

Kinder- und Jugendmedizin



Sonderdruck

Sozialmedizinische Nachsorge

Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter

Kinder- und Jugendmedizin

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

wir hoffen, dass Sie angenehme Feiertage hatten und gut ins neue Jahr 2010 gestartet sind! Zu Beginn dieses Jahres möchten wir Ihnen einen Sonderdruck präsentieren, in dem wir die im letzten Jahr in der *Kinder- und Jugendmedizin* erschienenen Beiträge zur sozialmedizinischen Nachsorge in der Pädiatrie für Sie zusammenfassen.


Sozialmedizinische Nachsorge erfolgt im Anschluss an einen Klinik- oder Rehabilitationsaufenthalt und richtet sich an chronisch und schwerkranke Kinder und Jugendliche bzw. deren Familien. Zu ihrer Umsetzung benötigt die sozialmedizinische Nachsorge professionelle Strukturen – in Deutschland bieten dies der Qualitätsverbund Bunter Kreis und das beta Institut. Beide Institutionen haben in jahrelanger wissenschaftlicher Arbeit die theoretischen und praktischen Grundlagen erarbeitet, die den Gesetzgeber zur Neuformulierung des §43 veranlassten. Seit Anfang 2009 ist sozialmedizinische Nachsorge eine Regelleistung, die von der Gesetzlichen Krankenversicherung übernommen werden muss.

Für wen die Nachsorge infrage kommt, welche Vorteile sie bietet und weitere wichtige Informationen rund um das Thema finden Sie auf den folgenden Seiten.

Im Anschluss daran möchten wir Ihnen einen Einblick in eine andere Problematik geben: Suchtstörungen bei Kindern und Jugendlichen. Weltweit nehmen Suchtstörungen zu, mittlerweile gehören sie zu den häufigsten psychischen Störungen. Über Möglichkeiten der Frühintervention bei Substanzmissbrauch oder Substanzabhängigkeit und die Rolle des Haus- oder Kinderarztes beim Erkennen von Frühsymptomen informiert Sie die Leseprobe eines Kapitels aus dem Buch „Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter“ von Rainer Thomasius, Michael Schulte-Markwort, Udo J. Küstner und Peter Riedesser.

Bei Interesse stehen Ihnen weitere Informationen auf unserer Homepage www.schattauer.de oder unter www.kinder-und-jugendmedizin.de zur Verfügung. Aktuelles und wichtige Neuerungen zur sozialmedizinischen Nachsorge lesen Sie in der *Kinder- und Jugendmedizin*!

Wir würden uns freuen, Sie bald als regelmäßige Leserinnen und Leser begrüßen zu dürfen!



Katrin Widmann

Redaktion *Kinder- und Jugendmedizin*

Neu seit dem 1. Januar 2009

Sozialmedizinische Nachsorge ist Regelleistung

Sozialmedizinische Nachsorge richtet sich an chronisch und schwerkranke Kinder und Jugendliche und soll den Übergang von einer Krankenhausbehandlung in die ambulante Versorgung früh und reibungslos ermöglichen. Seit dem 1. Januar 2009 ist SN eine Regelleistung, die Gesetzliche Krankenversicherung muss sie übernehmen.

Sozialmedizinische Nachsorge (SN) erfolgt im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung oder stationäre Rehabilitation. Gesetzliche Basis ist der §43 Abs. 2 SGB V. SN ist keine häusliche Pflege, sondern eine einzelfallspezifische Koordinations- und Begleitungsleistung. Nachsorgemitarbeiter müssen Case-Management-Qualifikationen mitbringen (§ 132 c SGB V) und sollen sicherstellen, dass Betroffene alle verordneten Leistungen zeitnah wahrnehmen und mit der Krankheitsbewältigung zu recht kommen. Kontakt- und Netzwerkarbeit mit niedergelassenen Ärzten, Therapeuten, Förderstellen und Kliniken sind ebenso wichtig wie die Motivation der Patienten – der Fokus richtet sich je nach Alter des Kindes auf die Eltern, meist die Mütter.

Neue Qualität in der Versorgung

Kinderärzte reagieren am Anfang oft skeptisch auf Nachsorgeanbieter. In der praktischen Zusammenarbeit zeigt sich aber schnell der Nutzen. Dr. **Luzie Haferkorn**, Kinder- und Jugendärztin in Herzogenrath, berichtete beim 5. Augsburger Nachsorgesymposium 2007 (1): „Die Versorgung von chronisch kranken Kindern mit SN bedeutet in der Praxis, die individuelle Therapie unter Berücksichtigung der psychosozialen Situation sicherzustellen. Der Informationsfluss zur Behandlung wird wesentlich verbessert, die Abstimmung der Behandler funktioniert, damit ist die ambulante Therapie effektiver. Die Eltern akzeptieren die gesamte Versorgung, die Compliance erhöht sich und Therapieziele werden besser erreicht.“

Zur Gesundheitsreform 2004 wurde SN als neue Leistung ins SGB V eingeführt: Die Kassen konnten SN „fördern“ – doch sie taten es

zögerlich, obwohl der ökonomische Nutzen der Nachsorge (kürzere Liegezeiten, weniger Arztbesuche) wissenschaftlich belegt ist (3).

