroffener Familien und deren Erfahrungen in die Evaluation aufzunehmen, sollten in Berlin und in der Freiburger Region Fallstudien durchgeführt werden mit folgendem Sampling: Bearbeitung besonders prekärer, ggf. lebensbedrohlicher, Versorgungssituationen; besonders komplexes Case Management, bspw. aufgrund einer sehr hohen Anzahl beteiligter Akteure; sehr kurze im Kontrast zu sehr langen CM-Verläufen; Bearbeitung von Situationen der Überversorgung etc.

(d) Ebene 4: Case Management – Vermeidung von Fehl-, Unter- und Überversorgung?

Fälle der Fehl-, Unter- und Überversorgung, die im Projekt mithilfe von Case und Care Management bearbeitet wurden, sollten im Rahmen von Fallkonferenzen, ggf. telefonisch, erörtert werden. Die Veränderung der Versorgungssituation in den Einzelfällen wäre durch mehrere Akteure außerhalb des Case Managements einzuschätzen gewesen. Sie sollten sektorenbezogen in allen Fällen systematisiert sein: Betroffene/Angehörige, medizinische Versorgung, Spezialist/innen für Palliative Care. Sie erörtern – so die Vorgabe – den einen Fallverlauf nach dem Einsatz von Case und Care Management und beraten im Anschluss Fälle aus ihrer Praxis, die vergleichbar waren und die ohne Case und Care Management bearbeitet wurden. Sind die im Rahmen von „iCC“ bearbeiteten Fälle anders verlaufen? Was wäre ohne „iCC“ passiert?

(e) Ebene 5: Care Management – Evaluation Netzwerk- und Infrastrukturentwicklungen

Care Management sollte in Wechselwirkung mit Case Management betrachtet und evaluiert werden. Die Strukturentwicklung ausgehend vom Case Management wäre zunächst von den Case Manager/innen beschrieben worden, da es hierbei um das Nachvollziehen der Impulse von der Fall- auf die Systemebene geht. Die beteiligten Prozesse sollten als Impulse auf der Fallebene, über die Aufbereitung für die Entscheidungsebene bis zur Konzeptionierung und Bereitstellung neuer oder angepasster Angebote beschrieben werden. Die Evaluation des Care Management bezieht sich v.a. auf die Netzwerke vor Ort und sah drei Schwerpunkte vor:

- **Evaluation der Informationsnetzwerke:** Hinsichtlich des Informationsnetzwerkes sollte die Evaluation von drei verbindlich vorgesehenen Veranstaltungen im Fokus stehen (Anzahl der Teilnehmenden, Anzahl der Arbeitsgruppen, inhaltliche Inputs etc.).
- **Evaluation der Projektnetzwerke:** Die Projektnetzwerke sollten mithilfe qualitativer Forschungsmethoden evaluiert werden (Interviews, Fokusgruppen, Fallstudien, Dokumentenanalyse).
- **Evaluation der Tätigkeiten des/der Care Manager/in:** Selbstevaluation und Auswertung der Dokumentation des Care Managers/der Care Managerin.

Scheitern und Ausblick

Wie eingangs geschildert: Das Projekt wurde abgelehnt und dies nicht aus methodischen oder Gründen der Qualität des Designs, sondern letztlich, so die begründete Vermutung, weil die systematische Inblicknahme der zum Teil hoch prekären Versorgungs- und Lebenssituation lebensverkürzt erkrankter Kinder das Versorgungssystem

in einer durchaus kostenrelevanten Weise herausgefordert hätte. Innovationsfondsprojekte sind ausgerichtet auf neue Versorgungskonzepte, die sowohl die Qualität der Versorgung verbessern, Effizienzreserven heben sollen als auch Kosten reduzieren. Eine systematische Inblicknahme der Versorgungs- und Lebenssituation von lebensverkürzt erkrankten Kindern dient dazu nicht: Es werden eher weitergehende und für die Kostenträger kostspielige Unterstützungsbedarfe sichtbar. An dem Thema wird man „dranbleiben“ müssen. In Berlin ist dies durchaus gelungen, wie die Beiträge von Eisenhardt und Högl vom Kindernetzwerk e. V. sowie Groth und Eisenhardt von der

Care Management sollte in Wechselwirkung mit Case Management betrachtet und evaluiert werden. _____

Fachstelle MenschenKind in Berlin dokumentieren. Mit dem Berliner Projekt war eine enge Kooperation vorgesehen. Der Ansatz verdient es aber aufgegriffen und ggf. anderswo realisiert zu werden. Der Handlungsbedarf ist eher gestiegen denn gesunken: gerade die häusliche Versorgung in der Kinderkrankenpflege und Intensivpflege ist vielerorts massiv gefährdet.

Literatur

- Association for Children's Palliative Care (Hg.) (2009): A Guide to the Development of Children's Palliative Care Services. Bristol.
- Bruker, C. (2018): Sorge für Kinder, die sterben müssen. Über lebensverkürzend erkrankte Kinder und ihre Familien. Annäherungen an ihre Versorgungswirklichkeit und die Bedeutung von Kinderhospizen. Dissertation zur Erlangung des akademischen Grades Doktorin der Philosophie an der Alpen-Adria-Universität Klagenfurt. Freiburg (Breisgau).
- Engelbert, A. (2003): Behinderung im Hilfesystem: Zur Situation von Familien mit behinderten Kindern. In: Günther Cloerkes (Hg.): Wie man behindert wird. Texte zur Konstruktion einer sozialen Rolle und zur Lebenssituation betroffener Menschen. Heidelberg: Winter (Materialien zur Soziologie der Behinderten, 1), S. 209–224.
- Fraser, L. K., Miller, M., Hain, R., Norman, P., Aldridge, J., McKinney, P. A. & Parslow, R. C. (2012): Rising National Prevalence of Life-Limiting Conditions in Children in England. In: *Pediatrics* 129 (4), S. 923–929.
- Hoberg, R., Klie, T. & Künzel, G. (2013): Eckpunkte Strukturreform Pflege und Teilhabe. Kurzfassung. Hg. v. AGP Sozialforschung. Freiburg.
- Klie, T. (2022): Case Management Evaluation – methodisch und praktisch anspruchsvoll. Interview mit Prof. Dr. Manfred Hülsken-Giesler. In: *Case Management* 19 (2), S. 69–74.
- Klie, T. & Bruker, C. (2014): Bedarfsanalyse zu den Angeboten für Familien mit lebensverkürzend und schwer erkrankten Kindern. Regionalstudie „Südwest“. Abschlussbericht. Freiburg.
- Klie, T. & Bruker, C. (2016): Versorgungskoordination bei Familien mit schwer und lebensverkürzend erkrankten Kindern in Berlin. Expertise. Freiburg.
- Klie, T., Bruker, C. & Schuhmacher, B. (2013): Von Pionieren zu Partnern: Bedarfsanalyse zu Kinderhospiz-Angeboten. Exemplarische Studien zu den Regionen Ostwestfalen, Berlin und Stuttgart. Heidelberg: medhochzwei Verlag.

