

Sozialmedizinische Nachsorge Das Modell Bunter Kreis



1. Rheinland-Pfalz-Symposium
Mainz 21.4.2007

Dr. Friedrich Porz

2. Klinik für Kinder und Jugendliche Klinikum Augsburg
Bunter Kreis Augsburg

beta Institut für sozialmedizinische Forschung und Entwicklung Augsburg

- Case Management in der Nachsorge nach dem Modell Bunter Kreis
- Daten der randomisierten Studie zur Nachsorge: PRIMA-Studie
- Implementierung von Nachsorge nach § 43,2 SGB V



Was ist Case Management?

Definition „Bunter Kreis“

Eine am Bedarf und an den Bedürfnissen der
Familie orientierte

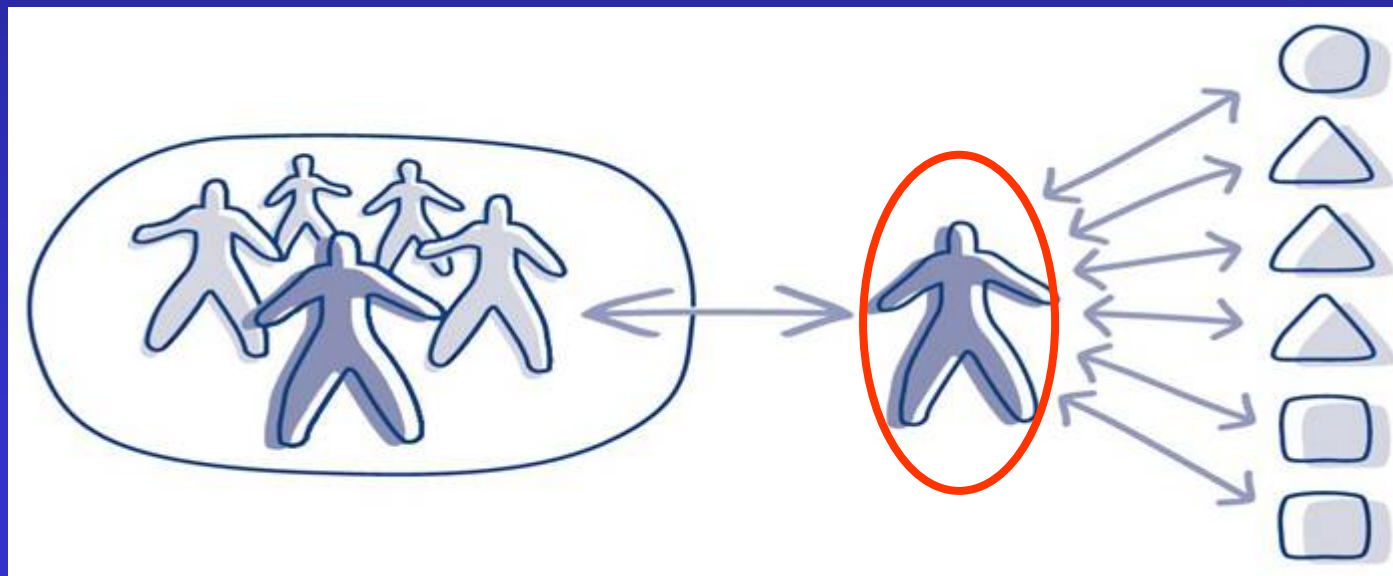
**Begleitung,
Unterstützung und
Vernetzung**

die hilft mit der Erkrankung des Kindes und den
veränderten Lebensbedingungen der Familie
zurecht zu kommen.

Vom
Bedarf zum
Bedürfnis

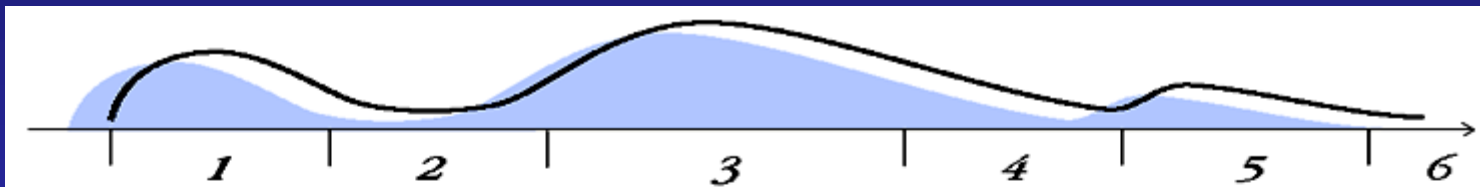


Der Case Management Ansatz



Kontinuität der Betreuung im CM

Diagnosephase Behandlungsphase Entlassphase, Vorbereitung und Wiedereingliederung nach Hause eventuelle Krise Ende der Nachsorge



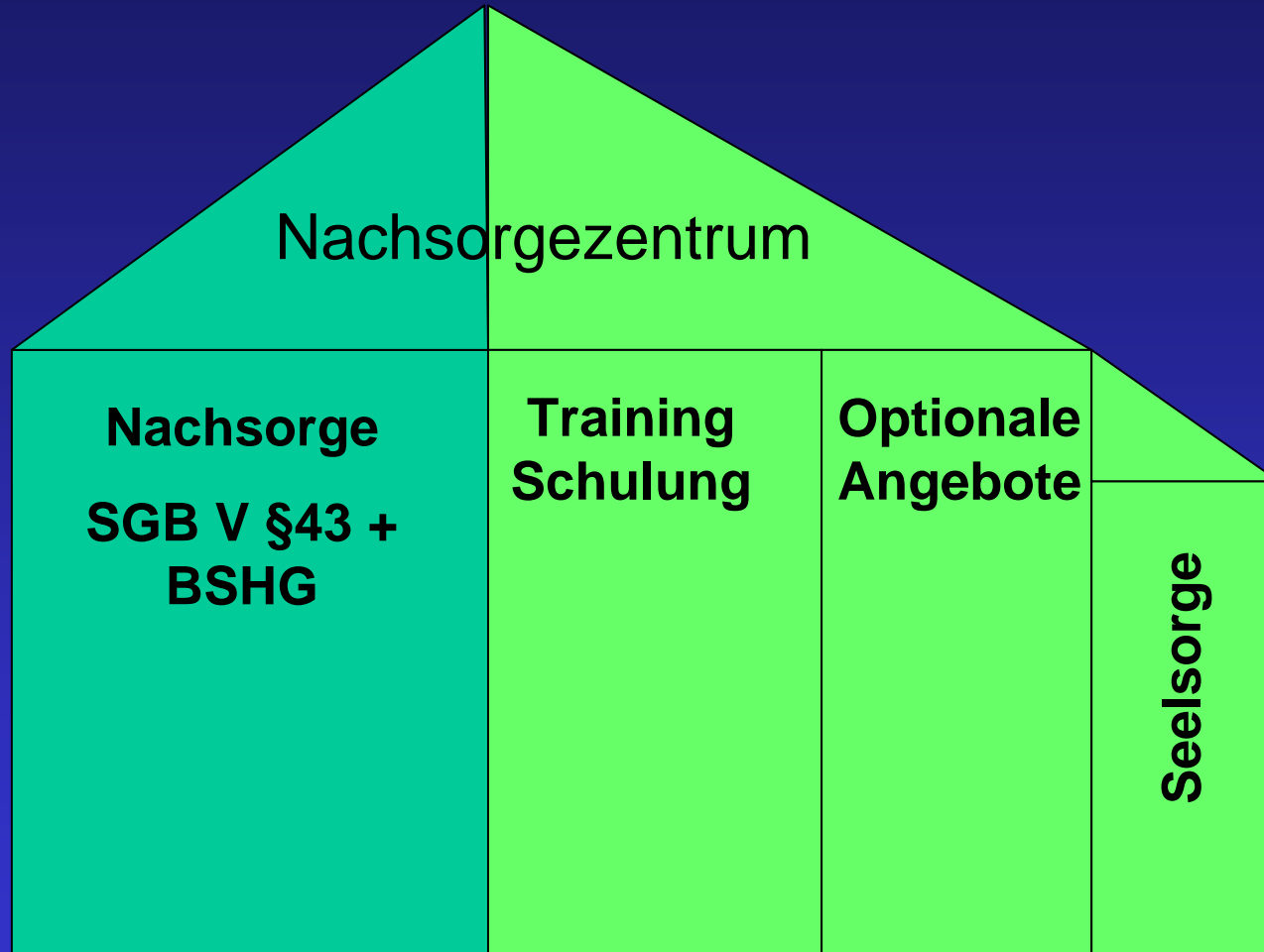
Betreuungsintensität der Case Managerin

- 1** Je früher der erste Kontakt in der klinischen Behandlungsphase zur Familie ist, desto wahrscheinlicher ist eine tragfähige emotionale Bindung zur Familie.
- 2** Während der klinischen Behandlung betreut die Case Managerin mit gelegentlichen Kontakten die Familie.
- 3** In der auslaufenden klinischen Phase aktiviert sich die Rolle der Case Managerin. Sie bereitet mit dem klinischen Arzt, dem niedergelassenen Arzt, den Angehörigen und weiteren notwendigen Helfersystemen die Wiedereingliederung nach Hause vor.
- 4** Ist diese Wiedereingliederung mit den Helfern gelungen, zieht sich die Case Managerin aus der Betreuung so weit zurück, daß die Eltern wissen, in ihr bleibt nach wie vor ein Ansprechpartner für Komplikationen.
- 5** Kommt es zur Komplikation, steigt die Case Managerin spontan ins Krisenmanagement ein, wieder mit dem Ziel,
- 6** die Familie in die Selbständigkeit zu entlassen.

Idee einer Brücke

„Von der Klinik ins Kinderzimmer“

Vorausgehende Versorgung



Nachfolgende Versorgung

Sektorenübergreifende Versorgung

Interdisziplinäre Teams des Bunten Kreises Augsburg



Ziele des CM

- Aufbau von Kompetenz in der Krankheitsbewältigung und Selbstversorgung
- Motivierung der Eltern und Patienten im Sinne des Empowerments
- Unterstützung im „Dschungel“ der Leistungsanbieter
- Verbesserung der medizinischen und psychosozialen Versorgung
- Verbessertes Einsatz der Ressourcen im Sozial- und Gesundheitswesen
- Kosteneinsparung

Notwendigkeit einer Begleitung

Bundesweite Kindernetzwerk-Umfrage 2007

	Nein
Wurden Ihnen bei der Information über das Krankheitsbild Hilfen zur Verarbeitung gegeben?	77,7 %
Wurden Sie auf potentielle Helfer bei der Krankheitsverarbeitung hingewiesen?	72,3 %
Wurden Sie gut beraten?	56,5 %

Notwendigkeit einer Begleitung

Bundesweite Kindernetzwerk-Umfrage 2007

Wurden Sie ausreichend informiert über:	Nein
Maßnahmen zur Familienentlastung	66,6 %
Pflegerische Versorgung	54,9 %
Frühförderung	40,2 %
Pflegeversicherung	54,1 %
Behindertenrecht	41,6 %

Warum CM bei Frühgeborenen?

