

Case Management in der Palliative Care verankern

# Vom Zufallsprinzip zur Systemsteuerung

Die Vorbereitung auf das Lebensende und die bessere Steuerung des Versorgungsverlaufs ist heute noch weitgehend abhängig von der Tatkraft einzelner Personen oder Institutionen. Hier bietet Case Management Potenzial für systematische und systemische Verbesserungen. Dies wird anhand eines Fallbeispiels und Ergebnissen aus Expertenmeinungen im Kanton Zug aufgezeigt.

**Text:** Frieda Waldispühl Zindel, Christine Rex / **Fotos:** Martin Glauser

Die Nationale Strategie Palliative Care 2013–2015 fördert bessere Rahmenbedingungen für die Situation schwer kranker und sterbender Menschen. In palliativen Situationen sind die Fachpersonen mit existenziellen Fragen von PatientInnen entlang dem, nicht selten rasch, verschlechterten Gesundheitszustand gefordert, oft auch verbunden mit wiederkehrenden Krisensituationen. Insbesondere die Vorbereitung auf das Sterben und den Tod benötigen proaktive und systematische Informations- und Beratungsgespräche (Weber, 2008). Allerdings besteht in der fragmentierten Gesundheitsversorgung das Risiko, dass im wechselnden Aufenthalt zwischen Akutspital, Arztpraxis und Privathaushalt niemand für diese Gespräche verantwortlich ist. Hier setzt

Case Management (CM) (siehe Kasten nächste Seite) an.

## Nutzen in der Palliative Care

80% der Kosten im Gesundheitswesen werden durch 20% der chronisch- oder schwerkranken Menschen verursacht (Gesundheitsdirektorenkonferenz GDK und Bundesamt für Gesundheit BAG, 2012). Dazu gehören auch palliative Situationen. Erfahrungen aus dem Praxisalltag der Autorinnen zeigen, dass diese zwar kleine, aber vulnerable Gruppe von PatientInnen und ihren Angehörigen eine umso höhere Problemdichte zu bewältigen hat, einschliesslich gesellschaftlich noch immer tabuisierter Themen wie etwa rund ums Sterben. Neue Kooperationsmodelle mit verschiedenen Fachleuten, Laien und Angehörigen liefern den wichtigsten Beitrag, damit die letzte Lebensphase eines grossen Teils von Menschen wunschgemäss abgeschlossen werden kann (Weber, 2008).

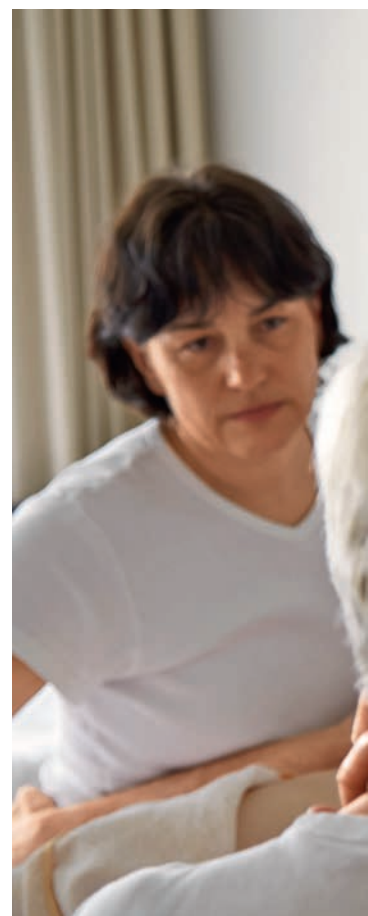
Ein strukturierter CM-Prozess ist von Nutzen bei Patienten mit einer prognostizierten Lebenserwartung von mehr als eine Woche (Hach, 2013). Sie profitieren unter anderem, indem sie die aufwändige Koordination der Akteure und Aktivitäten an Professionelle delegieren können. Die PatientInnen müssen sich beispielsweise nicht oder kaum um organisatorische

oder administrative Belange kümmern. Ein vereinbartes Ziel zusammen mit Case Managern kann sein, dass sich PatientInnen oder Angehörige ihren persönlichen Fragen und Plänen fürs Lebensende widmen. Diese so erfahrene zeitliche und organisatorische Entlastung bietet eine massgeschneiderte Unterstützung in Palliative Care-Situationen (Versorgungsstrukturen Palliative Care, 2008).