Kofahl, C. & Lüdecke, D. (2014): Familie im Fokus. Die Lebens- und Versorgungssituation von Familien mit chronisch kranken und behinderten Kindern in Deutschland. Ergebnisse der Kindernetzwerk-Studie. Hg. v. Abteilung Prävention des AOK-Bundesverbandes. Berlin.

Kopitzsch, F. (2015): Zahl der Kinder mit lebensverkürzender Erkrankung verdoppelt – Herausforderungen für die Praxis. Ein Gespräch mit Marcel Globisch, Andreas Müller und Boris Zernikow. In: die Hospiz Zeitschrift (4), S. 34–38.

Monzer, M. (2013): Case Management Grundlagen. Case Management in der Praxis. Heidelberg: medhochzwei Verlag.

Pimperl, A., Schulte, T. & Hildebrandt, H. (2016): Evaluating the Impact of an Accountable Care Organization on Population Health – the Quasi-Experimental Design of the German „Gesundes Kinzigtal“. Im Erscheinen. In: Population Health Management.

Porz, F. E. H. (Hg.) (2003): Case Management in der Kinder- und Jugendmedizin. Neue Wege in der Nachsorge. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

Reis, C. (2013): Netzwerke verstehen – theoretische und praktische Zugänge. Manuskriptfassung eines Vortrages anlässlich der DGCC-Tagung „Vernetzt versorgen. Case Management in und mit Netzwerken“.

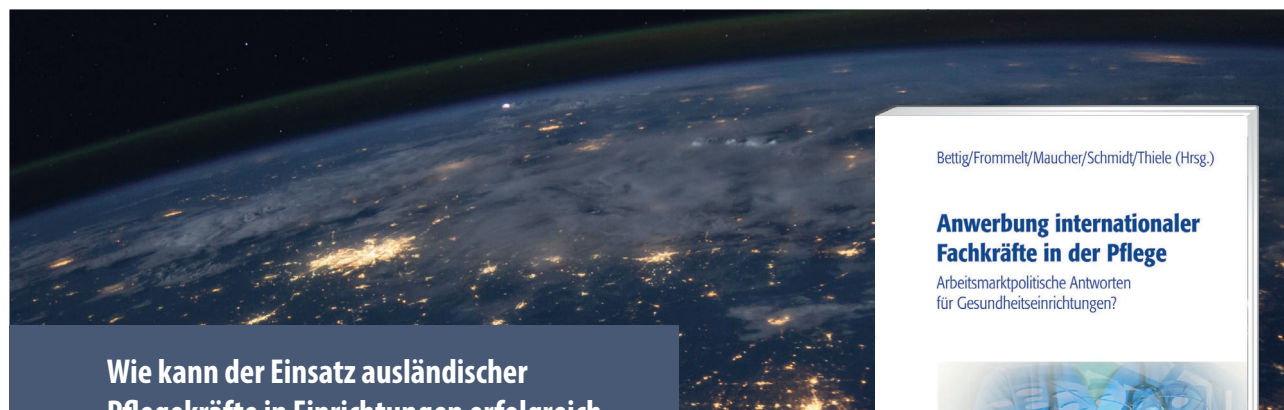
Swart, E. & Ihle, P. (2014): Sekundärdatenanalyse: Aufgaben und Ziele. In: Enno Swart, Peter Ihle, Holger Gothe und David Matusiewicz (Hg.): Routinedaten im Gesundheitswesen. Handbuch Sekundärdatenanalyse. Grundlagen, Methoden und Perspektiven. Bern: Huber Verlag, S. 16–18.

Thimm, W. & Wachtel, G. (2003): Unterstützungsnetzwerke für Familien mit behinderten Kindern – Regionale Perspektiven. In: Günther Cloerkes (Hg.): Wie man behindert wird. Texte zur Konstruktion einer sozialen Rolle und zur Lebenssituation betroffener Menschen. Heidelberg: Winter [Materialien zur Soziologie der Behinderten, 1], S. 225–247.

Wingenfeld, K., Büker, C. & Ostendorf, A. (2013): Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung (IPW). In: GKV-Spitzenverband (Hg.): Vernetzung von Hilfen für pflegebedürftige Kinder. Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung. Berlin, S. 52–136.

Prof. Dr. Thomas Klie

Rechtsanwalt, Kanzlei für soziale Unternehmen, Freiburg/Berlin/Starnberg, Lehr Case Manager DGCC
klie@eh-freiburg.de



Wie kann der Einsatz ausländischer Pflegekräfte in Einrichtungen erfolgreich dem Fachkräftemangel entgegenwirken?

Dieses Werk gibt Ihnen Antworten in Form statistischer Einordnung und einer arbeitsmarktpolitischen Betrachtung unter Einbezug mehrerer Praxisbeispiele und kritischer Fragen, die sowohl die Schwierigkeiten als auch die Möglichkeiten sowie die Auswirkungen auf die Ausbildung und Akademisierung der Pflege beleuchten.



