



Vorausschauend planen dank Case Management

Menschen, die mit der Diagnose einer chronischen Krankheit konfrontiert sind, müssen auf eine Reihe möglicher Entwicklungen oder Komplikationen vorausschauend reagieren. Dies betrifft nicht nur das unmittelbare Symptom- und Selbstmanagement, sondern auch eine vorausschauende Orientierung über Ressourcen und Institutionen im Gesundheits- und Gemeinwesen. Im Zuge dieser vorausschauenden Planung kann ein professionelles Case Management sehr hilfreich sein. Edith Weber-Halter

Menschen und ihr Umfeld, die von einer chronischen Erkrankung betroffen sind, durchleben regelmässig Zeiten, in denen «gar nichts mehr geht». Wenn zudem noch der Begriff «austherapiert» fällt, stehen die Betroffenen vor schier unlösbaren Problemen. Ein vorausschauendes Case Management (CM) kann ab Diagnoseeröffnung ihre Situation angehen. Die häufigsten chronischen Erkrankungen sind Herz- und Kreislauf-Krankheiten, Hirnleistungsstörung (Demenz), Tumore oder psychische Krankheiten (Depressionen). Die Medizin bietet Abklärungen und symptomatische Therapien an, bis austherapiert ist. Ausser in Notfallsituationen sind die Chronischkranken häufig sich selbst und ihrem (meist überforderten) Umfeld überlassen.

Was ist CM? Es gibt (noch) keine einheitliche Definition von CM, da es viele Institutionen anbieten

und es entsprechend definieren. Auf der Website des schweizerischen «Netzwerkes CM» findet sich eine sehr ausführliche Definition: www.netzwerk-cm.ch. Einheitlich gelten die USA und das Jahr 1863 als Ursprung für CM. Der damalige Engpass bei Nahrung, Pflege und sozialer Unterstützung für arme Einwanderer führte erstmals zu systematischer Erhebung und Verteilung: CM war geboren. Das bis heute wichtigste Wesensmerkmal von CM ist die Menschlichkeit, kombiniert mit der Versicherungsidee: Solidarität über gemeinsames Tragen von Risiken.

CM ist heute ein Management-Handlungskonzept gedacht für Menschen in sozialen, wirtschaftlichen und gesundheitlichen Schwierigkeiten. CM hat zum Ziel, im Team Lösungen bei der Bearbeitung der komplexen Situation anzustreben. Dabei ist das Vorgehen methodisch, strukturiert, zielgerichtet und soll einen koordinierten Ablauf über Institutions-

Ausser in Notfallsituationen sind die Chronischkranken häufig sich selbst und ihrem oft überforderten Umfeld überlassen.

Foto: Werner Krüper



Entscheidend sind funktionierende Teamarbeit zwischen allen Prozessbeteiligten und Kontinuität der Leistungserbringung am jeweiligen Aufenthaltsort.

Foto: zVg

grenzen gewährleisten. Wie auch in der Pflege werden die Ergebnisse laufend ausgewertet, was eine jeweilige Anpassung der Planung und Umsetzung nach sich zieht.

CM bewegt sich auf drei Ebenen: die des Klienten und seines Umfeldes (Mikroebene), die der Institutionen (Mesoebene) und auf der gesellschaftlichen Ebene (Makroebene). Management, Wirtschaftlichkeit, Wirksamkeit und Effizienz garantieren aber noch kein erfolgreiches, vorausschauendes CM. Es geht um mehr: um Langfristigkeit und Nachhaltigkeit für alle Beteiligten auf allen drei Ebenen.

Risiken von CM Nach der gängigen CM-Lehrbuch-Theorie bewirkt CM Kostensenkung. Wegen des steigenden Kostendrucks gilt CM als Hoffnungsträger. Davon möchten alle profitieren: Arbeitgeber, Privat- und Sozialversicherer, Spitäler, Sozialdienste, Heime und ambulante Pflegeorganisationen. Stehen die Kosten allein im Vordergrund, droht die Idee der Menschlichkeit und Solidarität verloren zu gehen, denn die Ressourcen Zeit, Geld und Personal werden stets knapper. Folglich geht es nicht mehr in erster Linie darum, die beschränkten Mittel so verantwortlich einzusetzen, dass sie nach Bedarf und koordiniert für möglichst viele CM-Bedürftige eingesetzt werden. Case Manager, Arbeitgeber, Leistungserbringer aus Medizin und Sozialbereich sowie Politiker sollten jedoch so agieren, dass langfristig auf allen drei Ebenen sinnvoll und wirtschaftlich gehandelt wird und keine Kostenüberwälzung auf nachgelagerte Systeme stattfinden.