Probleme nach der Entlassung:

- Häufige Kontrolltermine
- Therapien
- Unsichere Prognose, Ängste der Eltern
- Fütter- und Gedeihstörungen
- Interaktions- und Regulationsstörungen:
Ess-, Schrei- und Schlafprobleme
- Monitorüberwachung

Theoretische Grundlagen für eine frühe Begleitung

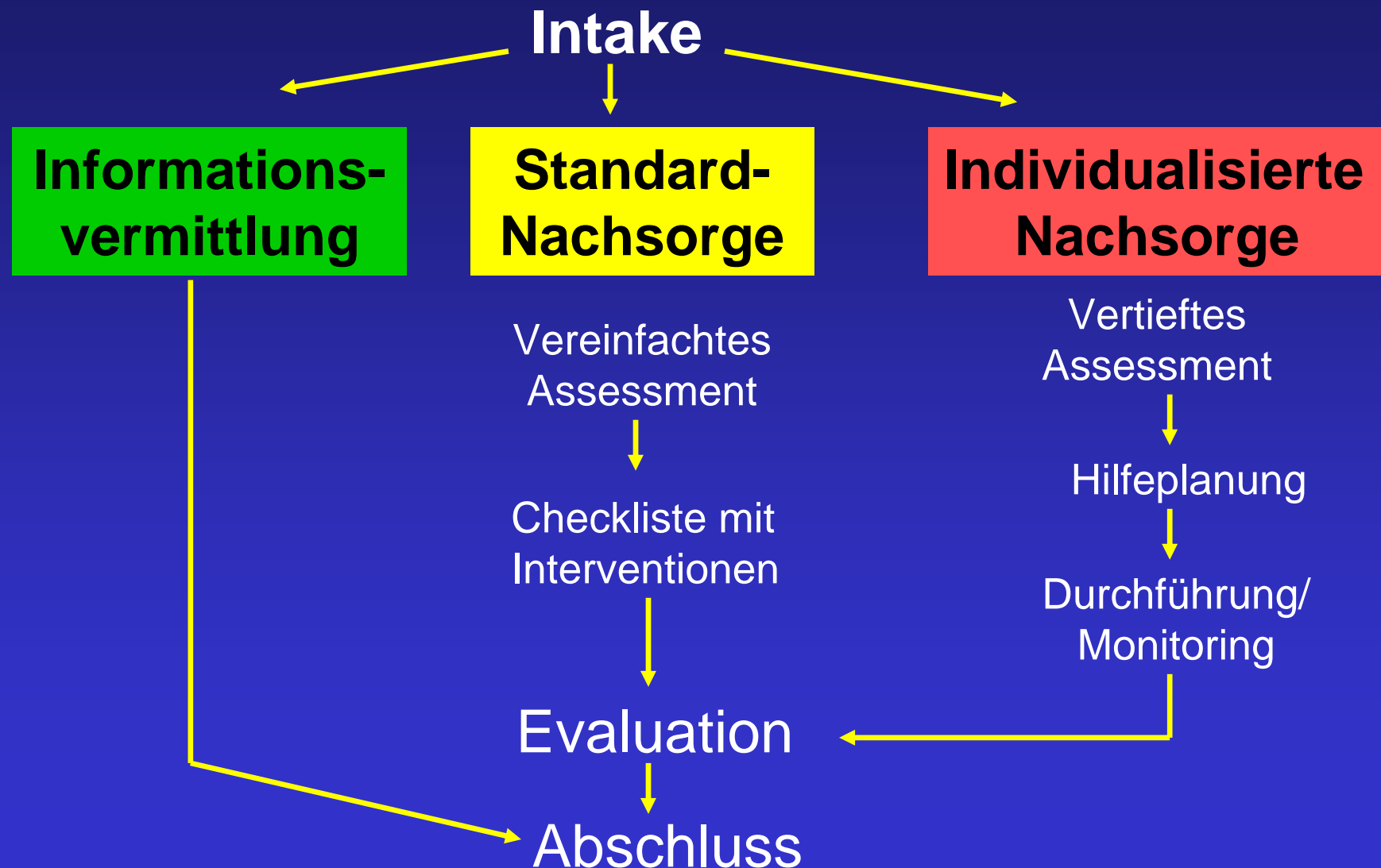
- Bindungstheorie: Bowlby, Brisch, Sarimski
Exploration nur bei Bindungssicherheit
- Feinfühligkeit: Ainsworth, Grossmann
Angemessene und kontingente
Reaktionen auf die Signale des Kindes
- Systemisch-ökologischer Ansatz: Schlack, Speck
Bewältigung der spezifischen Belastungen

Kriterien für Nachsorge bei Früh- und Risikogeborenen

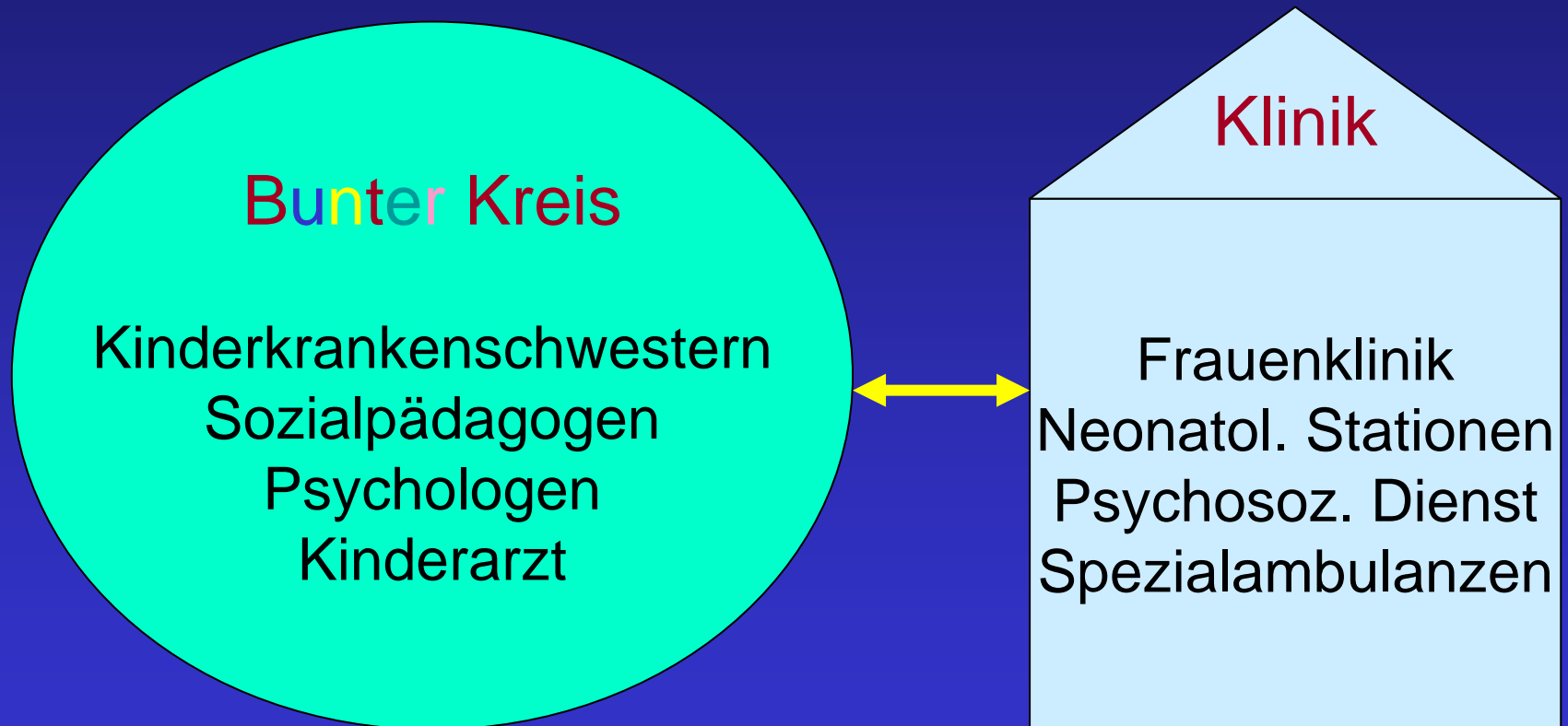
- Alle Frühgeborene unter 30 SSW
- Alle Frühgeborene unter 1500 g
- Früh- und Neugeborene mit schwerwiegenden Fehlbildungen oder Erkrankungen
- Familien mit hoher psychosozialer Belastung



Differenzierterer Nachsorgeablaufplan



Das Nachsorgeteam

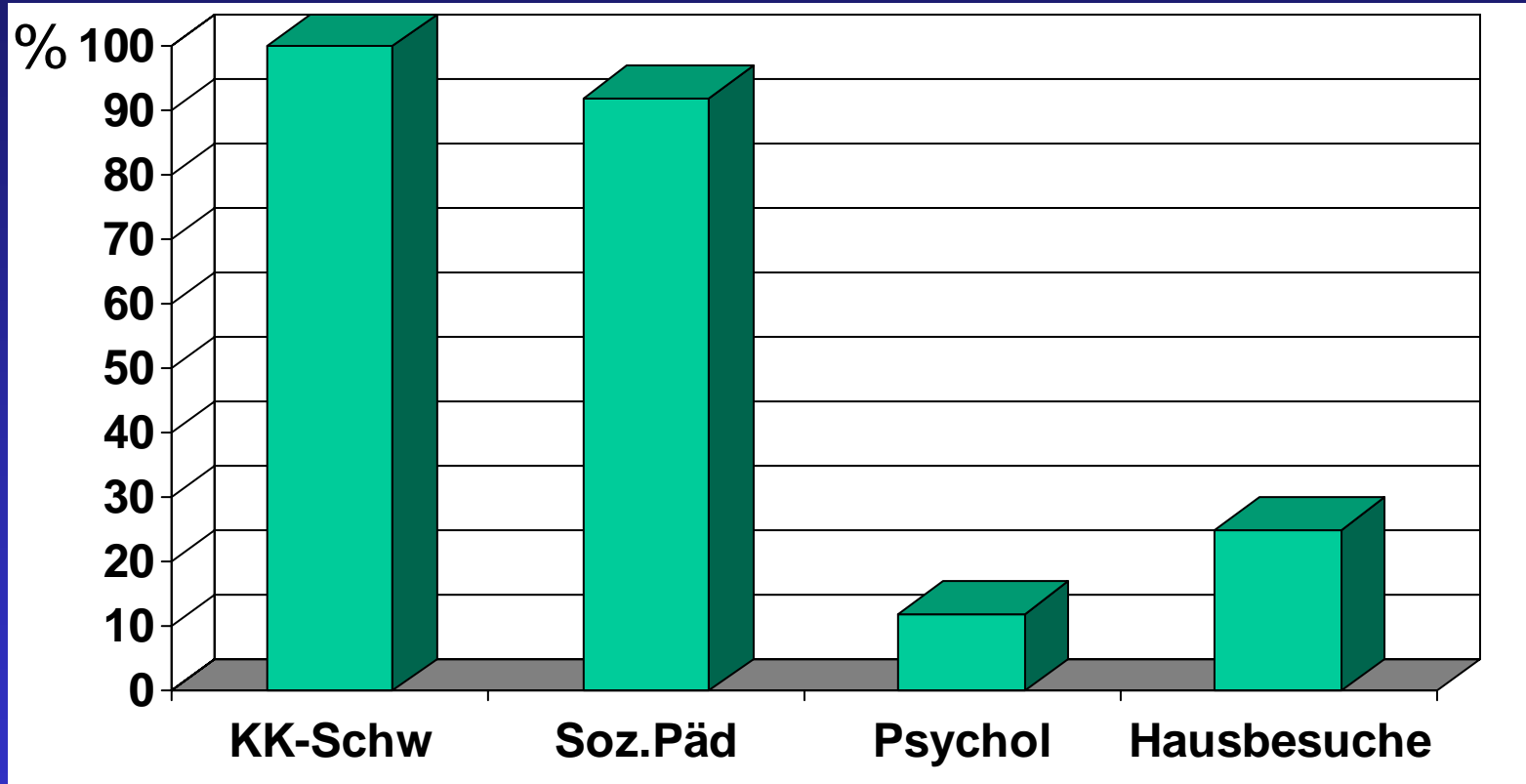


Case Management in der Begleitung von Eltern von FG

- Informationsvermittlung
- Anleitung
- Interaktionsförderung
- Stärkung des Vertrauens
in die eigene Kompetenz
- Evaluation der Ressourcen
und des Hilfebedarfs der Familie
- Psychosoziale Beratung
- Vernetzung
- Hausbesuche