Zum 1. Januar 2009 wurde SN zur Regelleistung: Die Kassen müssen die Kosten übernehmen, wenn die Voraussetzungen erfüllt sind. Zudem wurde die Altersgrenze von 12 auf 14 Jahre, in schweren Fällen auf 18 Jahre angehoben.

Voraussetzungen und Verordnung

SN kann von niedergelassenen Haus- und Kinderärzten sowie von Ärzten in Akut- und Reha-Kliniken verordnet werden. Voraussetzungen sind:

- eine chronische oder schwerste Erkrankung mit schweren Beeinträchtigungen der Funktionsfähigkeiten nach ICF oder im Finalstadium
- unmittelbarer Anschluss an eine Krankenhausbehandlung (voll-, teil-, vor- und nachstationär, ambulante Operation) oder eine stationäre Rehabilitation
- aus medizinischen Gründen, um einen stationären Aufenthalt zu verkürzen oder eine anschließende ambulante ärztliche Behandlung zu sichern

Details zur Indikation sind in der Anlage der Rahmenvereinbarung der Spitzenverbände der Krankenkassen festgelegt (2).

Nachsorgebedarf in Deutschland

Pädiatrische Nachsorge ist in den 1990er-Jahren im Raum Augsburg aus dem praktischen Bedarf heraus entstanden. „Bunter Kreis“



Frühstgeborene sind in Deutschland die größte Zielgruppe für sozialmedizinische Nachsorge (Foto: ©Bunter Kreis Augsburg/Wirth).

heißt die Nachsorgeeinrichtung, die neben gesetzlich finanzierter SN viele weitere Leistungen anbietet. Mittlerweile gibt es 52 Einrichtungen nach dem Modell des Bunten Kreises in Deutschland. Sie sind zusammengeschlossen im Qualitätsverbund Bunter Kreis (Kontakt Daten: www.bunter-kreis-deutschland.de).

Nach Berechnungen des beta Instituts, dem Studien- und Kompetenzzentrum für die Nachsorge in Deutschland, bräuchten jedes Jahr 40 000 Kinder Nachsorge, etwa 3 500 konnten 2008 versorgt werden. Das liegt daran, dass sich die meisten Einrichtungen erst im Aufbau befinden und nicht in allen Regionen Einrichtungen vorhanden sind. Ziel für eine flächendeckende Versorgung sind 100 Bunte Kreise.

Andreas Podeswik, Augsburg

Literatur

1. www.beta-institut.de/download/symposium-haferkorn.pdf.
2. www.beta-institut.de/fue_paediatrische_nachsorge.php.
3. Wiedemann T. Wirtschaftlichkeit und Effektivität verbesserter ambulant-stationärer Verzahnung durch Case Management: Eine Fall-Kontroll-Studie der Versorgung Früh- und Risikogeborener durch den Bunter Kreis. Frankfurt/Main: Peter Lang Verlag 2004.

Fallbeispiel

Familienorientierte Nachsorge für Schwerst- und chronisch Kranke

Jona und Amon sind Zwillinge, doch während sich Amon normal entwickelt, leidet Jona an einem schweren Herzfehler bei Down-Syndrom und verbrachte nach der Geburt sechs Wochen in der Klinik. Wegen des Herzfehlers trank er nicht ausreichend und gedieh schlecht. Die Trinkschwäche bestand auch bei Entlassung, die Füttersituationen dauerten lange, da er immer wieder einschlief. Aufgrund der Herzproblematik wurde Jona mit Überwachungsmonitor entlassen, weitere Operationen sind geplant.

Die Integration von Zwillingen im Alltag ist allein schon eine Herausforderung, mit einem erkrankten Zwilling wird sie noch größer. Bei zwei weiteren Geschwistern (vier und sieben Jahre) ist verständlich, dass die elterlichen Kräfte nicht ausreichen und externe Hilfen organisiert werden müssen.

Im vorliegenden Fall verordnete die Kinderklinik sozialmedizinische Nachsorge (SN). Die Mitarbeiter der Nachsorgeeinrichtung nahmen Kontakt mit Eltern, behandelndem Arzt und Bezugsschwestern in der Klinik auf. Sie analysierten den Versorgungsbedarf bezüglich medizinischer, pflegerischer, diätetischer, psychischer und sozialer Probleme und erstell-

ten den Hilfeplan zum Ende des stationären Aufenthalts: Organisation der Haushaltshilfe, Ernährungsberatung, Pflegeanleitung, Organisation von Terminen (Frühförderung und Herzambulanz), Pflegeeinstufung, Regelung des Sonderurlaubs für den Vater. Nach der Entlassung besuchte die Nachsorgemitarbeiterin die Familie regelmäßig.

Was ist Nachsorge?