Schwierigkeiten der Klienten und Beteiligten im CM-Verfahren CM zählt nicht zu den Pflichtleistungen der Versicherer. Da die Aufarbeitung einer komplexen Situation schnell über 10 000 Franken kostet und sich die CM-Klienten üblicherweise nicht an den Kosten ihres CM beteiligen müssen, besteht die Gefahr einer unterschwelligen Erwartungshal-

tung an den CM-Klienten zur Erreichung von Zielen, welche nicht er, sondern Arbeitgeber, Versicherer oder die Politik vorgaben, nämlich Ressourcen, also insbesondere Renten, einzusparen. Eine weitere Schwierigkeit ist der Zugang zu CM. Die CM-Anbieter erwarten einen «return of investment», im Fachjargon als «Revi» bezeichnet. Dies bedeutet, dass vornehmlich «Revi»-fähige Klienten dem CM zugeführt werden, i. d. R. also nicht Chronischkranke, Langzeitarbeitslose, Alte, Sterbende oder Psychischkranke. Man spricht dabei in der Branche von Triage aus ökonomischen Gründen. Dies ist der Öffentlichkeit und den Betroffenen üblicherweise nicht bewusst. Es gibt derzeit einzelne, zeitlich befristete CM-Projekte für Chronischkranke.

Chancen von CM – angepasstes CM Chronischkranke benötigen in erster Linie CM, nicht nur aus Menschlichkeit, sondern auch aus volkswirtschaftlichen Überlegungen. Das von mir angepasste CM-Verfahren hat sich seit über einem Jahrzehnt erfolgreich bewährt, ist finanzierbar und schont Ressourcen auf allen Ebenen.

CM-Prozess bei einem chronisch kranken, älteren Menschen – ein Praxisbeispiel

Situation Der chronisch kranke, 74-jährige Herr Wirth leidet unter Herzproblemen, Diabetes Typ II, Übergewicht (BMI 32), diversen Hautproblemen, einem Augeninfekt, urologischen Problemen und starker Atemnot. Regelmässig führen Herrn Wirths nächtliche Stürze zu Notfall-Hospitalisationen. Nach einigen Tagen wird er in den unverändert problematischen Alltag entlassen. Wohnung und Person sind verwahrlost, «riechen» streng. Wäscheberge und unerledigte Post stapeln sich in der winzigen Wohnung. Herr Wirths Frau, selbst chronisch krank, ist dem Gatten keine Entlastung. Das Ehepaar führt ein sozial isoliertes Leben: Es ist kinderlos, mit den weiteren Familienangehörigen sind Wirths zerstritten.

In seiner Hilflosigkeit spricht der behandelnde Hausarzt einen möglichen Altersheimenritt an. Herr Wirth erklärt, er möchte eigentlich nicht mehr leben und verweigert vehement den Eintritt in eine Institution, ebenso die Hilfe der örtlichen ambulanten Pflegeorganisation. Auch Beratung durch die hinzugezogene Sozialarbeiterin lehnt Herr Wirth nach dem ersten Kontakt konsequent ab. «Die will nur, dass wir unser Vermögen ins Heim verlocken. Mich steckt man in kein Altersheim!» Herr Wirth hat keinen Berufsabschluss. Er verrichtete zeitlebens Hilfsarbeit als Staatsangestellter und lebt heute von der AHV und einer Rente aus seiner Pensionskasse sowie aus Erspartem des ehelichen Vermögens.

Lösungsansatz Seine Krankenversicherung vermittelt Herrn Wirth den Kontakt zu einer freiberuflichen Case Managerin. Dass diese ursprünglich aus der Pflege stammt und rund um die Uhr erreichbar ist, schafft Vertrauen und gibt Sicherheit.