Begleitung und familienorientierte Nachsorge bei Früh- und Neugeborenen



Dauer der Begleitung und Nachsorge im Mittel 20 Stunden
im Zeitraum bis zu 6 Monaten nach Entlassung

Vorteile für den **Kliniker** aus der Nachsorge:

- Sicherstellung der Qualität der Nachbetreuung
- Bessere Vernetzung: Nutzung der Hilfsangebote
- Rückmeldung aus dem Nachsorgeteam: bessere Information über das Kind nach Entlassung
- Verbesserung der psychosozialen Betreuung der Familien
- Interdisziplinäre Zusammenarbeit: „Blick über den Zaun“
- Gestaltungsmöglichkeiten im Care Management

Vorteile für den **niedergelassenen Kinderarzt:**

- Sicherstellung der Nachbetreuung
- Schnellere Information aus der Klinik
- Bessere Zusammenarbeit mit der Klinik
- Hilfe bei der Vernetzung
- Rückmeldung aus dem Nachsorgeteam über das Kind
- Entlastung: weniger Hausbesuche, Betreuung von chronisch kranken Kindern wird erleichtert

PRIMA-Studie:

Prospektive **R**andomisierte **I**mplementierung des **M**odellprojekts **A**ugsburg“

Uni-Kinderklinik Bonn Randomisierte Studie

Familien
ohne
Nachsorge
(Kontrollgruppe)
N = 54

3 Messzeit-
Punkte: vor
Entlassung,
6 & 18 Monate

Familien
mit
Nachsorge
(Intervention)
N = 55

3 Messzeit-
Punkte: vor
Entlassung,
6 & 18 Monate

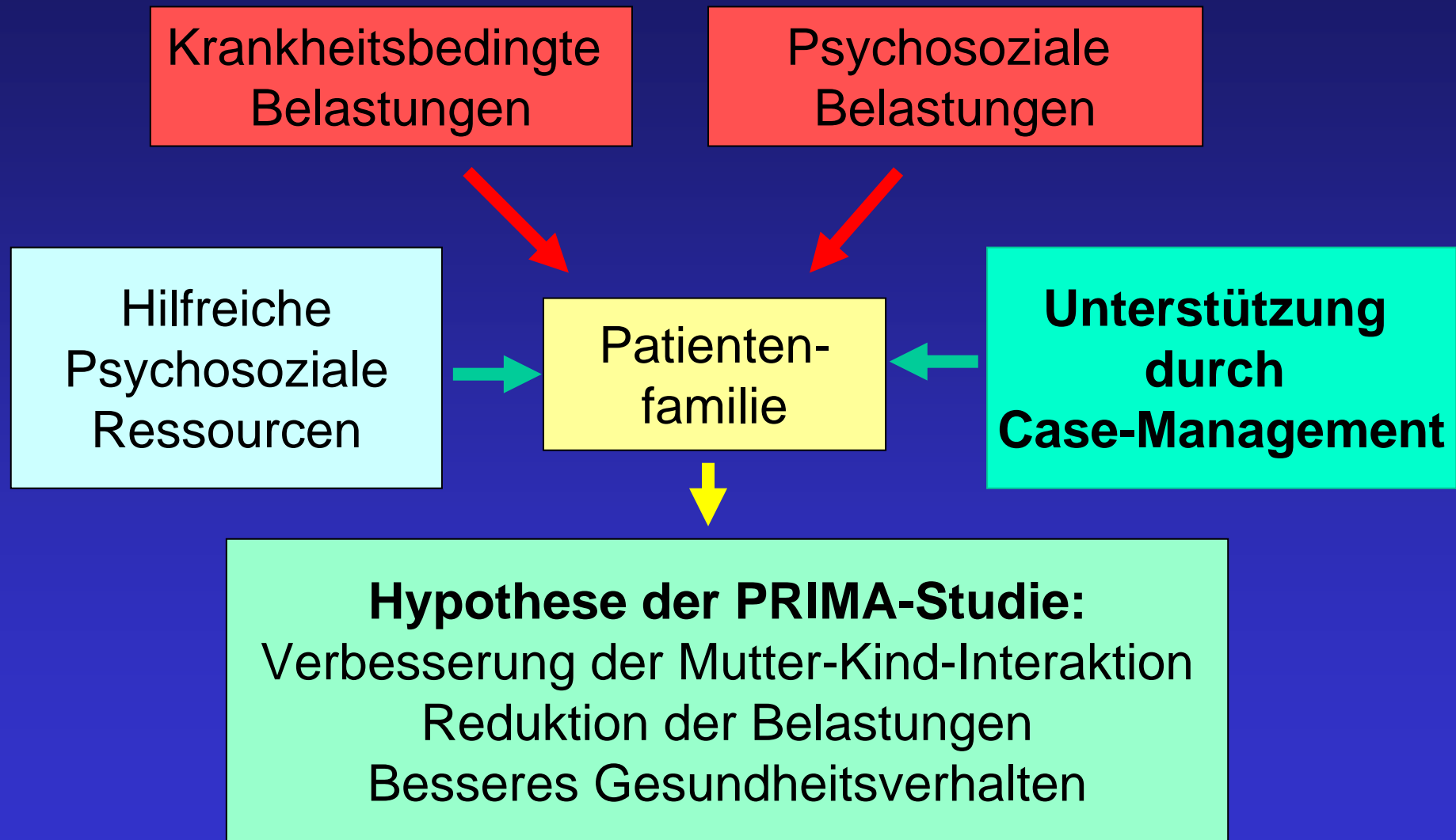
Klinikum Augsburg Implementierungsstudie

Familien
mit
Nachsorge
N = 91

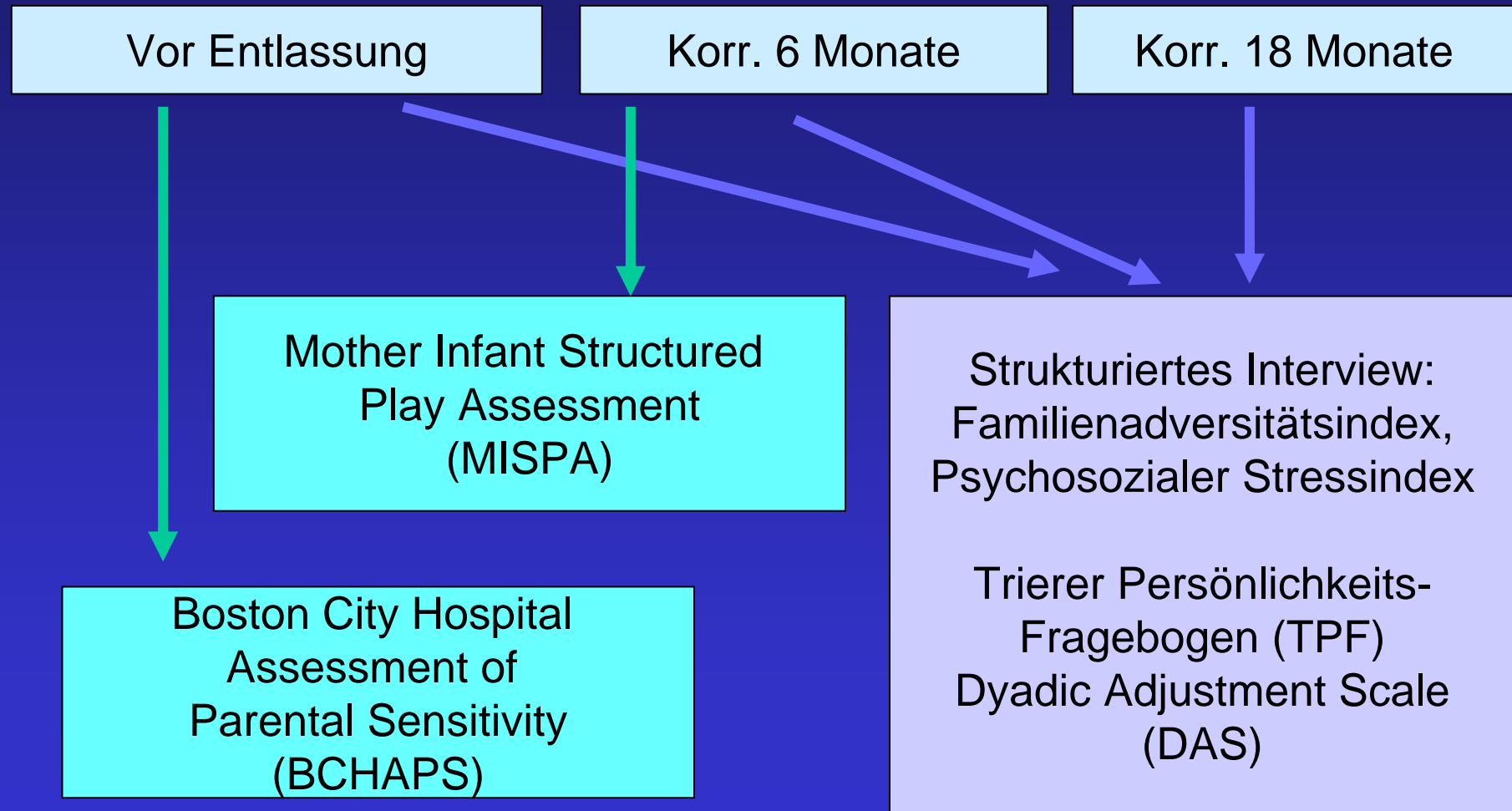
3 Messzeit-
Punkte: vor
Entlassung,
6 & 18 Monate