Nachsorge nach dem Modell „Bunter Kreis“ ist eine Brücke von der stationären zur ambulanten Versorgung und bietet unterschiedliche Leistungen an. Hierzu zählt immer sozialmedizinische Nachsorge (SN) nach § 43 Abs. 2 SGB V, oft Patientenschulungen für chronisch Kranke und Seelsorge bei lebensbedrohlichen Erkrankungen. Je nach regionalem Bedarf kommen z.B. Ernährungsberatung, Psychotherapie, häusliche Kinderkrankenpflege, mobile Krankengymnastik oder Service für Selbsthilfegruppen hinzu.

Die aufsuchende Hilfe ist eine große Entlastung, da eine Fachkraft Kompetenz in den Alltag bringt. Hilfen sind: Anleitung mit Tipps für das häusliche Umfeld, Vorschläge zur Organisation, Hilfen bei der Koordination, Vermittlung von Krankheitsverständnis. Sobald sich die Familie in der Krankheits- und Alltagsbewältigung sicher fühlt und mit allen notwendigen Leistungserbringern vernetzt ist, zieht sich die Nachsorgemitarbeiterin zurück, bleibt aber telefonisch erreichbar.

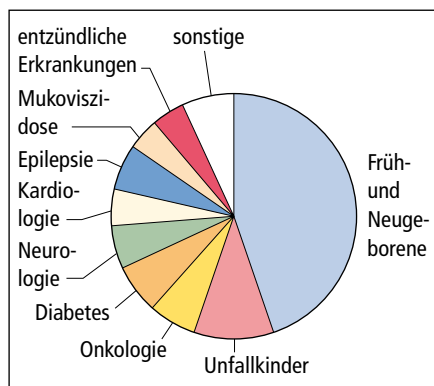


Abb. 1 Voraussichtliche Verteilung der Nachsorgediagnosen unter Berücksichtigung des Jugendlichenalters

Nutzen der Nachsorge

- Hochbelastete Patienten können früher aus der Klinik entlassen werden.
- Kinderklinik und niedergelassener Kinderarzt erhalten Hilfen zur Therapie-sicherstellung.
- Ambulante Behandler werden besser vernetzt, die Therapie wird abgestimmt.
- Die aufsuchende Hilfe entlastet und wirkt zielgenau: das Krankheitsverständnis der Patientenfamilien erweitert sich, Begleitung und schnelle Ansprechbarkeit entlasten.

Zielgruppe

Für eine Verordnung von SN muss der Patient nach der Internationalen Klassifikation der Funktionen (ICF) hoch belastet sein und Probleme bei der Krankheitsbewältigung haben. Zu den Diagnosegruppen zählen Früh- und Risikogeborene, Kinder mit schwerwiegenden Erkrankungen (Krebs, degenerative neurologische Erkrankungen, Stoffwechselstörungen, Mukoviszidose) sowie Kinder nach Unfällen oder in der Finalphase (►Abb. 1). Kennzeichen hoch belasteter Patientenfamilien sind progrediente Krankheitsverläufe, invasive, komplexe oder hoch belastende Behandlungen und psychische, soziale, sprachliche oder kulturelle Probleme.

Dipl.-Psych. Andreas Podeswik,
Dr. med. Friedrich Porz, Augsburg



Jona und Amon mit Familie ©Bunter Kreis, Augsburg/UI-rich Wirth)

Studiennachweise

Nachsorge hilft den Familien und spart Kosten

Die „Augsburger Nachsorgeforschung ANF“ hat erforscht, welche Nachsorgemaßnahmen am besten geeignet sind, die Kompetenz einer Familie in der Krankheitsbewältigung zu stärken.

Die ANF umfasst drei Projekte:

- QUIB: Qualitätsmanagement im Bunten Kreis
- Sozialwissenschaftliche und gesundheitsökonomische Evaluation des Bunten Kreises
- PRIMA-Studie: prospektive randomisierte Implementierung des Modellprojekts Augsburg

Qualitätsmanagement – QUIB

Ziel von QUIB war es, effektive und effiziente Leistungen für die Nachsorge zu identifizieren, weiterzuentwickeln und zu verbessern sowie allgemein verbindliche Standards für die Nachsorge chronisch und schwerstkranker Kinder und Jugendlichen zu entwickeln.

Die Ergebnisse flossen in das „Praxishandbuch Pädiatrische Nachsorge“ ein (1). Diese Praxisleitlinien sollen helfen, eine qualitative Nachsorge aufzubauen und können Basis für die Zertifizierung von Nachsorgeeinrichtungen werden.



Frühgeborene haben einen besonders hohen Betreuungsbedarf. Eine bereits in der Klinik beginnende und über die Entlassung ins häusliche Umfeld reichende Begleitung reduziert die Belastung der Familien deutlich (Foto: ©Bunter Kreis Augsburg/Wirih).

Sozioökonomische Studie

Die sozioökonomische Studie erstellte eine Kosten-Nutzen-Analyse der Nachsorgeleistungen für Früh- und Risikogeborene und verglich Kosten und Nutzen des Augsburger Nachsorgemodells mit herkömmlicher Versorgung Früh- und Risikogeborener. Kooperationspartner waren die Universitäts-Kinderklinik Bonn und die Kinderklinik Nürnberg.