2021. IX, 201 Seiten. Softcover. 44,99 €
ISBN 978-3-86216-720-3

Weitere Informationen und Bestellung unter:
www.medhochzwei-verlag.de | info@medhochzwei-verlag.de



Interview

Kinder und Jugendliche als betreuende und pflegende Angehörige wahrnehmen



Dr. Marianne Frech

Anna Hegedüs spricht mit Dr. Marianne Frech, die als Pflegewissenschaftlerin und Studiengangsleiterin MS Nursing Science tätig ist und seit mehreren Jahren zum Thema Young Carers forscht. Das CM hat eine zentrale und wichtige Rolle, wenn es um die Begleitung von Familien mit Erkrankung und Behinderung geht.

Anna Hegedüs: Wer sind Young Carers und wieso ist diese Thematik wichtig?

Marianne Frech: Unter Young Carers versteht man Kinder und Jugendliche, die pflegerische Verantwortung übernehmen und Unterstützung leisten für einen erkrankten An- oder Zugehörigen. Das untere Alter ist offen, nach oben hin spricht man bis 18 Jahre über Young Carers (YC) und bei 18- bis 25-Jährigen von Young adult Carers (YAC). Wichtig ist, dass es sich dabei um eine längerfristige, substantielle Unterstützung handelt. Sie übernehmen massgebliche Verantwortung. Das sind Aufgaben, die wir üblicherweise Kindern und Jugendlichen nicht zuschreiben würden. Diese Aufgaben sind nicht altersentsprechend und können daher auch negative Auswirkungen auf die Kinder/Jugendlichen haben. Sie können aber auf der anderen Seite auch sehr positiv sein. Wir dürfen allerdings nicht vergessen, dass Kinder das Recht haben, altersgerecht aufzuwachsen (UN-Kinderrechtskonvention Artikel 31 und 32).

Weiss man, wie viele Kinder/Jugendliche Young Carers bzw. Young adult Carers sind?

Die Zahlen sind je nach Land sehr unterschiedlich. Im europäischen Raum sprechen wir von 3,5 bis 12%. Unsere Studien konnten aufzeigen, dass in der Schweiz 8 bis 11% der Kinder/Jugendlichen Young Carers sind. Die Prozentzahlen sind aber auch abhängig vom Alter.

Welchen Herausforderungen begegnen die YC und ihre Familien im Alltag?

Die meisten sind sich nicht bewusst, dass sie so eine Rolle haben und auch den Eltern ist es häufig nicht bewusst. Wenn zum Beispiel ein Geschwisterkind erkrankt, übernimmt das andere Geschwisterkind mehr Aufgaben. Von den Eltern und auch Fachpersonen wird das gesunde Geschwisterkind eher als mit-betroffen wahrgenommen („sie leiden mit“) – also in einer passiven Rolle. Ihre aktive Rolle wird häufig nicht erkannt. Beispiel: In der Palliative Care wissen die Fach-

personen, dass Kinder da sind, es wird auch thematisiert, aber in Gesprächen werden diese häufig nicht einbezogen. Für die Kinder/Jugendlichen wäre es wichtig, dass sie zeigen können, dass sie aktiv unterstützen. Das gibt ihnen ein anderes Auftreten und eine andere Bewältigungsform. Die Familien begegnen ebenfalls einer Ohnmacht gegenüber den Strukturen, die wir in der Schweiz haben. Die Gesundheitsversorgung ist auf die erkrankte Person ausgerichtet. In der föderalistischen Schweiz kommt hinzu, dass Unterstützungsmöglichkeiten regional sehr unterschiedlich sind. Im Falle eines Umzugs oder Schulwechsels stehen manche Angebote nicht mehr zur Verfügung.

Welche Rolle nehmen Fachpersonen ein? Wie können sie die Familien und YC unterstützen?

Wichtig ist, dass sie überhaupt wissen, dass es die Rolle gibt und dass nicht nur die erwachsenen Personen entlastet werden. Häufig muss es auch ganz ad hoc gehen: Ein MS-Schub, in der Nacht, das Kind hat vielleicht wenig geschlafen, bringt das Geschwisterkind in den Kindergarten und geht dann in die Schule, kann sich nur schlecht konzentrieren und muss vielleicht sogar eine Prüfung schreiben. Die Fachpersonen machen schon sehr viel. So wird mit Case Managern, Sozialdiensten oder der Schulsozialarbeit zusammengearbeitet. Ganz wichtig ist hier frühzeitig aufzugleisen, was in der Notfallsituation, den Krisen gemacht wird. Als Fachpersonen müssen wir den Familien ein Netzwerk anbieten, auf das sie ad hoc zugreifen können, ohne sich noch erklären zu müssen. Hier sehe ich auch die Rolle des Case Managements. So müssen stationäre und ambulante Strukturen zusammengebracht sowie informelle und formelle Unterstützungsmöglichkeiten aufgebaut werden. Gerade bei Jugendlichen haben auch die Schulen eine wichtige Rolle und können Verständnis entgegenbringen. So haben meiner Meinung nach die Schulsozialarbeit und das CM ganz wichtige Rollen bei YC/YAC. Deswegen wird das Thema YC auch in

die CM-Weiterbildung bei der Careum Hochschule Gesundheit aufgenommen.

Wie können Case Manager*innen konkret vorgehen, wenn sie mit Familien mit YC arbeiten?

Einerseits brauchen sie das Bewusstsein, dass auch Kinder im Familiensystem eine Rolle spielen und dass sie Verantwortung übernehmen, die nicht altersentsprechend ist. In Familien, wo sie YC antreffen, sollten sie erfragen, ob dies dem Wunsch der Familie entspricht, und dann gemeinsam mit der Familie schauen, wo sie sich Entlastung und Unterstützung wünschen würden.