Einschlusszeitraum 1.1.2002 – 31.12.2003

Fragestellung

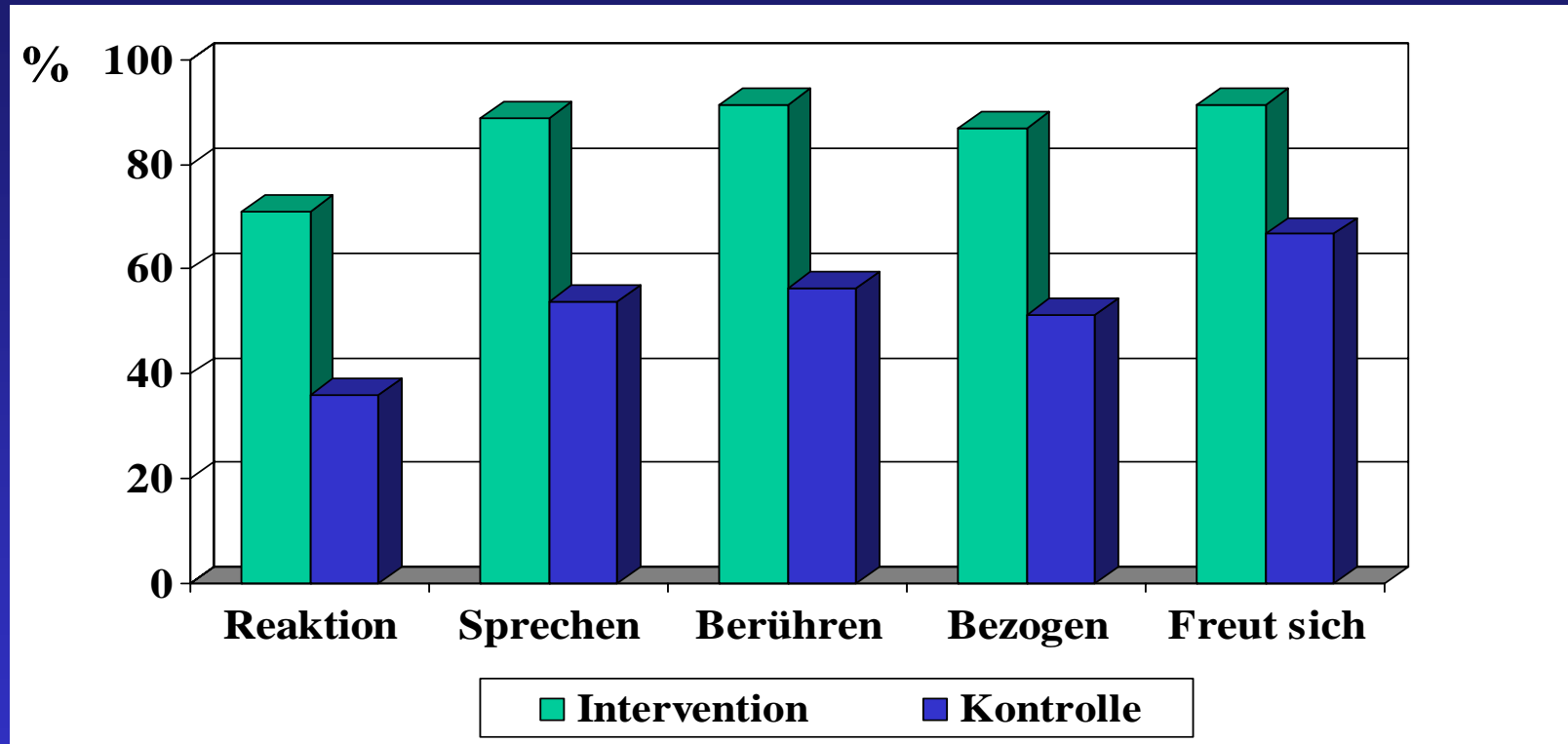


Instrumente und Zeitplan



BCHAPS

Boston City Hospital Assessment of Parental Sensitivity



Anteil der Mütter mit maximaler Punktzahl von 5 je Item

Mittelwerte Gesamtskalen Intervention 60,07

Mittelwerte Gesamtskalen Kontrolle 50,24 p 0,002

MISPA

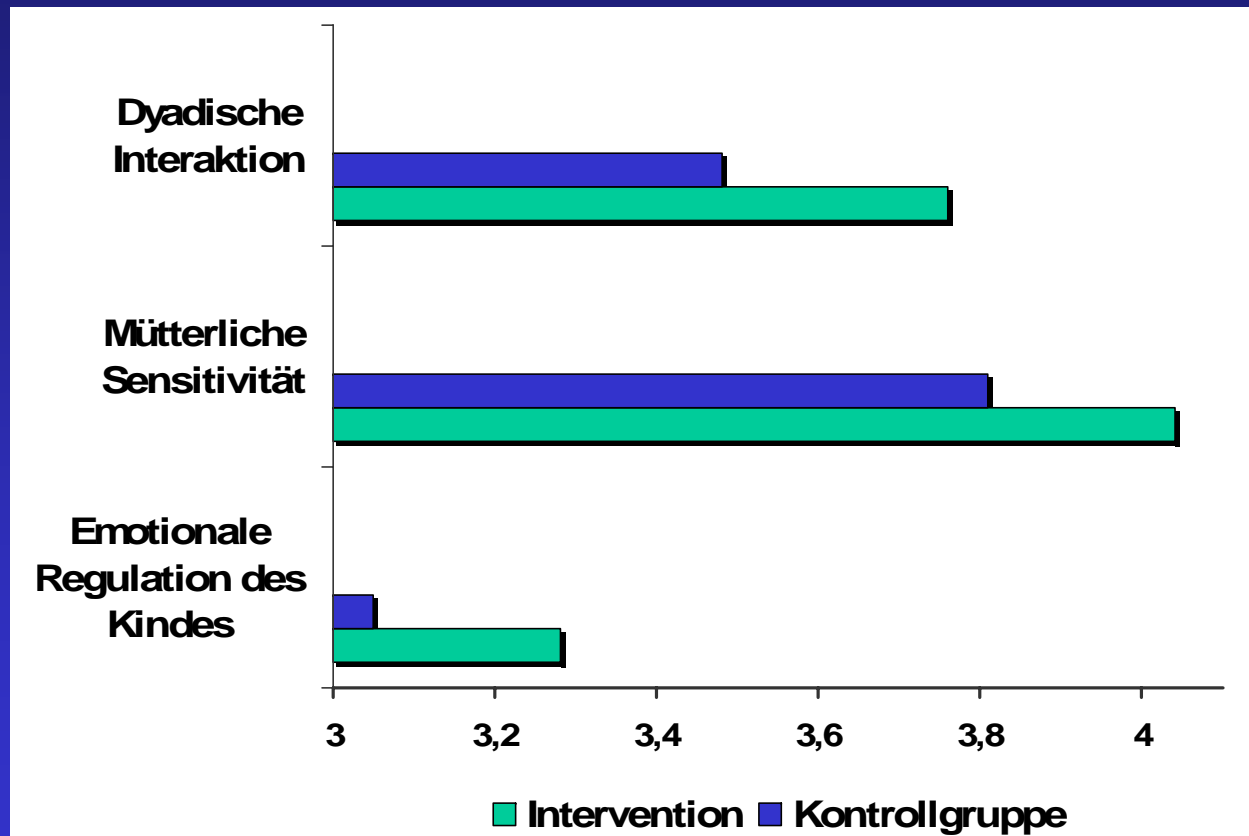
Mother Infant Structured Play Assessment, Wolke

Videoaufnahmen der Mutter-Kind-Interaktion in fünf Spielsequenzen:

- Strukturiertes Spiel 2.5 Minuten
- Freies Spiel 2.5 Minuten
- Aufmerksamkeitsweckung 1 Minute
- Still Face 1.5 Minuten
- Reunion (freies Spiel) 1.5 Minuten

MISPA

Skalenwerte für Episode 5 (Reunion)