Die Studie zeigte, dass sich sowohl die stationären Versorgungskosten durch die Verkürzung der Verweildauer als auch die ambulanten Kosten durch Nachsorge senken lassen. Die Eltern fühlten sich besser informiert und beurteilten die Zusammenarbeit mit den an der Versorgung beteiligten Institutionen besser. Nach der Entlassung fühlten sich Eltern sicherer und kompetenter in der Versorgung und hatten weniger Ängste in Bezug auf die Entwicklung ihres Kindes (3).

PRIMA-Studie

Die PRIMA-Studie sollte den Nachweis erbringen, dass familienorientierte Nachsorge die Familienkompetenz verbessert und deshalb als Maßnahme der Regelversorgung eingeführt werden sollte.

Frühgeborene (<32. SSW) in der Neonatologie der Universität Bonn und kranke Früh- und Neugeborene mit hohem Betreuungsbedarf wurden randomisiert entweder der Interventionsgruppe mit familienorientierter Nachsorge oder der Kontrollgruppe mit Standardversorgung zugeordnet.

Bei der Videointeraktionsbeobachtung mit korrigiert sechs Monaten zeigten sich bei der Interventionsgruppe signifikant bessere Scores für die emotionale Regulation der Kinder, die mütterliche Sensibilität und die Mutter-Kind-Interaktion. Zudem war die psychosoziale Belastung niedriger. Innerhalb von sechs Monaten nach Entlassung wurden die Kinder seltener wieder stationär oder ambulant in der Klinik behandelt und es waren signifikant seltener Besuche beim Kinderarzt notwendig (2).

Die Ergebnisse zeigen, dass eine frühe, schon in der Klinik beginnende und über die Entlassung ins häusliche Umfeld reichende Begleitung die Belastung der Familien reduziert. Dies könnte langfristig dazu beitragen, dass bei kleinen Frühgeborenen, die ein erhöhtes Risiko für Regulationsstörungen aufweisen, durch eine frühe interaktionsfördernde Begleitung der Mütter die Häufigkeit von Schlaf-, Schrei- oder Fütterstörungen reduziert werden könnte, was positiv zur Langzeitentwicklung dieser Kinder beiträgt.

Finanziell unterstützt wurde die Augsburger Nachsorgeforschung durch die Stiftung Wohlfahrtspflege Nordrhein-Westfalen, die Köhler-Stiftung, den Bezirk Schwaben und die betapharm Stiftung.

Dr. Friedrich Porz, Augsburg

Literatur

1. Podeswik A et al. Praxishandbuch Pädiatrische Nachsorge Modell Bunter Kreis. Augsburg: beta Institut 2007.
2. Porz F, Diedrich M, Bartmann P. Z Geburtsh Neonatol 2006; 210: 5.
3. Wiedemann T. Wirtschaftlichkeit und Effektivität verbesserter ambulant-stationärer Verzahnung durch Case Management. Eine Fall-Kontroll-Studie der Versorgungsforschung Früh- und Neugeborener durch den Bunten Kreis. Frankfurt/Main: Peter Lang Verlag 2004.

Case-Management

Details zur Verordnung

Sozialmedizinische Nachsorge (SN) dient als Regelleistung der gesetzlichen Krankenkassen zur Sicherstellung des medizinischen Behandlungserfolges bei schwerkranken Kindern und Jugendlichen in hoch belasteten Familien. Sie wird in der Regel im Anschluss an einen Krankenhaus- oder Rehabilitationsaufenthalt verordnet, überbrückt sektorenübergreifend und verkürzt den stationären Aufenthalt bzw. vermeidet eine erneute stationäre Aufnahme. Eine wesentliche Neuerung in dieser Leistung ist der aufsuchende und begleitende Charakter. Der vorliegende Artikel stellt den Zugangsweg zur SN dar.

Gesetzliche Grundlage und Bestimmung

Die gesetzliche Grundlage der SN findet sich in § 43, Absatz 2, SGB V. Nähere Ausführungen zu den Voraussetzungen sowie zu Inhalt und Qualität der Nachsorgemaßnahmen bestimmt der Spitzenverband Bund, zuletzt in der Version vom 01. April 2009.

Vor der Verordnung ist vom Arzt zu klären, ob die Bezugspersonen in ausreichendem Maße motiviert und motivierbar sind, externe Hilfestellung in Anspruch zu nehmen sowie Selbsthilfestrategien zu entwickeln. Anspruchsberechtigt sind gesetzlich krankenversicherte Kinder und Jugendliche bis zum 14., in besonders schweren Fällen bis zum 18. Lebensjahr.