Sinnfrage vor Zielbestimmung – Endlichkeit als Chance Die Case Managerin nimmt eine Bestandesaufnahme vor. Bevor die Ziele gemeinsam festgelegt wer-

Literatur

Weber-Halter E. (2011). Praxishandbuch Case Management. Professioneller Versorgungsprozess ohne Triage. Bern: Huber. ISBN 978-3-456-84969-0.

den, spricht sie mit Herrn Wirth und seiner Gattin die Sinnfrage für alle drei Ebenen an:

- Ebene Klient und Umfeld: Was erscheint Herrn Wirth sinnvoll für seine Zukunft? Er möchte selbstbestimmt (autonom) leben, «aber ohne diese Berge da» – er deutet auf die Stapel Wäsche und Rechnungen – störungsfrei atmen und sich besser bewegen können (Übergewicht, Herzprobleme, Atemnot).
- Ebene Institutionen: Für die Krankenkasse ist es wirtschaftlich wie menschlich sinnvoll, die wiederkehrenden Notfall-Hospitalisationen und anschliessenden Spitaltage zu vermeiden, ebenso die hohen Kosten für Medikamente, die Herr Wirth unzuverlässig oder gar nicht einnimmt. Das Spital arbeitet bereits mit der Fallkostenpauschale, so ist ein langer Verbleib für das Spitalbudget nicht erstrebenswert. Der verantwortungsvolle Hausarzt möchte seinen Patienten langfristig und abgestimmt mit den Fachkollegen behandeln. Er hat aber nicht die Übersicht über die Spezialisten, die sein Patient willkürlich aufsucht: Augenarzt, Urologe, Pneumologe, Kardiologe, Dermatologe. Herr Wirth informiert auch nicht über die zusätzlich verordneten Medikamente.
- Ebene Gesellschaft: Auch für die Gesellschaft ist es von Nutzen, wenn Herr Wirth seine komplexe Krankheitssituation angeht und die Gesundheit stabilisiert. Folgekosten, die sonst auf Krankenkassenprämien und andere Sozialausgaben (Kosten für Heimaufenthalt) überwältigt werden.

Die Endlichkeit des Lebens: Das Thema Sterben und Tod spricht die Case Managerin schon bald an. Sie berät die Eheleute Wirth beim Erstellen der persönlichen Patientenverfügung und zieht den Hausarzt dazu bei, dem Wirths vertrauen. Der Hausarzt ist verblüfft: «Sie kamen gerade im richtigen Moment. Ich hätte es nie gewagt, so offen über das Thema Sterben mit den Eheleuten Wirth zu reden.»

Aktiv am CM-Prozess beteiligte sich Herr Wirth erst, nachdem er sich der Sinnfrage gestellt und auch die (eigene) Endlichkeit thematisiert hatte.

Auswirkungen des vorausschauenden Case Managements Herr Wirth bezieht aufeinander abgestimmte Hilfeleistungen als Alternativlösung zum Heimeintritt: zuverlässige und verbindliche Pflege- und Hauswirtschaftsleistungen durch Angestellte der ambulanten Pflegeorganisation und Beratung durch die Sozialarbeiterin der Pro Senectute. Auf Initiative der Case Managerin und nach Überwindung vieler Widerstände nimmt das Ehepaar Wirth zweimal wöchentlich das Mittagessen im Heim des Quartiers ein. Nach einigen Wochen nehmen Wirths sogar am Unterhaltungsprogramm des Heimes teil, was viel Kommunikations- und Koordinationsarbeit abverlangt. Es gilt auch seitens Heimpersonal, Widerstände anzugehen: «Wirths sind so was von unzuverlässig!» Nach einigen Monaten ist die soziale Isolation der Wirths aufgeweicht. Die Leistungserbringung durch die Ärzteschaft geschieht nun koordiniert durch die Case Managerin, worauf Herr Wirths medizinische Situation sich stabilisiert. Herr Wirth darf weitere Zeit gemeinsam mit seiner Gattin

in seiner winzigen und inzwischen gemütlichen Wohnung verbringen. Dabei schonen sie das eigene Vermögen bei einer insgesamt höheren Lebensqualität als vor dem CM. Die problematische Situation von Herrn Wirth wurde mit CM systematisch angegangen: Beantwortung der Sinnfrage, Abklärung, Planung, Steuerung, Koordination der Leistungen, optimale Kommunikation unter den Beteiligten und laufende Auswertung der Umsetzung.