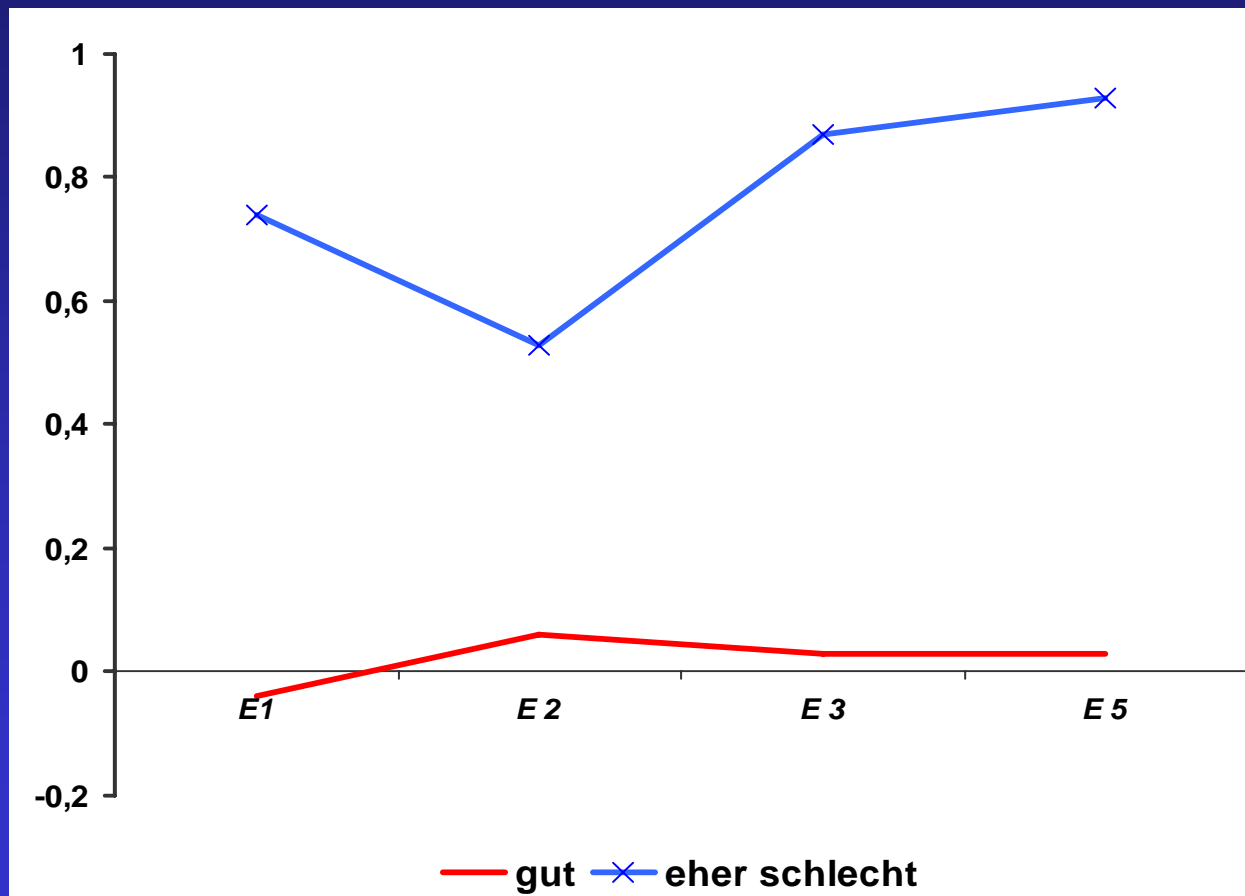
Score 0-5

jeweils $p < 0.05$

MISPA: Mutter Skalen

Mütterliche Sensibilität

Gesundheitszustand des Kindes bei Entlassung

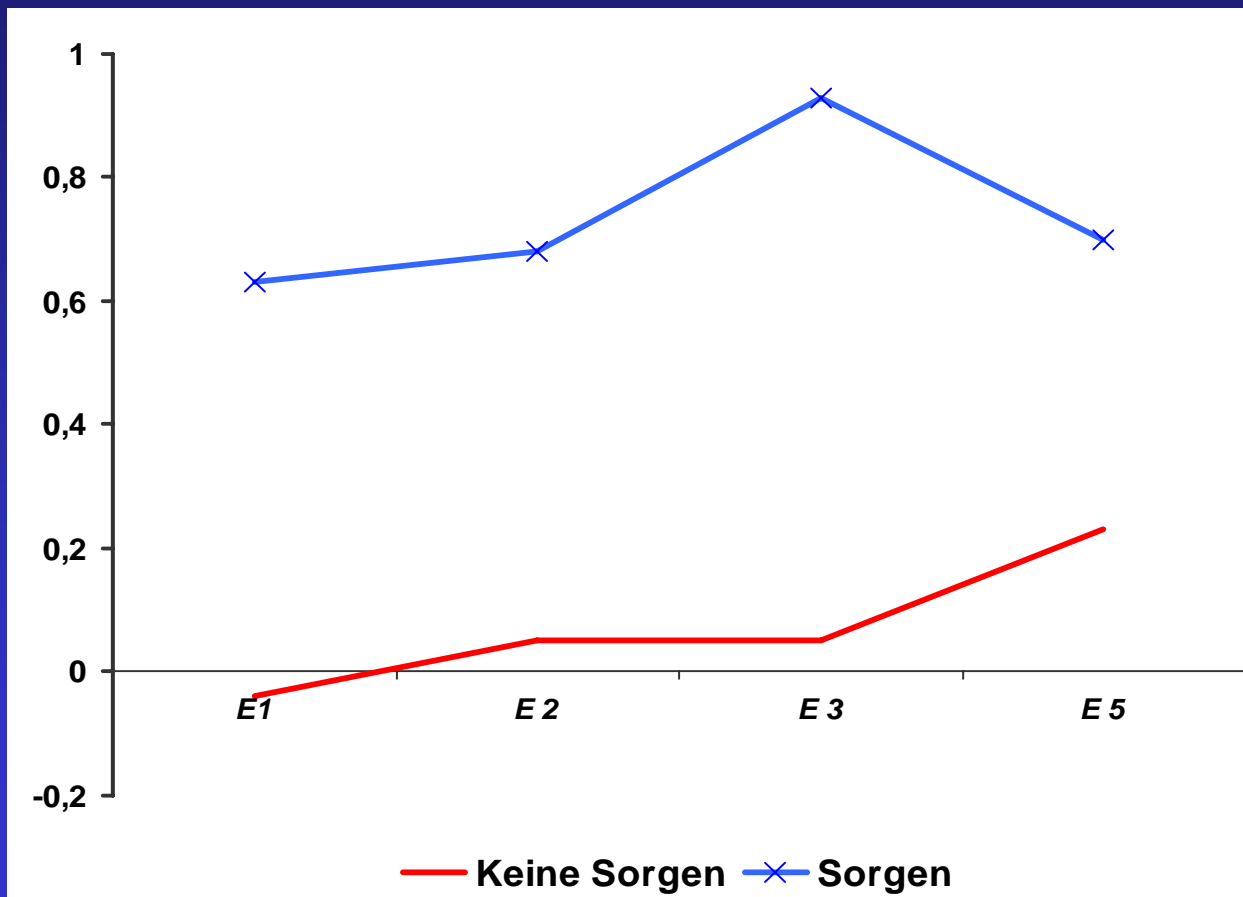


Differenz
Intervention –
Kontrolle

MISPA: Mutter Skalen

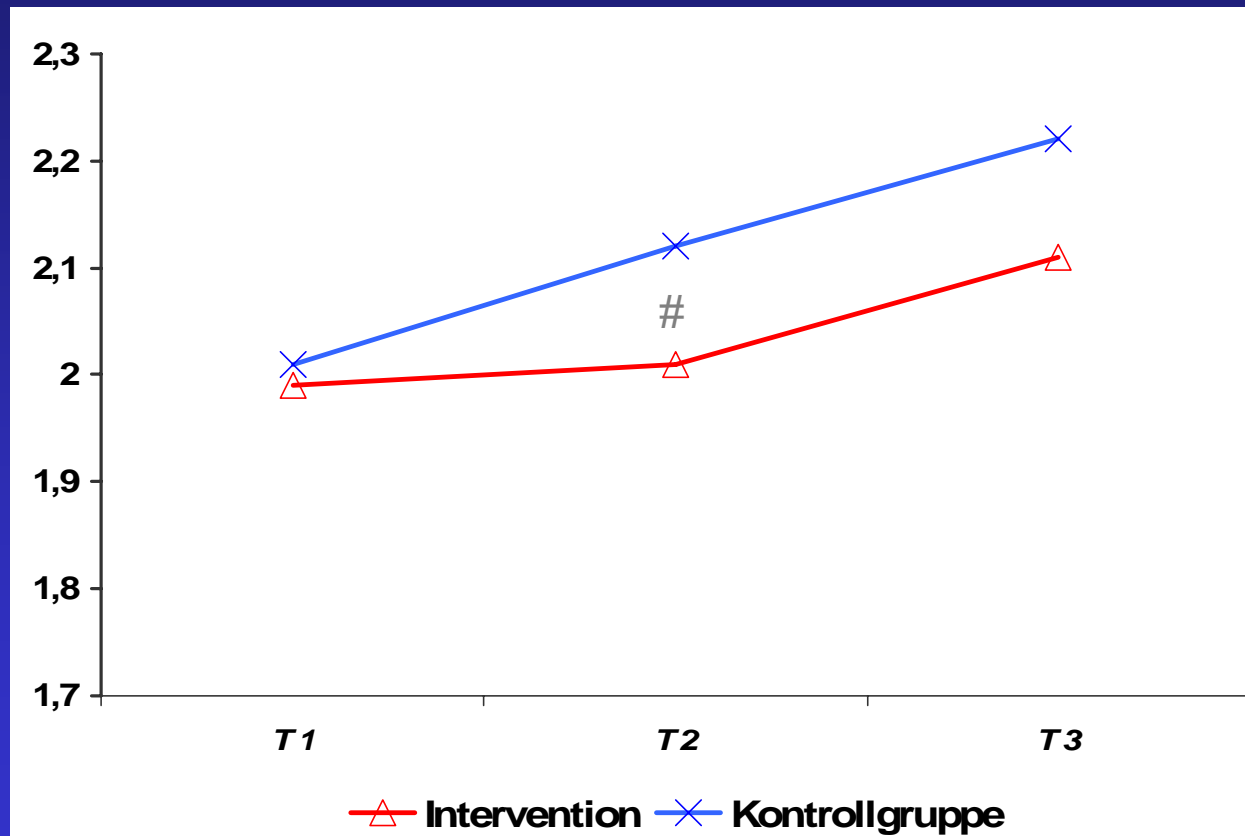
Mütterliche Sensibilität

Sorgen, den Ansprüchen gerecht zu werden bei Entl.



Differenz
Intervention –
Kontrolle

Elterliche Übereinstimmung Dyadic Adjustment Scale

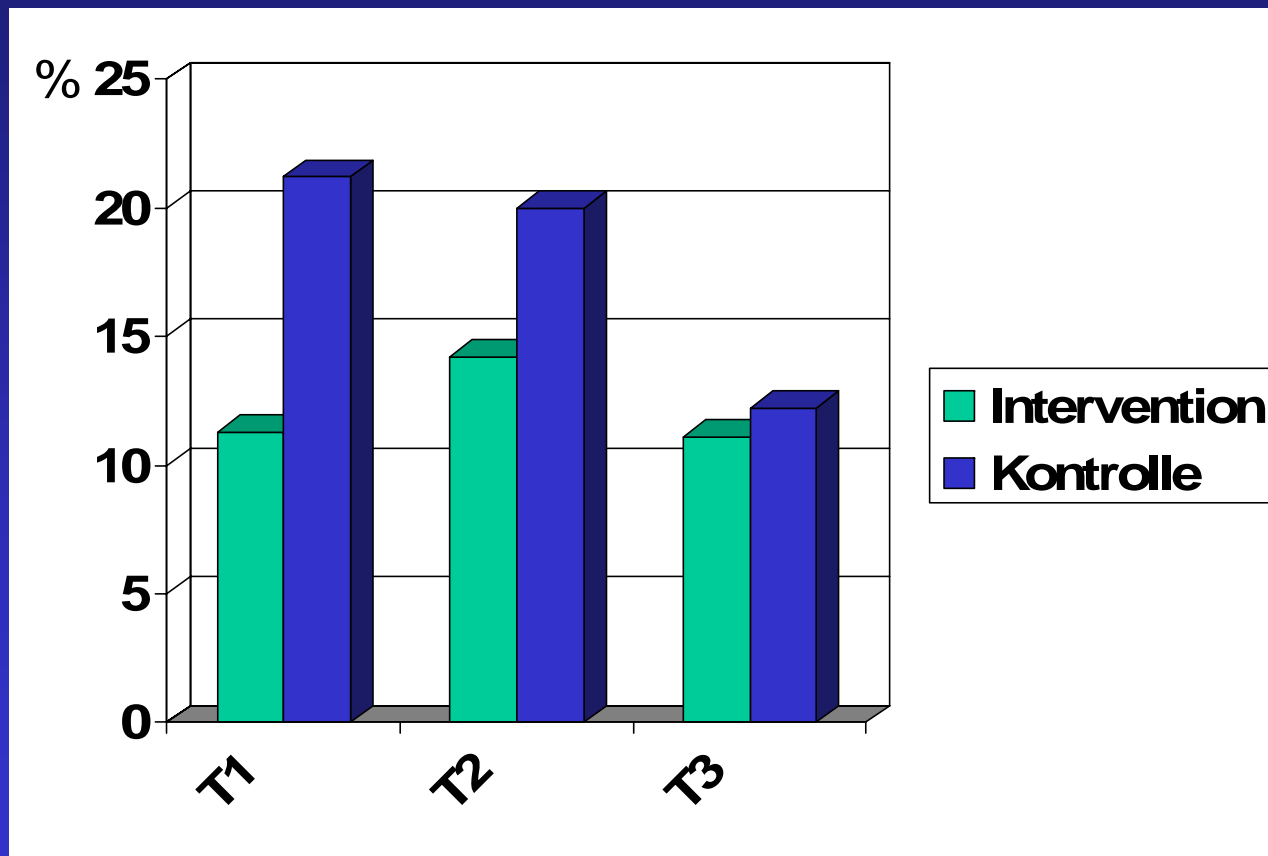


Score 0-5 # = $p < 0.05$

Psychosoziale Belastung

PSI: Psychosozialer Stressindex

Belastungs-Score über 3:



Score 0-14

Krankenhausverweildauer

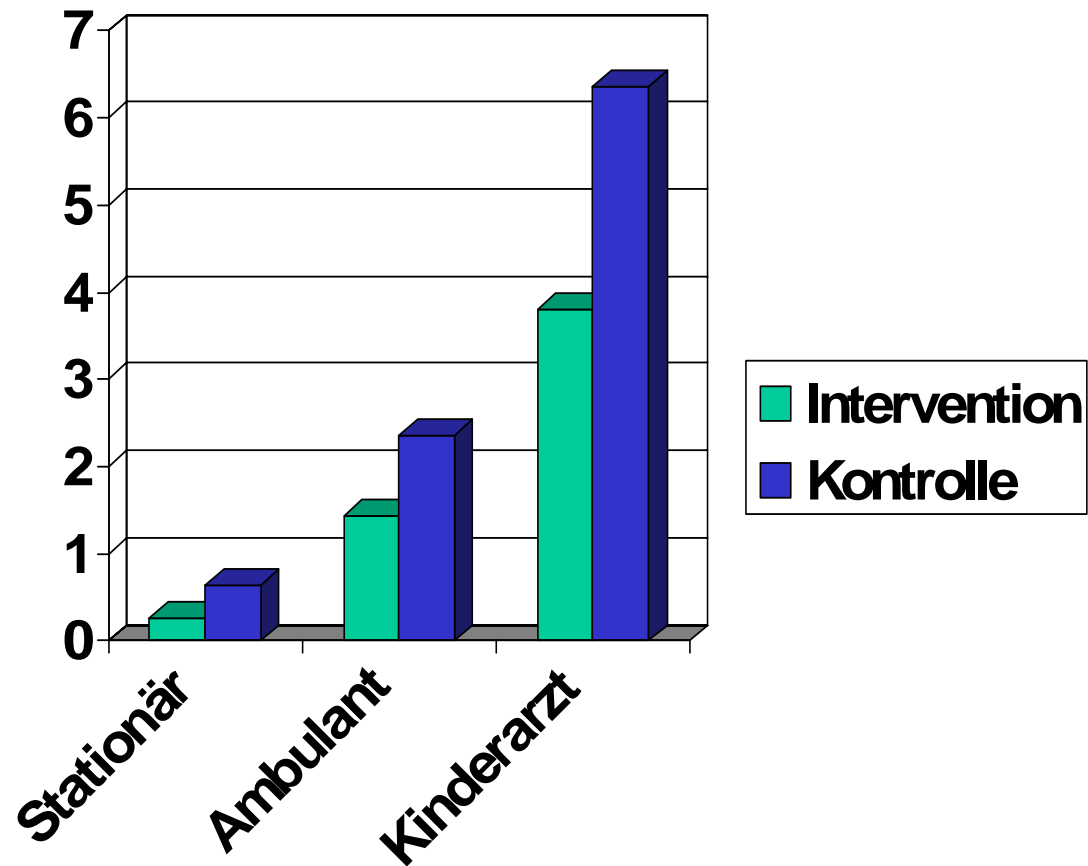
Gesundheitsökonomische Studie
T. Wiedemann 2004