Indikation

Es gibt zwei grundsätzliche Indikationen zur SN:

- Der Patient hat mehrere Beeinträchtigungen und einen hohen Interventionsbedarf. Die Beeinträchtigungen sind nach der Internationalen Klassifikation der Funktionen, Behinderungen und Gesundheit (ICF) folgenden Komponenten zuzuordnen:
 - **Körperfunktionen**, z. B. Herz-Kreislauf, Verdauung, Sinnes- oder mentale Funktionen,

- altersentsprechende **Aktivität/Teilhabe** in Familie, Kindergarten oder Schule,
- **Umweltfaktoren** wie erschwerte Organisation der Behandlung oder drohende familiäre Überforderung.
- Der Patient muss im Bereich jeder Komponente eine Problematik oder Beeinträchtigung haben.
- Der Patient befindet sich im Finalstadium, d. h. die Lebenserwartung ist auf Wochen oder wenige Monate beschränkt.

Details sind in den Bestimmungen des Spitzenverbandes Bund nachzulesen: https://www.gkv-spitzenverband.de/Sozialmed__Nachsorge.gkvnet.



Schwer brandverletzte Kinder – eine Indikation zur sozialmedizinischen Nachsorge (Foto: ©Seeyou Familienorientierte Nachsorge Hamburg)

Ablauf der Verordnung

Im Regelfall erfolgt die Erstverordnung bereits während der Krankenhausbehandlung/Rehabilitation, spätestens 14 Tage nach der Entlassung durch einen Arzt der Klinik/Reha-Einrichtung. Die ambulante Nachsorge kann schon während des stationären Aufenthaltes beginnen. Es muss nicht immer eine stationäre Behandlung vorausgehen, denn zur Krankenhausbehandlung gehören auch die vor- oder teilstationäre Behandlung sowie ambulantes Operieren.

Verordnen kann auch im Zeitraum von bis zu sechs Wochen nach der Krankenhausbehandlung der niedergelassene Arzt. Der Erziehungsberechtigte muss die Verordnung unterzeichnen. Es können mindestens sechs und höchstens 20 Nachsorgeeinheiten à 60 Minuten exklusive Fahrtzeit verordnet werden. Die Krankenkasse soll innerhalb von vier Arbeitstagen, bei Prüfung durch den medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) innerhalb von sechs Arbeitstagen, über den Antrag entscheiden. Verlängerungen um je zehn Stunden sind möglich.

Praktische Erfahrungen

Bisher wurde je nach Krankenkasse, Sachbearbeiter und MDK schnell und patientennah oder bürokratisch entschieden. Damit die bedürftigen Patientenfamilien Nachsorge erhalten, ist eine Weiterentwicklung mithilfe der Versorgungsforschung zur Nachsorgeindikation gemeinsam mit den Kostenträgern notwendig. Ziel ist es, ein praktikables Verordnungsf formular zu entwickeln, das wissenschaftliche Erkenntnisse berücksichtigt.

Ein weiteres Ziel muss die flächendeckende Versorgung mit SN sein, ein schneller Zugang zur Leistung und eine pragmatische Abwicklung der Formalitäten.

Der Qualitätsverbund Bunter Kreis bündelt überregional die Erfahrungen im Umgang mit sozialmedizinischer Nachsorge und koordiniert die notwendige Forschung und Evaluation.

Dr. Sönke Siefert, Hamburg,
Andreas Podeswik, Augsburg

Hilfe zur Problem- und Krisenbewältigung

Case Management am Beispiel der Pädiatrischen Nachsorge

Ein Beispiel: Dominik kommt durch einen Notkaiserschnitt zur Welt, die Diagnose lautet lumbale Meningomyelozele und Hydrozephalus. Die Familie muss mit dieser völlig veränderten Lebenssituation zurecht kommen: aufwendiges Pflegen durch tägliches Katheterisieren, Krankengymnastik, Monitoring der Shuntfunktion, Kontrolltermine, Organisation von Hilfsmitteln, Sozialberatung – ein großes Paket an Herausforderungen, das die gesamte Familie und insbesondere die Mutter auch psychisch belastet.

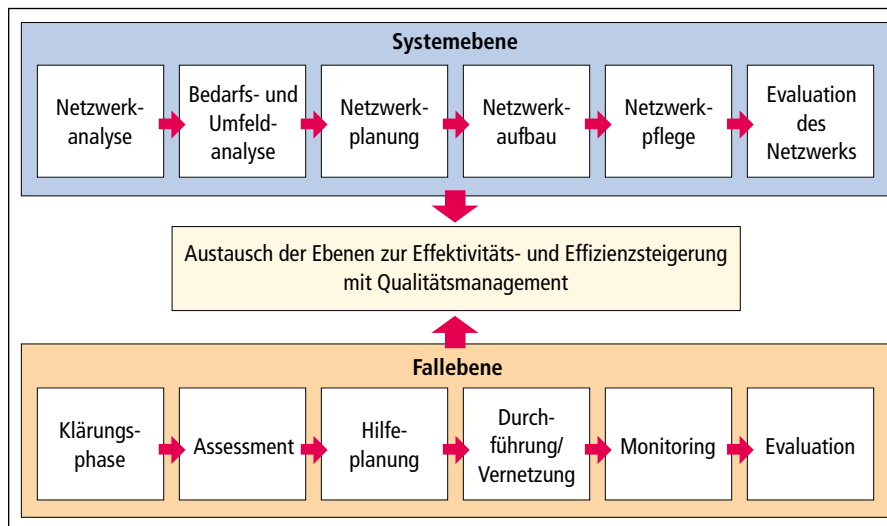
Als Hilfe ist hier sozialmedizinische Nachsorge angezeigt. Um in der komplexen Situation eine tatsächliche Entlastungen zu erzielen, arbeitet in der pädiatrischen Nachsorge ein interdisziplinäres Team mit dem Handlungsansatz Case Management (CM).