Das Budget der Krankenkasse wurde geschont. CM hat Ärzte und das Spitalpersonal entlastet, da (nächtliche) Hausbesuche und notfallmässige Hospitalisationen entfielen.

Auf der gesellschaftlichen Ebene bewirkte das CM bei Herrn Wirth, dass die (beschränkten) Heimplätze so lange wie möglich anderen zur Verfügung standen.

Rolle des CM in einer vorausschauenden Planung auf allen Ebenen

Herrn Wirths Beispiel zeigt, wie CM auf allen drei Ebenen wirken kann. Jeder Mensch möchte selbstbestimmt (autonom) leben. Entscheidend sind funktionierende Teamarbeit zwischen allen Prozessbeteiligten und Kontinuität der Leistungserbringung am jeweiligen Aufenthaltsort: Mediziner und Pflegende, Spital, Heim, Zuhause. Beteiligte, Betroffene und Angehörige bilden ein Netzwerk. Die Case Managerin muss diesen Prozess, speziell den der heiklen Kommunikation, steuern und darf dabei nicht vor den entscheidenden Fragen nach Sterben und Tod, nach Wünschen und Ängsten, nach schwindenden finanziellen Ressourcen und nach Eigeninteressen zurückschrecken. Sie kann als Aussenstehende vieles ansprechen, was sonst – aus falsch verstandener Rücksichtnahme – ungesagt oder ungefragt geblieben wäre. Klarheit und Realitätsbezug sind aber nötig, damit die Beteiligten und die Ressourcen entlastet werden. Meine Arbeitsweise mag nicht lehrbuchkonform sein, aber sie spart Kosten, obwohl ich Klienten betreue, die gerade aus Angst vor ausufernden Kosten üblicherweise austriagiert werden und kein CM erhalten.

Austriagiert – was nun? Für die austriagierten CM-Bedürftigen kann sich die Pflegende, ein Sozialarbeiter, Angehörige oder die betroffene Person selbst mit der Teamleiterin ihrer Versicherung, mit ihrem Sozialdienst, mit Pro Infirmis, Pro Senectute oder Politikern, welche Gesundheitsanliegen vertreten, in Verbindung setzen und das Anliegen sowie den CM-Bedarf vorlegen. Ich befürworte eine Kostenbeteiligung durch die CM-Klient/innen. Damit übernehmen sie erfahrungsgemäss auch Verantwortung, was den CM-Prozess eindeutig unterstützt und beschleunigt. Chronische Erkrankungen gehen üblicherweise mit langen Krankheitsphasen einher. Aufgrund der zu erwartenden epidemiologischen und demografischen Entwicklung der nächsten Jahrzehnte wird CM als multiprofessionelles Versorgungskonzept für vorausschauendes Planen auf allen drei gesellschaftlichen Ebenen für die Lösung der sozialen, wirtschaftlichen und gesundheitlichen Probleme in der Gesellschaft an Bedeutung gewinnen. ■



Edith Weber-Halter ist ausgebildete Pflegefachfrau, Gesundheitschwester und bildete sich zur Case Managerin FH weiter. Sie führt die Fachstelle Prävention und Chancen Management, arbeitet als freiberufliche Case Managerin und ist Dozentin für CM an der Berner Fachhochschule Fachbereich Gesundheit. info@chancenmanagement.ch

Fachstelle Prävention und Chancen Management

Die Fachstelle Prävention und Chancen Management ist eine bis heute in der Schweiz einzigartige private und von jeglicher politischen und wirtschaftlichen Lobby unabhängige Schaltstelle. Diese bezweckt, Case Management für alle drei Ebenen ganzheitlich und langfristig umzusetzen und fördert angepasste Handlungskonzepte zwischen allen Beteiligten im Case Management. Von Anfang an bis heute leitet Edith Weber-Halter die Fachstelle nach strengen ethischen Grundsätzen.

Netzwerk Case Management Schweiz
www.chancenmanagement.ch