	Liegezeitver- kürzung	Kostenein- sparung in €
FG < 28 SSW	21 Tage	12.600
FG 28-31 SSW	11 Tage	6.100

Kosten der Nachsorge für eine Familie: € 1.028

Klinikaufnahmen und Arztbesuche

Mittelwerte der Häufigkeiten
innerhalb 6 Monaten nach Entlassung

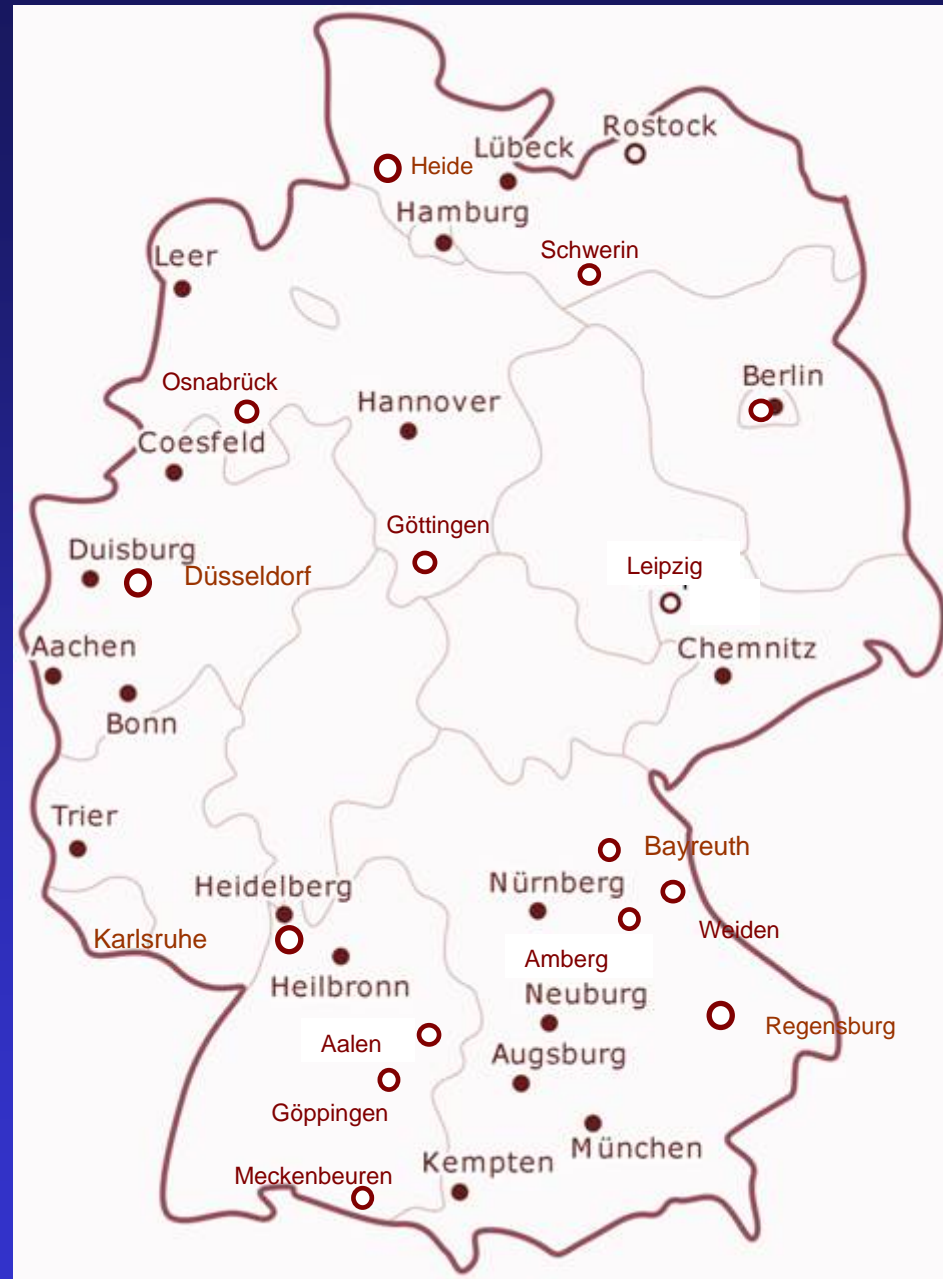


Die PRIMA-Studie & Case-Management: Implikationen

- Eine frühe Begleitung fördert die Mutter-Kind-Interaktion und reduziert die mütterlichen Belastungen.
- Die Implementierung einer frühen Begleitung und Nachsorge sollte ein wichtiger Bestandteil neonataler Behandlung sein.
- Zur weiteren Sicherung- und Verbesserung der Behandlungsqualität sollten Case-Management-Projekte standardisiert und zertifiziert werden.



www.bunter-kreis-deutschland.de



0 = In Vorbereitung

Kosten der Nachsorge

Durchschnittliche Nachsorgekosten pro Fall

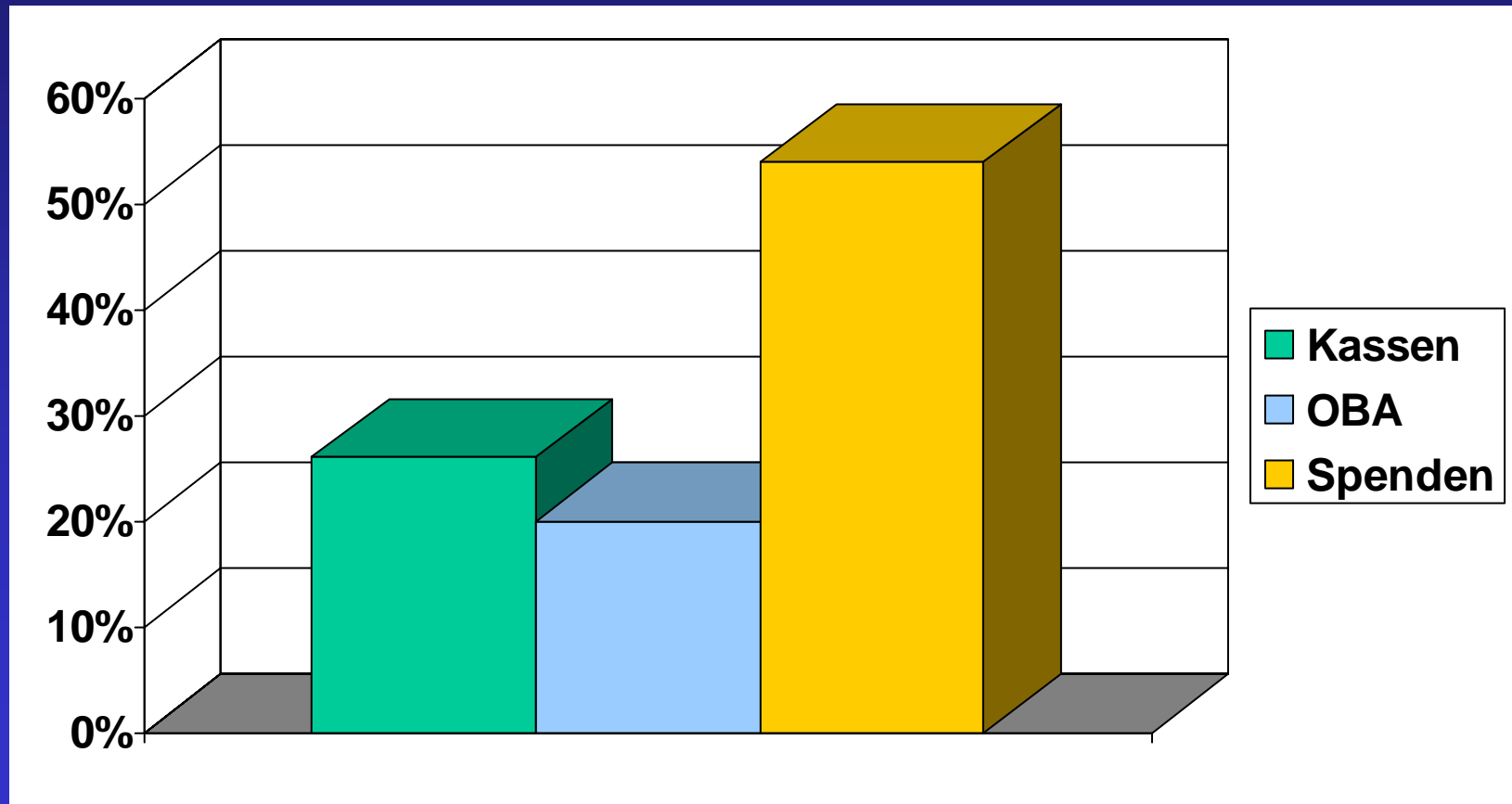
T. Wiedemann: Gesundheitsökonomische Studie zum Bunten Kreis 2003

Alle Kinder 2530 Euro

Onkologie 4350 Euro

Frühgeborene 1028 Euro

Anteilige Finanzierung der Nachsorge Bunter Kreis Augsburg



Nachsorge im Sozialgesetzbuch V

§ 43 Abs. 2

Die Krankenkasse kann aus medizinischen Gründen **in unmittelbarem Anschluss an eine Krankenhausbehandlung** oder stationäre Rehabilitation erforderliche **sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen für chronisch kranke oder schwerstkranke Kinder**, die das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet haben, **erbringen oder fördern**, 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.**

Nachsorge im Sozialgesetzbuch V

§ 43 Abs 2

Die Nachsorgemaßnahmen umfassen die im Einzelfall erforderliche **Koordinierung der verordneten Leistungen sowie Anleitung und Motivation zu deren Inanspruchnahme. Angehörige und ständige Betreuungspersonen sind einzubeziehen**, wenn dies aus medizinischen Gründen erforderlich ist.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen bestimmen gemeinsam und einheitlich das Nähere zu den Voraussetzungen sowie Inhalt und Qualität der Nachsorgemaßnahmen.