Ein Plan kann sein, am Lebensende nicht in ein Spital eingewiesen zu werden. In diesem Fall bedeutet Case Management, ein tragfähiges Netz aus Fachleuten, Angehörigen und Freiwilligen zu knüpfen, das diesem Wunsch tatsächlich bis zuletzt Rechnung trägt. Die Evaluation nach Abschluss des Case Management Auftrags beurteilt, inwiefern dieser Wunsch (nicht) erfüllt wurde, und eruiert genau, was zum Ergebnis geführt hat.

## Entwicklungsbedarf in Zug

Im Rahmen der MAS-Abschlussarbeit der Erstautorin wurde der Entwicklungsbedarf von Case Management im Kanton Zug in Bezug auf Palliative Care eruiert. Dazu wurden eine Literatur- und Doku-



Ein Netz aus Fachleuten, Angehörigen

### Autorinnen

**Frieda Waldispühl Zindel**, MAS in Care Management und Pflegefachfrau. Seit 2013 freischaffende Case Managerin und Präsidentin von Hospiz Zug. [www.gesundheitswesen-zug.ch](http://www.gesundheitswesen-zug.ch)

**Christine Rex**, MScN, Pflegeexpertin, RegioSpitex Limmattal und Studiengangsleiterin MAS in Care Management, Kalaidos FH Gesundheit.



und Freiwilligen ist dafür besorgt, dass dem Wunsch des Patienten bis zuletzt Rechnung getragen wird.

mentenanalyse sowie ergänzend zwei Diskussionsrunden mit insgesamt neun Vertretungen von Behörden und Politik (normative Ebene) und von ambulanten Leistungserbringern (Anbieterebene) durchgeführt. Die Ergebnisse wurden mit zwei FachexpertInnen validiert.

Die Ergebnisse zeigen, dass bislang die Legitimation eines Case Management Angebots durch Politik und Institutionen fehlt, die Finanzierung des Case Management unklar ist, sowie das spezifische Wissen zu Case Management und Palliative Care lückenhaft sind. All dies sind Hürden für die Implementierung. Das Spannungsfeld der Aussagen bewegt sich einerseits auf einer abstrakten Ebene in Bezug auf den Case Management Bedarf. Teils wird auf die Eigenverantwortung des einzelnen Bürgers verwiesen, in Krankheitssituationen selber tätig zu werden. Dem steht der Solidaritätsgedanke des Staates gegenüber.

Das konkrete Verständnis von Case Management, und ob es bei entsprechendem Angebot in Anspruch genommen würde, ist im Wesentlichen abhängig von der Erfahrung als Fach- oder Privatper-

son. Dies zeigt sich an folgender Aussage. «Wenn jemand krebskrank wird und vorher nie beim Sozialdienst war, kommt der sicher nicht zu uns. Auch die

*«PatientInnen müssen sich beispielsweise nicht oder kaum um organisatorische oder administrative Belange kümmern.»*

Angehörigen nicht.» Diese subjektive Wahrnehmung zeugt davon, dass Case Management als proaktives Konzept, das gerade in palliativen Situationen unnötigen Spitalaufenthalten vorbeugen kann, noch wenig greift. Alle ExpertInnen benennen im Verlauf der Diskussionen vulnerable Zielgruppen in der Primärversorgung und weisen damit auf Schwach-