Häufig kommt das CM aber in den Fall, wenn die Situation unstabil ist. Dann ist es ein heikler Punkt, dies anzusprechen. Hier braucht es eine sehr wertschätzende, anerkennende Herangehensweise, wie sie z.B. von Shajani (2019) vorgeschlagen wird. Gut eignen sich auch zirkuläre Fragen, bei denen die Familienmitglieder versuchen, sich in die andere Person hineinzusetzen. Unsere Forschung hat gezeigt, dass es nicht darauf ankommt, welchen professionellen Hintergrund die Person hat (von der Pflege, Sozialarbeit, usw.). Wichtig ist, dass sie die Familie als Ganzes wahrnimmt und eine Vertrauensbasis aufbauen kann.

Es kann dem CM gelingen, die Resilienz der Kinder und Jugendlichen zu unterstützen, indem es das ganze System betrachtet. Die Familien sollten handlungsfähig gemacht werden, und zwar auch nachhaltig, also über die Begleitung von CM hinaus.

Was sollte sich deiner Meinung nach ändern in der Praxis?

Auf der einen Seite sollte die Versorgung so aufgebaut werden, dass Gesundheit, Soziales, Bildung nicht einzelne Silos sind, sondern dass ein siloübergreifendes Denken möglich wird. Also z.B. wie das Chronic Care Management.

Und das dann auch praktikabel macht für die Situationen, in denen die Familien sich befinden. Hier ist das CM sehr stark! Aber manchmal hat auch das seine Grenzen, z.B. weil wir nur über die erkrankte Person abrechnen können. Andererseits das Thema Prävention: Das Thema Gesundheit und Krankheit muss offen thematisiert werden – und das schon möglichst früh, z.B. in der Primarstufe. Es gibt einzelne Initiativen, z.B. in Deutschland den Verein „Irrsinnig menschlich“ mit dem Angebot „verrückt, na und?“, bei dem es um den Umgang mit psychischen Erkrankungen geht. Gewisse Themen und vor allem der Umgang mit Krankheit und Behinderung sollten bereits präventiv in der Schule behandelt werden, damit die Kinder ihre Situationen von zu Hause auch offen erzählen können. So würde ein anderer Zugang zu Krankheiten entstehen und Berührungspunkte reduziert werden. Und über die Kinder erreicht man auch die Familien und könnte einiges bewirken, indem man die Ansätze bereits früh vermittelt, den Kindern/Jugendlichen aufzeigt, wo sie Unterstützung holen können. So könnte man eine Art „life long follow-up“ ermöglichen. Hier sehe ich grosses Potential für die Pflege und Schulsozialarbeit.

Vielen Dank für das Gespräch!

Literatur und weiterführende Links

Shajani, Z. & Snell, D. (2019): Wright and Leahey's Nurses and Families, 7e: A Guide to Family Assessment and Intervention. Philadelphia: F.A. Davis Company.

<https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-child>

<https://www.kalaidos-fh.ch/de-CH/Forschung/Fachbereich-Gesundheit/Young-Carers>

<https://www.young-carers.ch/>



Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung (Band 35)

Thomas Klie
Pflegerreport 2021.
Junge Menschen und Pflege.
Einstellungen und Erfahrungen nachkommender Generationen.

medhochzwei

DAK
Gesundheit
für alle und

medhochzwei
www.medhochzwei-verlag.de

Ein höherer
Stellenwert für
das Thema Pflege
und junge Pflegende!

VIII, 196 Seiten | Softcover | € 29,99
ISBN 978-3-86216-858-3

19. Schweizerischer Case Management-Kongress

„Case Management im Wirkungsfeld der psychischen Gesundheit“

Mittwoch, 30. November 2022, Hotel Olten

In den letzten zweieinhalb Jahren prägte die Corona-Pandemie unser tägliches Leben. Immer wieder berichteten die Medien und die Wissenschaft, dass die psychische Belastung in der Bevölkerung in dieser Zeit stark zugenommen hat. Einerseits verstärkten sich Depressionen und Angststörungen durch die Einschränkungen der Pandemie, andererseits beschleunigte Corona die Veränderungen in der Arbeitswelt wie Digitalisierung, Globalisierung und neue agile Arbeitsformen. Beides hat erhebliche Auswirkungen auf die psychische Gesundheit.

Damit akzentuiert sich eine gesundheitliche Entwicklung, die bereits vor Corona die tägliche Arbeit von Case Manager*Innen in allen Handlungsfeldern dominiert hat. So stehen Menschen mit körperlichen und psychischen Erkrankungen oder häufigen psychiatrischen Hospitalisierungen vermehrt im Fokus des Case Managements. Auch hat sich die Zahl der Menschen, die aus psychischen Gründen eine Invalidenrente erhalten, in den vergangenen 20 Jahren verdreifacht. Seit einigen

Jahren beruht jede zweite Rentenzusprache auf einer psychischen Erkrankung. Darin sind insbesondere auch junge Menschen zwischen 18 und 24 Jahren stark vertreten, was gemäss Fachkräften mit den wachsenden Anforderungen der Wirtschaft an die berufliche Qualifikation auch beim Berufseinstieg verbunden ist.

Der diesjährige Jahreskongress des Netzwerks Case Management Schweiz widmet sich daher dem Thema des Case Managements im Wirkungsfeld der psychischen Gesundheit. Die Tagung soll Informationen und Einblicke in den aktuellen Stand der Wissenschaft und Praxis bieten sowie Fragen und Handlungsmöglichkeiten der Case Manager*Innen für die tägliche Arbeit aufnehmen.

Aus aktuellem Anlass greifen wir auch die Thematik des Einflusses der Corona-Pandemie und deren Folgen auf die

Organisatorisches

Veranstalter	Verein Netzwerk Case Management Schweiz
Kongressort	Hotel Olten, Zentrum im Winkel, Bahnhofstrasse 5, 4601 Olten
Kosten	CHF 370,- (inkl. Lunch/Getränke und Dokumentation) Spezialpreise: CHF 320,- für Mitglieder des Vereins Netzwerk Case Management Schweiz sowie der DGCC und ÖGCC [bitte bei der Anmeldung angeben, bei welchem Verein eine Mitgliedschaft besteht] CHF 200,- für Studierende, die gleichzeitig Mitglied des Vereins Netzwerk Case Management Schweiz werden

Anmeldung/Anmeldeschluss

Anmeldung über die Website www.netzwerk-cm.ch – Veranstaltungen – Jahreskongress 2022. Sie können auch Ihre Prioritäten für die Teilnahme an den Foren angeben. Nach Eingang der Anmeldung erhalten Sie zusammen mit weiteren Informationen einen Einzahlungsschein.