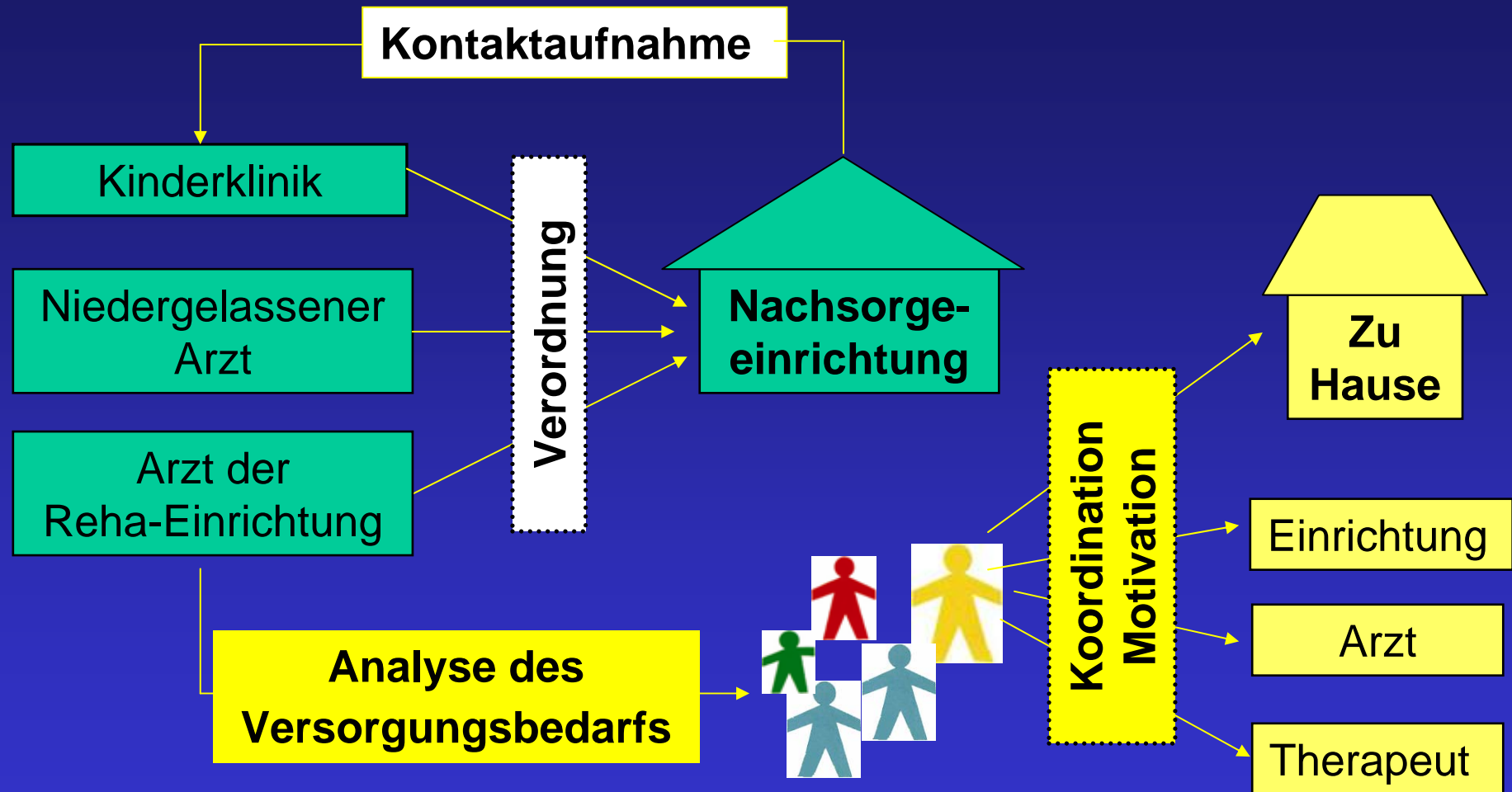
Nachsorge im Sozialgesetzbuch V

§ 132 c

(1) Krankenkassen oder die Landesverbände der Krankenkassen **können mit geeigneten Personen oder Einrichtungen Verträge über die Erbringung sozialmedizinischer Nachsorgemaßnahmen schließen**, soweit dies für eine bedarfsgerechte Versorgung notwendig ist.

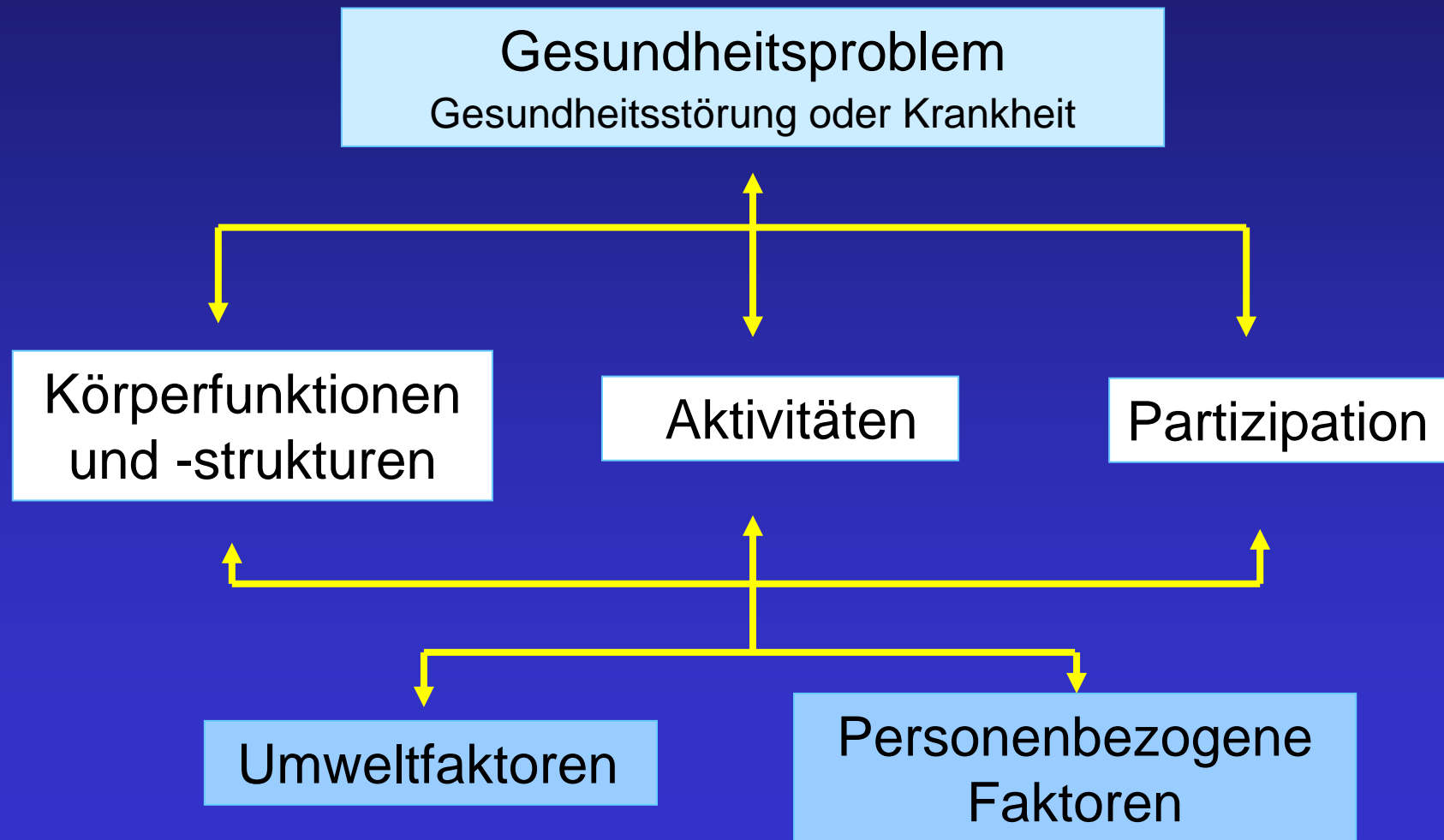
(2) Die Spitzenverbände der Krankenkassen legen **gemeinsam und einheitlich in Empfehlungen die Anforderungen an die Leistungserbringer** der sozialmedizinischen Nachsorgemaßnahmen fest.“

Nachsorge im Versorgungsnetzwerk



ICF

Internationale WHO-Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung & Gesundheit



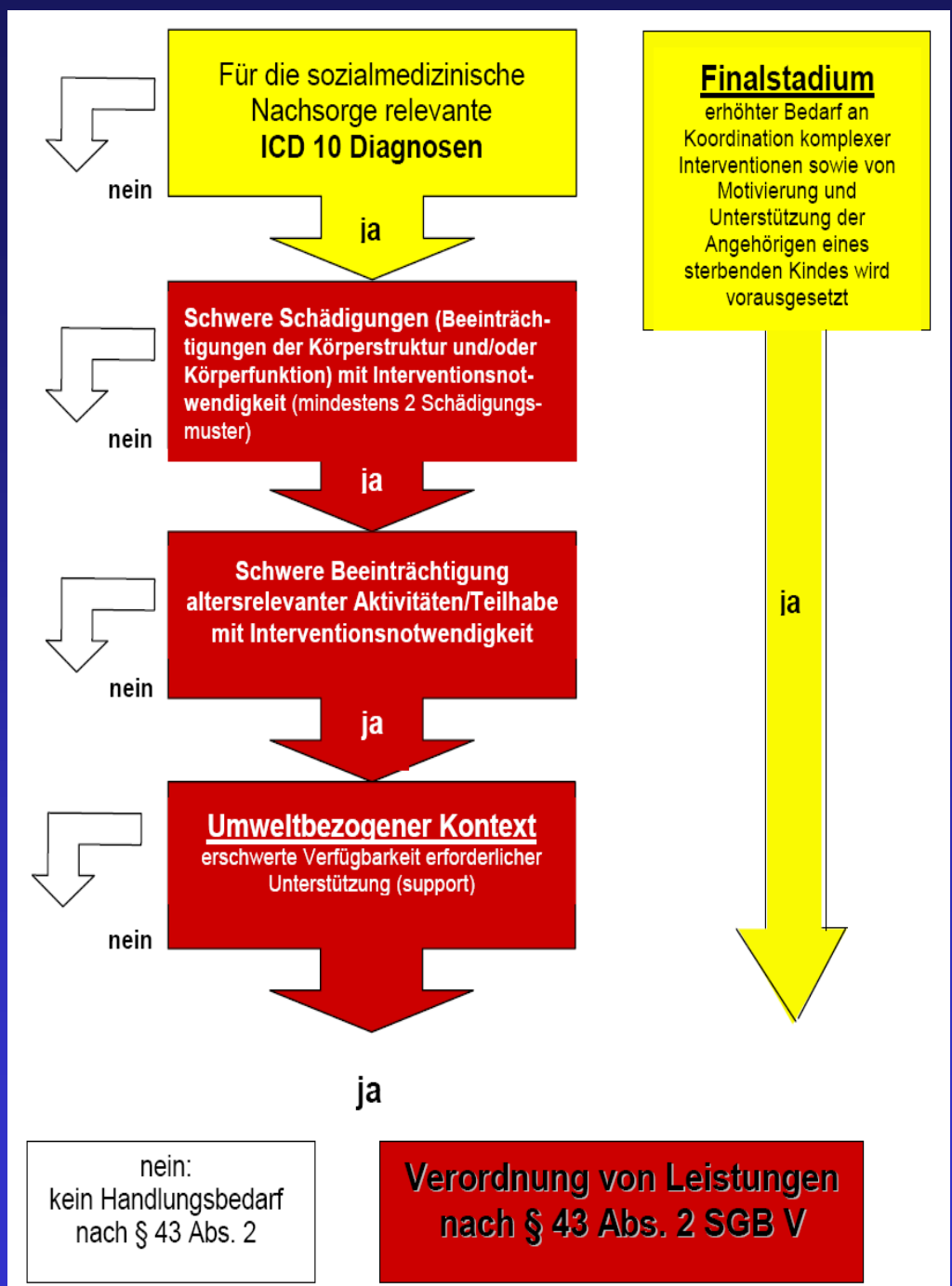
Rahmenvereinbarungen zu § 43,2

Diagnoseliste

XVI Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben	
P04.3	Schädigung des Feten/Neugeborenen durch Alkoholkonsum der Mutter
P04.4	Schädigung des Feten /Neugeborenen durch Einnahme abhängigkeits-erzeugender Medikamente/Drogen der Mutter
P07	Frühgeburtlichkeit (kurze Schwangerschaftsdauer, niedriges Geburtsgewicht)
P20 bis P29	Sauerstoffmangelzustände und Lungenerkrankungen
P35 bis P37	Angeborene Infektionskrankheiten, insbesondere Zytomegalie und Toxoplasmose
P52	Intrakranielle, nichttraumatische Blutung beim Feten/Neugeborenen
P77	Enterocolitis necroticans beim Feten und Neugeborenen
P96.0	Angeborene Niereninsuffizienz
P96.1	Entzugssymptome beim Neugeborenen bei Einnahme von Abhängigkeitserzeugenden Arzneimitteln oder Drogen durch die Mutter
XVII Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien	
Q20 bis Q28	Angeborene Fehlbildungen des Herzens und des Kreislaufsystems
Q32 bis Q34	Angeborene Fehlbildungen des Atmungssystems
Q67	Angeborene Fehlbildungen und Deformitäten des Muskel-Skelett-Systems, spez. WS und Thorax
Q85	Phakomatosen
Q86	Angeborenes Fehlbildungssyndrom aufgrund toxininduzierter Embryopathien
Q91	Chromosomenanomalien (Trisomie 13/18)