Fall- und Systemmanagement

## So funktioniert Case Management

Der begriffliche Hintergrund von Management, bzw. «manus agere» («an der Hand führen») weist auf den Kern von Case Management hin. Das ursprünglich aus dem sozialen Gemeinwesen stammende Case Management-Vorgehen meint vor allem die Lotsenfunktion, d.h. das Begleiten einer Person in sozial oder gesundheitlich anspruchsvollen Situationen, die alleine nicht bewältigt werden können. Das Konzept, einschliesslich weiterer Funktionen, hat seit den 1970er Jahren im anglo-amerikanischen Raum eine bemerkenswerte sozial- und gesundheitspolitische Themenkarriere durchlaufen.

Von beeindruckender Schlichtheit ist gemäss Ewers der Wesenskern, der zeitliche und räumliche Veränderungen überbrückt und eine kontinuierliche und integrierte Versorgung fördert (Ewers, 2005). Dies ist besonders im komplexen und hochgradig arbeitsteiligen Sozial- und Gesundheitswesen gefragt. Mit anderen Worten: Case Management agiert entlang des (möglichst gesamten) Krankheits- oder Betreuungsverlaufs eines Patienten (over time) und quer zu den Grenzen von Versorgungseinrichtungen und -sektoren sowie Professionen (across services).

Dabei wird zwischen Fall- und Systemmanagement unterschieden (Löcherbach, 2009). Fallmanagement bezieht sich auf die Fragen, wie hilfsbedürftige Menschen effizient und wirksam begleitet und mittels der Case Management Methode unterstützt werden können und wie der Prozess methodengeleitet gesteuert wird. Systemsteuerung meint die Art und Weise, wie Case Manager die Versorgung in ihrem Zuständigkeitsgebiet angehen und die Versorgungssysteme optimieren (können). Voraussetzung für die Systemsteuerung ist eine gut funktionierende Arbeit in Netzwerken, so dass Case Manager die Versorgung in ihrem Handlungsfeld optimal voran bringen können.

Case Management Schweiz

## 10 Jahre Netzwerk

Am 17. September 2014 feierte das Netzwerk Case Management Schweiz im KKL Luzern sein 10-jähriges Bestehen. Das Netzwerk ist ein Verein von im Gesundheits-, Sozial- und Versicherungsbereich tätigen Personen und Institutionen, die mit der Methode des Case Management arbeiten. Es bildet die massgebliche Plattform für den fachlichen Erfahrungsaustausch über qualitativvolle Konzepte, Verfahren und Instrumente des Case Managements.

Für nähere Informationen:  
[www.netzwerk-cm.ch](http://www.netzwerk-cm.ch)

stellen in der ambulanten und häuslichen Versorgung hin. Sie betonen insbesondere, dass sich die Komplexität mit sozialen Problemen erhöht und wenn mehrere Akteure in eine Patientensituation eingebunden sind.

Sie erwähnen dazu auch die heutige Kinder- und Erwachsenenschutzbehörde (KESB), die bei der Problemlösung mitwirkt. Insgesamt ist der Handlungsbedarf von den ExpertInnen durchaus erkannt. Allerdings ist die institutionelle Verortung von Case Management widersprüchlich: «Es braucht in der Grundversorgung manchmal Case Management. Aber eben, dort ist es nicht bezahlt».

### Ein Fallbeispiel

Das folgende Beispiel eines Krebspatienten aus der Case Management Praxis der Erstautorin zeigt exemplarisch auf, welche Funktion die Fallbearbeitung mittels Case Management Methode in einer palliativen Situation haben kann.