Aufgrund der aktuellen Situation gehen wir davon aus, dass die Tagung regulär im November stattfinden kann. Die Gesundheit und die entsprechenden Massnahmen des Bundes haben aber Priorität, weshalb wir diese laufend prüfen.

Bei Beschränkungen der Teilnehmerzahlen aufgrund Corona-Schutzmassnahmen des BAG werden die Anmeldungen nach Eingangsdatum berücksichtigt. Bei Verschiebung oder Absage des Jahreskongresses aufgrund der Corona-Massnahmen werden die Kongresskosten vollumfänglich zurückerstattet.

Anmeldeschluss ist der 6. November 2022.

Gesundheit auf. Zudem widmen wir uns aktuellen Erhebungen zum Einfluss von Arbeitsplatzkonflikten auf die Arbeitsfähigkeit und Gesundheit unserer Zielpersonen und erhalten Einblick in eine Studie zur Wirksamkeit von Case Management. In den Foren dürfen wir uns auf Fachpersonen aus verschiedensten Bereichen freuen, welche uns beispielsweise die IV-Revision 2022 vorstellen, unseren Instrumentenkoffer mit Informationen zum Mental Coaching erweitern oder mit uns die wichtige Schnittstelle im Eingliederungsprozess zwischen stationärer und ambulanter Behandlung diskutieren.

Wir freuen uns auf diese und viele andere spannende Referate und Foren sowie den Austausch mit Ihnen.

Programm 19. Schweizerischer Case Management-Kongress	
08.30	Eintreffen und Begrüssungskaffee
09.15	Eröffnung Anna Hegedüs , Präsidentin Verein Netzwerk Case Management Schweiz Patrick Rohr , Kongressmoderator
09.25	Nehmen psychische Störungen zu? Daten und Analysen vor und während der Corona-Pandemie Dirk Richter , Prof. Dr., Professor für psychiatrische Rehabilitationsforschung an der Berner Fachhochschule und Leiter Forschung und Entwicklung Psychiatrische Rehabilitation in den Universitären Psychiatrischen Diensten Bern
10.10	Ungelöste Arbeitsplatzkonflikte: Welche Rolle spielen Betriebskultur, Führungsverhalten, ärztliche Krankschreibung und Eigenverantwortung? Niklas Baer , Dr. phil., Psychologe, Leiter Workmed
10.55	Pause und Transfer
11.30	Foren (1. Durchführung) Forum 1: Die multimodale ADHS-Therapie durch den niedergelassenen Psychiater Berthold Flamming , Dr. med., Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Burgdorf Forum 2: Modul AAS (ArbeitsAbklärung Sucht) – ein Arbeitsintegrationsangebot für Menschen mit einer Suchtproblematik Melanie Krause , MA Sozialmanagerin, Teamleitung Coaching Eingliederung, Overall, Genossenschaft für integriertes Arbeiten Andreas Röllin , Koordinationsstelle AAS, Suchtberater, Abteilung Sucht, Gesundheitsdepartement Basel-Stadt Forum 3: Jugendliche und junge Erwachsene: psychische Gesundheit und Unterstützungsmöglichkeiten der IV beim Einstieg in die Berufswelt Katrin Arnold , Fachexpertin Betriebliche Gesundheitsförderung Iradis Matthias Ischi , Ausbildungsberater IV Solothurn Forum 4: Post-COVID Syndrom – medizinische Grundlagen, Behandlungspfad Rehab, berufliche Wiedereingliederung Marianne Schneitter , Dr. phil., Neuropsychologin FSP, REHAB Basel Ievgeniia Noskova , Dr. med., Fachärztin Allgemeine Innere Medizin, REHAB Basel Forum 5: Schnittstelle stationär – ambulant: Was sind Erfolgsfaktoren für einen gelungenen Übergang? Erich Scheibli , Leiter Care Management, Swica Krankenversicherung Forum 6: Coaching / Mental Coaching als Ergänzung im Behandlungs- und Eingliederungsprozess Leyla Gündöner , Geschäftsführerin, Dipl. Mental Coach, Fachberaterin Psychotraumatologie, start it now, Oensingen Detailangaben zu den Foren: www.netzwerk-cm.ch – Veranstaltungen – Jahreskongress 2022 – Downloads
12.20	Mittagspause
13.30	Foren (2. Durchführung)
14.20	Pause
14.50	Case Management ist wirksam! Wie wird dies herausgefunden? Andreas Heimer , PKRück, Mitglied der Geschäftsleitung VertreterIn des Forschungsteams , Hochschule Furtwangen und ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften
15.40	Fach-Input und Betroffeneninterview: Peergestützte Begleitung zur Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess – von der Idee zur Umsetzung Caroline Gurtner , Leiterin Revocery und Sozialpolitik, Mitglied der Geschäftsleitung von Pro Mente Sana und BetroffenenvertreterIn
16.20	Schlusspunkt mit Patrick Rohr
16.30	Abschlussapéro

„Case Management implementieren – Begegnung gestalten“

Bericht zur DGCC-Jahrestagung 2022 in Münster, 24. und 25. Juni 2022

„Case Management in der Praxis. Ein hochaktuelles Konzept für unsere komplexe Gesellschaft“ heißt es auf dem Flyer des medhochzwei Verlags für die Reihe der Case Management Bücher. Komplexität zeichnet sich im Gegensatz zum Komplizierten durch das im Vorhinein unplanbare Zusammenwirken unterschiedlicher Faktoren aus. Komplizierte Aufgaben können gelöst werden. Komplexe Sachverhalte müssen begriffen und im Prozess häufig mit mehreren Akteuren gemeinsam angegangen werden, um immer wieder die Wirkung der Veränderung zu beobachten. Stichpunkte im Umgang mit Komplexität sind Fokussierung auf das eigene Wesentliche, Vergemeinschaftung und Prozessgestaltung.