Das Handlungskonzept CM

Der Handlungsansatz des CM bietet auf der Fallebene Menschen in komplexen belasteten Lebenssituationen eine auf ihre persönliche Lebenssituation zugeschnittene Hilfe zur Problem- und Krisenbewältigung. Parallel dazu

arbeitet CM auf der Systemebene und baut ein sektorenübergreifendes Helfernetzwerk auf.

Auf beiden Ebenen wird strukturiert in mehreren Phasen vorgegangen. Mit der Familie wird ein Assessment durchgeführt und ein Belastungs- und Ressourcenprofil erstellt. Der darauf basierende Hilfeplan wird auch mit den Ärzten abgesprochen. In der Durchführung sind Vernetzung, Aufklärung, Motivation, Organisation und Anleitung wesentlich. Fortschritte werden beobachtet (Monitoring) und dokumentiert. Bei der abschließenden Evaluation wird überprüft, ob die Ziele aus dem Hilfeplan erreicht wurden und die Nachsorge abgeschlossen werden kann, oder ob ein erneutes



Typisches Kennzeichen des CM ist die Arbeit auf zwei Ebenen. Auf der Systemebene geht es um den Aufbau und die Pflege eines Netzwerks hilfreicher Einrichtungen, auf der Fallebene um die individuelle Begleitung von Patient und Familie.

Assessment durchgeführt und die Nachsorge weitergeführt werden muss.

Auf der Systemebene wird die Versorgungssituation betrachtet. Welche Leistungsanbieter sind vorhanden, welche fehlen, wie funktioniert die Zusammenarbeit? Case Manager verknüpfen vorhandene Hilfen, zeigen Defizite auf und wirken darauf hin, dass Lücken geschlossen werden.

Grundlagen des CMs sind die Rahmenempfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management (DGCC).

Zielgruppen

CM ist nur bei Patientenfamilien angebracht, die einer hohen oder komplexen Belastung ausgesetzt sind und die selbst nicht über ausreichende Ressourcen verfügen. Bei folgenden Faktoren sollte CM eingesetzt werden:

- schwerste Erkrankung, belastende Prognose (lebenslimitierend, chronisch)
- invasive oder komplexe Behandlung
- soziale Schwierigkeiten, kulturelle oder sprachliche Barrieren
- wirtschaftliche Probleme
- Familien- und Beziehungsprobleme
- psychische Probleme wie Krankheitsakzeptanz, Anpassungsprobleme, psychische Störungen

CM ist auf Zeit angelegt: Eltern müssen selbst Pflegeprofis werden oder mit Pflegediensten zusammenarbeiten, sich im Sozial- und Gesundheitswesen zurechtfinden, die Krise emotional bewältigen und die Integration im Alltag aufnehmen.

Ausbildung in CM

Case Manager haben mehrjährige Berufserfahrung in der Pflege oder Sozialberatung und verfügen in der Regel über eine DGCC zertifizierte Fortbildung (>200 Stunden). Eines der Ausbildungsinstitute mit der Spezialisierung auf CM in der Pädiatrie ist das beta Institut in Augsburg. Informationen gibt es unter http://www.beta-institut.de/fort_cm_sozial.php.

Andreas Podeswik, Augsburg und
Winfried Limbrock, Coesfeld

Aufbau einer pädiatrischen Nachsorgeeinrichtung

Auch Ärzte ergreifen die Initiative

Pädiatrische Nachsorge entlastet Familien und Kinderärzte. Doch bei Weitem nicht überall gibt es bisher entsprechende Einrichtungen. Wie entsteht eine Nachsorgeeinrichtung?

Prinzipiell kann jeder ein Nachsorgezentrum aufbauen, der sich dazu berufen fühlt und oft tragen Ärzte maßgeblich dazu bei. In Aachen ergriff z. B. die niedergelassene Pädiaterin Dr. **Lucie Haferkorn** die Initiative, in Hamburg war Dr. **Sönke Siefert** vom Kinderkrankenhaus Wilhelmstift die treibende Kraft. Der Aufbau erfordert einen langen Atem, eine klare Vision und die Fähigkeit, verschiedene Menschen zu einem Team zusammenschweißen. Die Anwendung professioneller Projektmanagement-Werkzeuge ist vorteilhaft.