Indikationen nach ICF

Rahmenvereinbarung zu § 43,2



Antrag nach § 43,2

Es liegen folgende Strukturschädigungen vor, die durch Interventionen zu ersetzen oder durch unterstützende Maßnahmen zu kompensieren sind:

Körperstruktur

Strukturersatz

Herz-/Kreislaufsystem

Implantation
Transplantation
Rekonstruktive OP

KM-/Immunsystem

Transplantation

Atmungssystem

Rekonstruktive OP
Beatmungshilfen

Verdauungs-/Stoffwechselsystem

Transplantation
Sonden
Katheter (Broviac, Port)
Rekonstruktive OP

Stütz- und Bewegungsapparat

Rekonstruktive OP

Antrag nach § 43,2

Es liegen folgende Funktionsschädigungen vor, die durch Interventionen zu ersetzen oder durch unterstützende Maßnahmen zu kompensieren sind:

<u>Körperfunktion</u>		<u>Funktionsersatz</u>	
Bewusstsein	Kombination von:	Sonden	<input type="checkbox"/>
		Beatmung	<input type="checkbox"/>
		Monitoring	<input type="checkbox"/>
		Physiotherapie	<input type="checkbox"/>
Herzfunktion	Kombination von:	Monitoring (Alarmfunktion)	<input type="checkbox"/>
		Impl. Pumpen	<input type="checkbox"/>
Blut-/Immunsystem		KM-Ersatz	<input type="checkbox"/>
		Antibiotika	<input type="checkbox"/>
Atmungssystem	Kombination von:	Monitoring	<input type="checkbox"/>
		Beatmung	<input type="checkbox"/>
		Spez. Physiotherapie	<input type="checkbox"/>
Atemmuskulatur		Beatmung	<input type="checkbox"/>
Nahrungsaufnahme	Kombination von:	Sonden	<input type="checkbox"/>
		Fazio-orale Therapie	<input type="checkbox"/>
Muskelkraft		Lagerungshilfen	<input type="checkbox"/>
		Mobilitätshilfen	<input type="checkbox"/>
		Physiotherapie	<input type="checkbox"/>

Antrag nach § 43,2

Es liegen folgende Beeinträchtigungen altersentsprechender Aktivitäten / Teilhabe vor:

Mobilität ja nein

Selbstversorgung ja nein

Kindergartenbesuch ja nein

Schulbesuch ja nein

Soziale Kontakte zu Gleichaltrigen ja nein

Familienbeziehungen aufbauen und aufrecht erhalten ja nein

Sonstige ja nein

Wenn ja, welche

Antrag nach § 43,2

Sind die notwendigen Interventionen am Wohnort unter erheblich erschwerten Bedingungen zugänglich?

ja nein

Ist eine familiäre Überforderung mit der Versorgungsaufgabe zu erwarten?

ja nein

Ist eine sehr zeitaufwendige Koordination der Leistungen erforderlich?

ja nein

Ist eine Anleitung und Motivierung zur Inanspruchnahme der Leistungen erforderlich?

ja nein

Ist die ambulante Versorgung ohne die Inanspruchnahme der Leistung sichergestellt?

ja nein

Ist eine Verkürzung eines stationären Krankenhausaufenthaltes oder einer stationären Rehabilitation nur durch die Inanspruchnahme der Leistung zu erwarten?

ja nein

Welche Probleme ergeben sich voraussichtlich bei der Sicherstellung der häuslichen Versorgung?

Rahmenvereinbarungen zu § 43,2 Leistungen

Analyse des Versorgungsbedarfs/Vorbereitung	
N1	Durchführung einer umfassenden Analyse auf der Basis des ICF
N2	Unterstützung und Motivierung der Eltern während des Klinikaufenthaltes für die häusliche Versorgung
N3	Beteiligung bei Planung, Durchführung und Organisation einer interdisziplinären Fallkonferenz vor Entlassung des Kindes
N4	Planung, Organisation und Durchführung einer interdisziplinären Abstimmung der am Versorgungsprozess Beteiligten
N5	Erstellung und Kommunikation eines Planes für Krisensituationen medizinischer und psychosozialer Natur

Rahmenvereinbarungen zu § 43,2 Leistungen

Koordinierung der verordneten Leistungen

N6	Darstellung der vorhandenen Versorgungsangebote
N7	Anbahnung und Vermittlung von Kontakten zum weiterbehandelnden Arzt und sonstigen Leistungserbringern und Leistungsträgern
N8	Koordinierung der ambulanten ärztlichen, medizinisch-therapeutischen, medizinisch-technischen und pflegerischen Versorgung
N9	Strukturierung und Sicherstellung der Kommunikation zwischen allen an der Versorgung Beteiligten

Rahmenvereinbarungen zu § 43,2 Leistungen

Anleitung und Motivierung zur Inanspruchnahme verordneter Leistungen

N10	Weiterführende Aufklärung zur Förderung des Krankheitsverständnisses, Besprechung des Nutzens von regelmäßigen Kontrollen, Behandlungen und Therapien bezogen auf den individuellen Krankheitsverlauf
N11	Motivierung und Unterstützung bei der Bewältigung alltagsbezogener Anforderungen und krankheitsbedingter Versorgungsaufgaben
N12	Erläuterungen der Aufgaben von Vertragspartnern wie Arzt, Frühförderstellen, SPZ, häusliche Krankenpflege, Selbsthilfegruppen
N13	Hilfe beim Abbau von Ängsten im Zusammenhang mit d. Versorgung

Rahmenvereinbarungen zu § 43,2 Leistungen

Anleitung und Motivierung zur Inanspruchnahme verordneter Leistungen

N14	Ermutung der Eltern zu selbständigen Aktivitäten z. B. bei der Pflege oder Ernährung des Kindes
N15	Anleitung und Ermutung des Kindes zu selbständigen Aktivitäten in Bezug auf die Selbstversorgung
N16	Bei Bedarf Begleitung zu Vertragspartnern, z.B. bei massiven Ängsten oder Verständigungsproblemen
	Noch in der Diskussion:
N17	Sicherstellung der Überleitung der Angehörigen in andere Betreuungskonzepte nach dem Tod des Kindes

Rahmenvereinbarungen zu § 43,2

Leistungsumfang:

- Zeitdauer mindestens 6, maximal 20 Stunden
- 2 Stunden können während des stationären Aufenthalts abgerechnet werden
- Einmalig 10 Stunden Verlängerung mit eingehender Begründung
- Direkt im Anschluss oder bis zu 6 Wochen nach stationärem Aufenthalt
- Maximale Nachsorgedauer 12 Wochen

Schritte zur Anerkennung als Leistungserbringer für sozialmedizinische Nachsorge

- Sicherstellung der notwendigen Struktur- und Prozessqualität
- Kontaktaufnahme mit den Krankenkassen
- Einreichung des Nachsorgekonzeptes
- Beantragung der Anerkennung als Leistungserbringer für sozialmedizinische Nachsorge
- Vertragsverhandlungen mit einer oder mehreren Krankenkassen
- Vertragsabschluss mit Anlehnung an Modellverträgen

Schritte zur Anerkennung als Leistungserbringer

Meta-Nachsorgekonzept zur sozialmedizinischen Nachsorge nach § 43 Abs. 2 SGB V

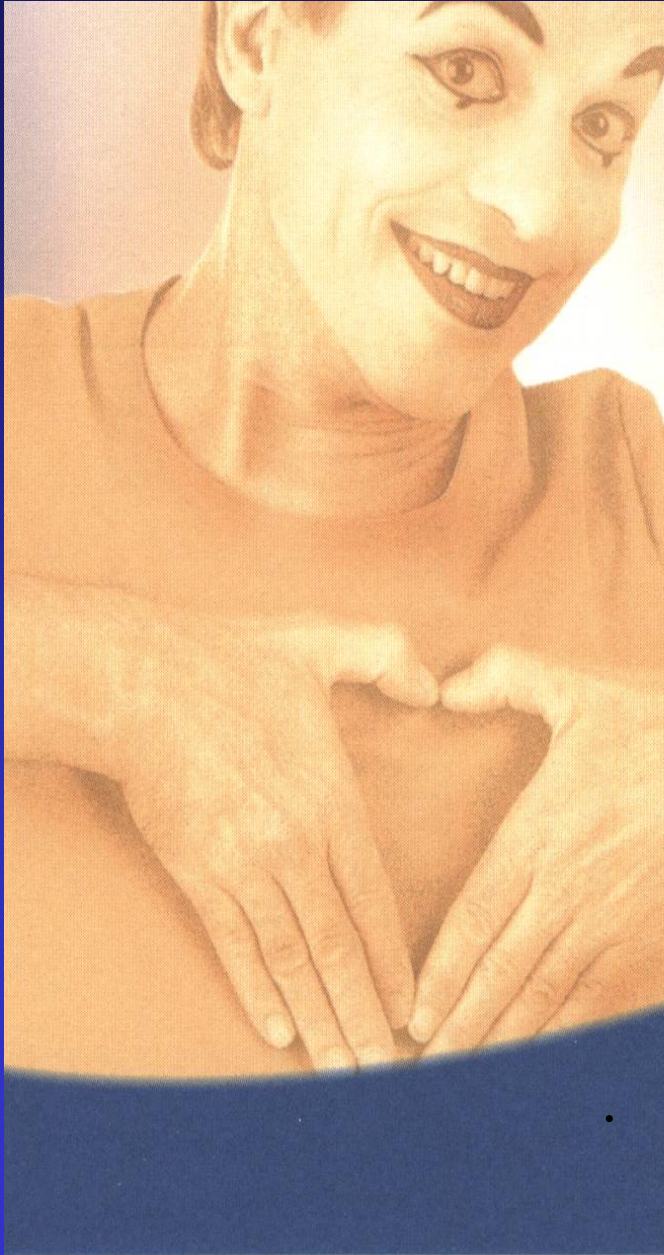
Zur Vorlage bei den Krankenkassen

Konsensuspapier
der
INIP*-Arbeitsgruppe,
des Qualitätsverbundes Bunter Kreis (QV Bunter Kreis)**,
der Gesellschaft für sozialmedizinische Nachsorge in der Pädiatrie (GSNP)***
und der ABCD-Gruppe NRW****

Stand: 14. November, 2005, Augsburg

Autoren: Andreas Podeswik, Eva Kanth, PD Dr. Michael Kusch, Ralf Otte,
Dr. Friedrich Porz, Dr. Egbert Lang, Dr. Sönke Siefert

Ansprechpartner: Andreas Podeswik, beta Institut, Kobelweg 95, 86156 Augsburg



Einladung

5. Augsburger Nachsorgesymposium

Neue Wege in der
Nachsorge und
Palliativversorgung

29.-30. Juni 2007

Mit Fortbildungspunkten
zertifiziert



- **Workshops am 29.6.2007:**
- Aufbau einer Nachsorgeeinrichtung
- Einführung in die ICF-Klassifikation Pädiatrie
- Pressearbeit
- Öffentlichkeitsarbeit und Fundraising

Weitere Informationen

- Zum Bunten Kreis:
www.bunter-kreis.de
- Zum Qualitätsverbund:
www.bunter-kreis-deutschland.de
- Zum beta Institut:
www.beta-institut.de

Wo kämen wir hin,
wenn niemand ginge
um zu schauen
wohin man käme
wenn man ginge

Kurt Marti



Danke
und viel
Erfolg!