Die DGCC-Jahrestagung 2022 stand unter dem Titel: „Case Management implementieren – Begegnung gestalten“. Mit dem gewählten Titel ist bereits eine These verbunden: Case Management zu implementieren bedeutet auch, Begegnung zu gestalten. Damit kommt Case Management dem Anspruch, Komplexität zu gestalten, nach: in der Begegnung geht es um Vergewisserung des Eigenen, Formen des Dialogs, der Vergemeinschaftung und der prozessbezogenen Gestaltung.

Zu Beginn der Tagung begrüßte Bürgermeister Klaus Rosenau die Teilnehmenden im Stadtweinhaus, im historischen Gebäude neben dem Friedenssaal, in dem 1648 nach langen Verhandlungen der Konfliktparteien nach dem 30jährigen Krieg eine neue Ordnung in Europa geschaffen wurde. Er lud ein, Münster kennen zu lernen. Begegnung beginnt bekanntermaßen bei sich selbst. So umfasste die Tagung Fokussierungsübungen, war umrahmt von Gesang, von intensiv und berührend vorgetragenen Liebesliedern von der Musikerin und Künstlerin Verena Staggl aus der Schweiz, die zugleich die Vorträge und Workshops malte, um den Teilnehmenden eine andere Form der Begegnung über die Bilder mit der Atmosphäre und den Aussagen der Tagung zu ermöglichen. Zudem wurden Fotos erstellt, die neben den gemalten Bildern den Teilnehmenden präsentiert wurden.

Spannungsfelder in Komplexität als beobachtbare Ausgangspunkte, die zu der Notwendigkeit führen, Begegnung zu gestalten, wurden auf der Tagung inhaltlich auf den drei im Case Management hervorgehobenen Ebenen

herausgearbeitet: der Einzelfall-, der Organisations- und der Netzwerkebene. Auf der Einzelfallebene wird eine komplementäre oder asymmetrische Kommunikationssituation zwischen den professionell Tätigen und den Adressat:innen der Hilfe gestaltet, die zusehends von Komplexität mit Blick auf die Lebenssituationen der Adressat:innen geprägt ist. Es stellt sich die Frage, welche komplexitätsbewältigenden Wahrnehmungsmöglichkeiten es gibt jenseits einer Betrachtung von Einzelaspekten der Lebenssituation des Menschen. Auf der Organisationsebene ist stets das Spannungsverhältnis zwischen Gesetzes-, Verwaltungs- und insgesamt Organisationsvorgaben auf der einen Seite und der beratenden, zwischenmenschlichen Begegnung mit den Adressat:innen auf der anderen Seite gegeben. Dieses wird austariert über ein umfassend verstandenes Qualitätsmanagement (QM) der Organisationen (nicht zu verwechseln mit einer reinen Qualitätssicherung oder einem QM in funktionalen Sinne). Dieses soll sowohl Ergebnis- und Prozessorientierung als auch Gesetzeskonformität und Individualität ermöglichen. Gesellschaftliche Veränderungsprozesse, die einerseits zu einer Individualisierung der Lebenslagen und einer Pluralisierung der Lebensweisen der Personen geführt haben und die andererseits zu einer Ausdifferenzierung und sogar Segmentierung der Kostenträger und Dienstleistungsangebote beigetragen haben, schaffen auch hier eine zusehends zu gestaltende Komplexität. Für Organisationen, insbesondere für deren Führungskräfte stellen sich demnach zudem Fragen, wie Arbeitsplatzsituationen den zusehends komplexen Aufgabenstellungen gegenüber angemessen eingerichtet werden können. Auf der Ebene der die Personen umgebenden Sorgestrukturen, der Netzwerkebene, treffen unterschiedliche Professionen und Organisationen aufeinander. Geregelter Zusammenarbeit scheint hier ein fragiles Unterfangen. Angesichts dieser Herausforderungen wurden sowohl unterschiedliche Praxisbeispiele, die zum Teil seit 30 Jahren Case Management erfolgreich umsetzen, befragt nach Herausforderungen, Gelingensfaktoren und Veränderungen im Laufe der Zeit.

Die Teilnehmenden konnten zunächst an einem Workshop teilnehmen. Im Anschluss wurden alle Ergebnisse auf dem „Markt der Möglichkeiten“ im Plenum vorgestellt und die Referent:innen konnten an den Stellwänden

aufgesucht und befragt werden – Begegnung stand inhaltlich und bezüglich der formalen Tagungsgestaltung im Vordergrund. Die folgenden Projekte haben sich vorgestellt: Bunter Kreis, Dienststelle Selbstbestimmt Leben, Deutsche Rentenversicherung Bund, Community Health Nursing, Alter und Soziales e.V. sowie Projekte zu Case Management und IT.

Das Abendprogramm wurde gestaltet im Wechsel durch Lieder von Verena Staggl und Gedichten, die ausgesucht und vorgelesen wurden von den Organisator:innen und im Team durch die Tagung leitenden Mona Frommelt und Hugo Mennemann.

Am zweiten Tag wurden in den Workshops zentrale Entwicklungslinien aufgenommen, denen sich Praktiker:innen gegenübergestellt sehen, die Case Management implementieren. Im Anschluss an die Workshops gab es auch hier auf dem „Markt der Möglichkeiten“, auf dem die Workshops an Stellwänden kurz vorgestellt wurden, die Gelegenheit für alle, die Themenbereiche und Referent:innen aufzusuchen, die von Interesse waren. Die Workshops haben sich mit den folgenden zentralen themenbezogenen Herausforderungen beschäftigt: Internationaler Vergleich, Digitalisierung, Re-kommunalisierung, Case Management in der Sozialgesetzgebung sowie Kommunikation im Case Management.

Am Ende der Tagung ging es um die Fokussierung des Case Managements auf das Eigentliche, das Wesentliche, der Blick, den wir mit Case Management auf die gesellschaftlichen Herausforderungen richten können. Dieser wurde von einzelnen Teilnehmenden zusammengefasst und im Plenum ausgetauscht.