Sieben Stufen

Aus der Erfahrung von über 50 Nachsorgeeinrichtungen, die in Deutschland als Bunter Kreis oder unter anderem Namen bereits gegründet wurden, lassen sich sieben Stufen feststellen, die im Allgemeinen zum Aufbau einer Einrichtung durchlaufen werden. Wenn ein engagiertes Team vor Ort gemeinsam anpackt und die Umfeldbedingungen gut sind, kann das in wenigen Monaten geschehen. Eine Aufbauzeit von ein bis drei Jahren ist die Regel.

1. **Information** über Nachsorge nach dem Modell Bunter Kreis, z. B. über Artikel, Nachsorgesymposium, Infomaterial, Internet, persönliche Recherche

2. **Workshop Nachsorge:** erarbeitet werden eine erste Bedarfsanalyse und eine Umfeldanalyse der Situation vor Ort, ein Vernetzungsprofil relevanter Kooperationspartner sowie ein regionales Nachsorgekonzept
3. **Consulting:** individuelle Beratung durch nachsorgeerfahrene Fachkräfte zur Konkretisierung und Umsetzung des Nachsorgekonzepts; dabei geht es häufig um Finanzierung, Personalentwicklung, Case Management und Netzwerkaufbau
4. **Weiterbildung:** Auswahl und Weiterbildung geeigneter Mitarbeiter für die Nachsorge, anerkannte Ausbildung in Case Management
5. **Start der Nachsorge** häufig mit einer ausgewählten Patientengruppe, z. B. Frühgeborene oder onkologische Kinder
6. **Supervision und Übertrag** vor allem in der Anfangsphase bei Konflikten im Netzwerk oder bei sehr belastenden Erfahrungen in der Arbeit mit Familien; Übertrag der Nachsorge auf weitere Patientengruppen
7. **Qualitätsentwicklung, Teilnahme am Qualitätsverbund:** alle Leistungserbringer im Gesundheitswesen sind zur Qualitätssicherung verpflichtet, Mitglieder im Qualitätsverbund Bunter Kreis erhalten ein komplettes Qualitätsmanagement



Das Nachsorgezentrum in Augsburg mit einem Anbau für Schulungen liegt direkt neben der Kinderklinik. Begonnen hat alles mit einem einzigen Büro bei der Klinikseelsorge (Foto: ©Bunter Kreis Augsburg).

Drin, dran oder draus?

Jede Nachsorgeeinrichtung entsteht aufgrund der lokalen und regionalen Gegebenheiten, sie vernetzt und ergänzt vorhandene Angebote. Eine Grundentscheidung ist, wo sie organisatorisch eingeordnet wird. „Drin-dran-draus“ erfasst die drei prinzipiellen Möglichkeiten:

- „drin“ – in einer Klinik mit der Klinik als Träger
- „dran“ – als selbstständige Einrichtung, aber direkt an der Klinik
- „draus“ – als vollkommen unabhängige Einrichtung, die mehrere verschiedene Träger haben kann

Finanzierung

Ein großes Thema ist die Finanzierung, Spenden und Sponsoring sind wesentliche Säulen. Um sozialmedizinische Nachsorge abrechnen zu können, braucht eine Einrichtung Verträge mit Krankenkassen. Hierfür muss sie zuerst als Nachsorgeeinrichtung nach § 132c SGB V anerkannt sein. Folgende Voraussetzungen sind dabei zu erfüllen:

- Personal mit Case-Management-Qualifikation
- Sicherstellung der Mobilität
- Räumlichkeiten für die Nachsorgearbeit
- Kooperation mit einer oder mehreren Kinderkliniken

Qualitätsverbund (QV) Bunter Kreis

Der QV unterstützt seine Mitglieder bei allen Schritten und stellt z. B. ein Meta-Konzept zur Verfügung, anhand dessen Einrichtungen ihre Zulassung bei Krankenkassen beantragen können. Der QV wurde 2002 gegründet. Er entstand als gemeinsames Forum für die zunehmende Zahl an Nachsorgeeinrichtungen in Deutschland und hat derzeit gut 50 Mitglieder. Gerade neue Einrichtungen profitieren vom Erfahrungsaustausch mit den Kollegen, von denen viele ebenfalls die bewegten Zeiten des Aufbaus durchlaufen haben. Mehr unter www.bunter-kreis-deutschland.de.

Andreas Podeswik, Augsburg
und Karin Gröger, Lübeck

Internationale Klassifikation

ICF(-CY) hält Einzug in der Pädiatrie

Sebastian hat „Mukoviszidose“. Ob er im Rollstuhl sitzt oder Fechtmeister des Saarlandes ist, kann mit der ICF klassifiziert werden. Die neue Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit, kurz ICF, ermöglicht eine „ganzheitliche“ Beschreibung der Problematik. Nicht die Diagnose (vgl. ICD-10), sondern die Funktionseinschränkung und Teilhabe am Alltag stehen im Vordergrund.

2001 verabschiedete die WHO die ICF als Ergänzung zur ICD-10. Die Kinderversion ICF-CY (Child and Youth) folgte 2006, die deutsche Übersetzung wird Anfang 2010 erwartet. Mit der ICF können, zu den körperlichen Beeinträchtigungen, Probleme in der alltäglichen Teilhabe und Aktivität sowie unterstützende und hemmende Faktoren aus der Umwelt abgebildet werden.