Auf der Mitgliederversammlung am Vorabend der Tagung fand die Wahl des neuen Vorstands statt. Dieser setzt sich nun zusammen aus: **Anke Siebdrat**, M.A., Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe, **Prof. Dr. Peter Löcherbach**, Katholische Hochschule Mainz, **Prof. Dr. rer. medic. Stefan Schmidt**, Hochschule Neubrandenburg, **Prof. Dr. Michael Monzer**, AGP Sozialforschung, **Prof. Dr. Hugo Mennemann**,

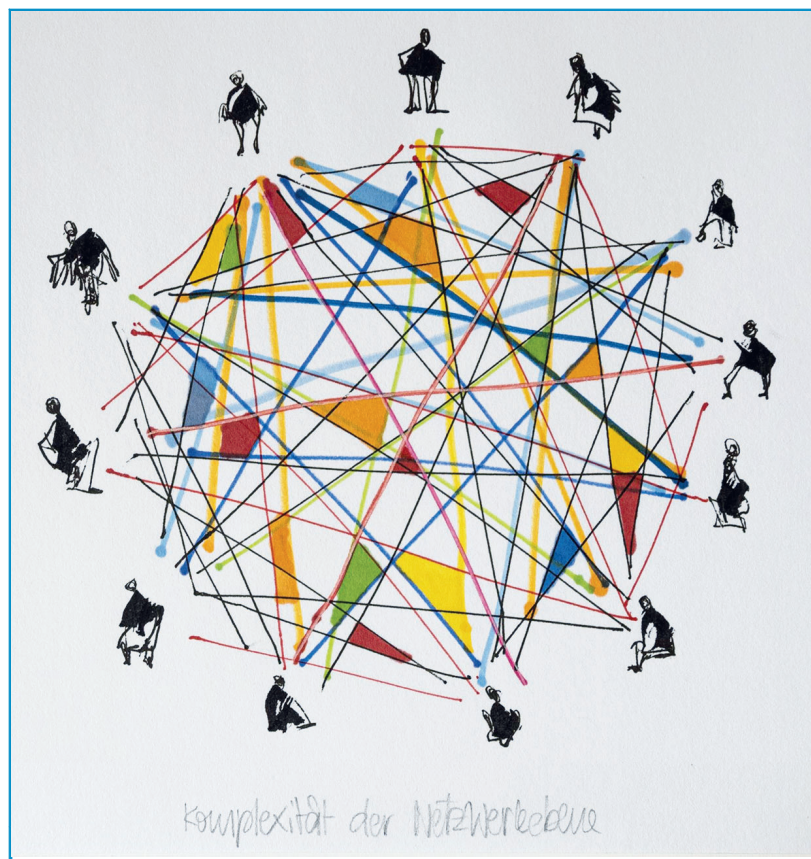


Abb.: Komplexität der Netzwerkebene [Bild: Verena Staggl]

Fachhochschule Münster (1. Vorsitzender), **Prof. Dr. Wolf Rainer Wendt**, DHBW Stuttgart, Universität Tübingen (Ehrevorsitzender), **Mona Frommelt**, Vorsitzende des Vorstands der Hans-Weinberger-Akademie (2. Vorsitzende) sowie **Prof. Dr. Corinna Ehlers**, Hochschule für angewandte Wissenschaft und Kunst Hildesheim/Holzminde/Göttingen.

Der historische Ort der Begegnung war Anlass, vielfältig mit sich selbst und mit anderen bezüglich der Potentiale des Handlungskonzeptes Case Management in Kontakt zu kommen. Die Modellprojekte, die herausfordernden Themenbezüge und alle einzelnen Ergebnisse, auch die während der Veranstaltung entstandenen Bilder, werden Bestandteil einer Herausgeberschrift „Praxis Case Management“ werden, in der das vielfältige Potential, das Eigentliche des Handlungskonzeptes noch einmal in unterschiedlichen Facetten sichtbar werden wird.

Prof. Dr. Hugo Mennemann

Impressum

Case Management gehört zu den zentralen Reformperspektiven und Strategien in vielen Bereichen des Sozial- und Gesundheitswesens. Dabei werden mit dem Case Management noch höchst unterschiedliche Ansätze, Methoden und Erwartungen verbunden. Die Zeitschrift Case Management will der breiten Diskussion um das Case Management und die Vielfalt seiner praktischen Umsetzung eine qualifizierte Plattform geben.

Case Management wird in weiten Bereichen des Sozialwesens, des Gesundheitswesens, der Pflege und Betreuung, der Integration in Arbeit und des Versicherungswesens gebraucht und eingesetzt. Es bezeichnet die zielwirksame Gestaltung und Handhabung von Versorgungs-, Behandlungs-, Unterstützungs- und Hilfeprozessen sowohl auf der Ebene der Organisations- und Prozesssteuerung (care management), als auch auf der Ebene der individuellen Fallführung. Case Management wird insbesondere für eine integrierte und vernetzte Leistungserbringung und für die Verbindung von systemgesteuerten Dienstleistungen mit der Selbstbestimmung und aktiven Beteiligung von Nutzern angefordert.

Die Zeitschrift widmet sich dieser Thematik umfassend. Ihre Leserschaft sind die Fachkräfte im Case Management, die Einrichtungen der Ausbildung und Weiterbildung im Case Management, die Leistungsträger und Dienstleister, die das Verfahren anwenden oder es implementieren wollen, sowie die politischen Entscheider in der Sozialwirtschaft und Gesundheitswirtschaft und in der Reform der Versorgungssysteme, ihrer Strukturen und Prozesse. Ihren Lesern im deutschsprachigen Raum nutzt die Zeitschrift mit der zeitnahen Vermittlung von Erkenntnissen und Erfahrungen auf dem Gebiet von Care und Case Management. Mit Beiträgen zur Konzeptentwicklung und aus der Anwendungspraxis hält die Zeitschrift die Fachwelt über den state of the art auf dem Laufenden. Das Spektrum der Information, die geboten wird, reicht von Modellen und Projekten, die vorgestellt werden, über Instrumente für die Praxis zu den einzelnen Schritten und in verschiedenen Einsatzgebieten des Verfahrens, über Forschungsergebnisse, Tagungsberichte und Veranstaltungshinweise bis zur Kommentierung von Vorhaben und neuen gesetzlichen Regelungen in den deutschsprachigen Ländern, auf europäischer Ebene und von internationalen Entwicklungen auf dem Gebiet von Care und Case Management.