Die Krankenkassen haben die Pädiatrie zu einem Vorreiter in der Anwendung der ICF-CY gemacht, da der Antrag auf Sozialmedizinische Nachsorge (SN) mithilfe des neuen Klassifikationssystems zu erfolgen hat. Im Bereich der Rehabilitation ist die Einführung der ICF beschlossen.

WHO-Gesundheitsmodell

Gesundheit laut WHO ist ein Zustand umfassenden körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens. Eine Person ist funktional gesund, wenn

- ihr Körper als Gesamtsystem mit seinen Strukturen (Organe etc.) und Funktionen (sehen, hören, verstehen, ...) ausführen kann, was er ausführen soll,

- sie alle Aktivitäten tun kann, die sie tun möchte (reiten, schwimmen, ...) und
- sie an den ihr wichtigen Lebensbereichen (Schule, Arbeitsplatz, ...) Teilhabe hat,
- wobei der Lebenshintergrund (Herkunft, genetische Prädisposition, ...) und begleitende Umstände (Umwelt) berücksichtigt werden müssen.

Vorteile der ICF

Die ICF kann dieses umfassende Bild der Gesundheit abbilden.

Der Vorteil der ICF liegt in der Möglichkeit, Krankheitsveränderungen und ihre Auswirkungen auf die Gesundheit trotz bleibender Grunderkrankung abzubilden. Antibiotika heilen eine Mukoviszidose nicht, aber sie verbessern die Funktionsfähigkeit; z. B. kann ein Patient wieder zur Schule gehen. Die Behandlung ist erfolgreich, auch wenn sich an der Diagnose nichts ändert. Dies lässt sich mit ICF klassifizieren.

Die ICF ist international standardisiert und ermöglicht länder- und berufsgruppenübergreifende Betrachtungen und Vergleiche. Die

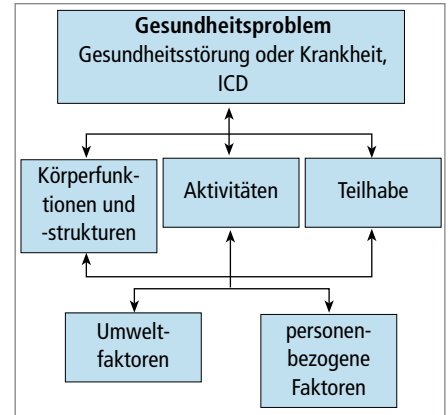


Abb. 1 ICF-Modell der Gesundheitsfaktoren und -komponenten

ICF hat zwei Bereiche, die in Komponenten mit einzelnen Kapiteln untergliedert sind (► Tab. 1; Abb. 1).

Relevanz in der Versorgung und Rehabilitation

SN ist bei chronisch/schwer kranken Kindern und Jugendlichen mit Funktionseinschränkungen und hohem Interventionsbedarf indiziert. Mithilfe der ICF-CY erfolgt eine nachvollziehbare Einschätzung, d.h. die Kostenträger bekommen Informationen über den Gesundheitszustand und die Notwendigkeit der SN.

Die ICF bildet die Grundlage zur Bewilligung von Leistungen durch die Krankenkassen. Aus Sicht der Kostenträger ist sie ein Instrument zur Messung von Schweregraden. Die WHO hat dagegen in der Kinderversion die Beurteilung von Schweregraden herausgenommen, weil diese Beurteilung aufgrund der kindlichen Entwicklung nicht vorgenommen werden kann. Somit beschreibt die ICF-CY nur das Vorliegen einer Problematik, jedoch nicht das Ausmaß.

Andreas Podeswik und Antje Otto, Augsburg

Bereich	Komponente	Kapitel
1. Körperfunktionen und Behinderung	Körperfunktion	mentale Funktionen, Sinnesfunktionen, Funktionen des kardiovaskulären Systems, ...
	Körperstruktur	Nervensystem, Auge, ...
	Aktivitäten und Teilhabe	Ausführung einer Aufgabe oder Handlung in einem Lebensbereich: Sprechen, Spielen, Lernen, ... Einbezogenheit in eine Lebenssituation oder einen Lebensbereich: Familienleben, Kindergarten, ...
2. Kontextfaktoren	Umweltfaktoren	Faktoren der materiellen, sozialen und verhaltensbezogenen Umwelt: Lebensmittel, Freunde, ...
	personenbezogene Faktoren	Attribute und Eigenschaften: Alter, Geschlecht, ...

Tab. 1

Die ICF hat zwei Bereiche, die in Komponenten mit einzelnen Kapiteln gegliedert sind.

Impressum

beta Institut
Andreas Podeswik
Projektleitung Pädiatrie,
Geschäftsführer Qualitätsverbund Bunter Kreis
Kobelweg 95, 86156 Augsburg
E-Mail: andreas.podeswik@beta-institut.de
www.beta-institut.de