Die Zeitschrift ist Organ der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management.

Herausgeber/innen

Mona Frommelt, Hans-Weinberger-Akademie, München
 Dr. Anna Hegedüs, Berner Fachhochschule, Bern
 Prof. Dr. Michael Klassen, Hochschule RheinMain
 Prof. Dr. Thomas Klie, Institut AGP Sozialforschung
 Prof. Dr. Peter Löcherbach, Katholische Hochschule Mainz
 Prof. Dr. Hugo Mennemann, Fachhochschule Münster
 Prof. Dr. Michael Monzer, Institut AGP Sozialforschung
 Prof. Dr. Claus Reis, Frankfurt University of Applied Sciences
 Prof. Dr. Wolf Rainer Wendt, DHBW Stuttgart, Universität Tübingen

Schriftleitung (V.i.S.d.P.)

Prof. Dr. Thomas Klie, Institut AGP Sozialforschung

Fachbeirat

Prof. Dr. Michael Ewers, MPH, Charité-Universitätsmedizin Berlin
 Marius Greußel, Alice Salomon-Hochschule Berlin-Hellersdorf
 Prof. Dr. Martin Schmid, Hochschule Koblenz
 Prof. Dr. Birgit Vosseler, Hochschule Ravensburg-Weingarten

Verlag

medhochzwei Verlag GmbH, Alte Eppelheimer Str. 42/1,
 69115 Heidelberg, Annette Xandry, Tel. 06221/91496-12, Fax: -20,
 annette.xandry@medhochzwei-verlag.de

Anzeigen

Sabine Hornig, Tel. 06221/91496-15,
 sabine.hornig@medhochzwei-verlag.de,
 Alina Machka, Tel. 06221/91496-17,
 alina.machka@medhochzwei-verlag.de

Satz

Reemers Publishing Services GmbH, Krefeld

Druck

Schleunigdruck GmbH,
 97828 Marktheidenfeld

Bezug- und Bedingungen

Jahresabonnement Inland € 116,-, Jahresabonnement Ausland € 125,-, Ermäßigt € 84,- gegen gültige Vorlage. Online-Abo € 92,-. Alle Preise inkl. Mehrwertsteuer, Versand und Zugang zum Online-Archiv. Der Abonnementpreis wird im Voraus in Rechnung gestellt und umfasst 4 Ausgaben jährlich. Kündigungen sind bis 6 Wochen vor Ende des Bezugszeitraums möglich.

Erscheinungsweise

„Case Management“ erscheint viermal jährlich, jeweils zum Ende des Quartals.

Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management (DGCC), des Netzwerkes Case Management Schweiz und der Österreichischen Gesellschaft für Care und Case Management (ÖGCC) erhalten die Zeitschrift kostenlos im Rahmen ihrer Mitgliedschaft.

ISBN 978-3-86216-888-0

Urheber- und Verlagsrechte

Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen. Alle Rechte, auch das der Übersetzung, bleiben vorbehalten.

Rechtseinräumung

Der Autor bestätigt und garantiert, dass er uneingeschränkt über sämtliche Urheberrechte an seinem Beitrag einschließlich eventueller Bildvorlagen, Zeichnungen, Pläne, Karten, Skizzen und Tabellen verfügt, und dass der Beitrag keine Rechte Dritter verletzt (dies gilt auch für die Wahrung der Anonymität des Patienten bei der Veröffentlichung von Fallberichten).

Der Autor räumt – und zwar auch zur Verwertung seines Beitrags außerhalb der ihn enthaltenden Zeitschrift und unabhängig von deren Veröffentlichung – dem Verlag räumlich und mengenmäßig unbeschränkt für die Dauer des gesetzlichen Urheberrechts das ausschließliche Recht der Vervielfältigung und Verbreitung bzw. der unkörperlichen Wiedergabe des Beitrags ein. Der Autor räumt dem Verlag ferner die folgenden ausschließlichen Nutzungsrechte am Beitrag ein:

- Das Recht zum ganzen oder teilweisen Vorabdruck und Nachdruck – auch in Form eines Sonderdrucks, zur Übersetzung in andere Sprachen, zur sonstigen Bearbeitung und zur Erstellung von Zusammenfassungen (Abstracts);
- das Recht zur Veröffentlichung einer Mikropie-, Mikrofiche- und Mikroformausgabe, zur Nutzung im Wege von Bildschirmtext, Videotext und ähnlichen Verfahren, zur Aufzeichnung auf Bild- und/oder Tonträger und zu deren öffentlicher Wiedergabe durch Radio und Fernsehsendungen;
- das Recht zur maschinenlesbaren Erfassung und elektronischen Speicherung auf einem Datenträger (z.B. Diskette, CD-Rom, Magnetband) und in einer eigenen oder fremden Online-Datenbank, zum Download in einem eigenen oder fremden Rechner, zur Wiedergabe am Bildschirm – sei es unmittelbar oder im Wege der Datenfernübertragung – sowie zur Bereithaltung in einer eigenen oder fremden Online-Datenbank zur Nutzung durch Dritte;
- das Recht zu sonstiger Vervielfältigung, insbesondere durch fotomechanische und ähnliche Verfahren (z.B. Fotokopie, Fernkopie), und zur Nutzung im Rahmen eines sog. Kopienversandes auf Bestellung.

Auf die für den Versand der Case Management erforderlichen Adressdaten haben im Rahmen der Datenverarbeitung ausschließlich der Verlag, der Kundenservice des Verlages und der Lettershop des Verlages Zugriff.