**Identifikation des Patienten (Intake)**<sup>1</sup>: Der Hausarzt nimmt mit dem Einverständnis des 51-jährigen Patienten telefonisch Kontakt auf mit dem Case Management und bittet um Kontaktaufnahme mit dem Patienten. Herr M. hat ein Magenband und damit verbunden eine Gewichtsreduktion von 50 kg. Vor 4 Monaten wurde ein Rektalkarzinom durch

Zufallsbefund diagnostiziert und inzwischen operiert. Die Prognose sei schlecht, auch wenn er auf die Chemotherapie gut angesprochen habe. Innerhalb von zwei Monaten sei der Patient drei Mal wegen Übelkeit, Erbrechen und des schlechten Allgemeinzustandes hospitalisiert worden. Der Patient sei alleinstehend ohne Kinder. Er habe am ersten Arbeitstag nach dem Spitalaufenthalt die Kündigung erhalten, wirtschaftliche Sozialhilfe wird durch den Sozialdienst der Wohngemeinde ausgerichtet. Zurzeit sei die gesundheitliche Situation stabil. Nun gehe es darum, die Möglichkeiten und Grenzen der Dienstleistungsangebote wie Spitex oder Palliativstation frühzeitig aufzuzeigen und zu diskutieren. Der Hausarzt überträgt den Auftrag dem CM mit der Bitte, explizit das Lebensende zu thematisieren. Die Case Managerin sichert dem Hausarzt zu, innerhalb von vier Stunden mit dem Patienten Kontakt aufzunehmen und bittet den Hausarzt gleichzeitig, aktuelle Berichte an den Patienten zuhänden der Case Managerin zu schicken.

IV-Anmeldung durch den zuständigen Sozialdienst der Wohngemeinde wurde noch nicht gemacht.

**Zielvereinbarung:** Aus dem Assessment ergibt sich, dass Herr M. die Unterstützung durch die Case Managerin vor allem zur Existenzsicherung und zur Planung des Dienstleistungsangebotes im Falle der Verschlechterung des Gesundheitszustandes wünscht. Herr M. wünscht die Unterstützung durch das CM und möchte zudem seine Schwester bei weiteren Gesprächen dabei haben. Sie übernimmt die Kosten des CM. Herr M. besorgt die vorhandenen Dokumente der Rechtsvertreter, Kündigungsschreiben des Arbeitgebers, Arbeitsvertrag. Nach dem zweiten Gespräch informiert die Case Managerin den Hausarzt über die erhobenen Daten und die geplanten Massnahmen.

**Massnahmenplanung:** Das Assessment wird nach dem zweiten Gespräch mit der Schwester abgeschlossen. Das gemeinsam erarbeitete Unterstützungsangebot sieht wie folgt aus:

*«Es gibt es noch erhebliches Potenzial, um die Entwicklung von Case Management sowohl auf der Fall- als auch der Systemebene zu festigen und breitflächig verfügbar zu machen.»*

**Multidimensionales Assessment:** Dieses findet zwei Tage später zuhause beim Patienten statt und dauert 1½ Stunden. Herr M. bedankt sich ausdrücklich dafür, dass das Gespräch zuhause stattfindet, da er so seine sehr begrenzten Kräfte schonen könne. Er übergibt die schriftliche Anmeldung für das CM und den aktuellen Arztbericht. Im Gespräch werden wichtige Informationen ergänzt, unter anderem zu Angehörigen, aktuellen Beschwerden, zur Versicherungsdeckung und zur Patientenverfügung. Herr M. hat eine betagte Mutter und eine erwerbstätige Schwester. Er ist grundversichert. Eine Patientenverfügung liegt nicht vor. Die grösste aktuelle Sorge des Patienten ist seine finanzielle Situation durch die ausstehenden Versicherungsleistungen und die Abhängigkeit von der Sozialhilfe. Rechtsvertreter sind deswegen eingeschaltet. Er werde von A nach B verwiesen, niemand sei zuständig. Eine

- nach Rücksprache und auf Bitte des zuständigen Sozialarbeiters sofortige IV-Anmeldung durch die Case Managerin,
- Kontaktaufnahme und Absprache mit Procap (Rechtsvertretung),
- Information zum Dienstleistungsangebot der Spitex und der Palliativversorgung,
- Gespräch über die Zukunft (geplant für das nächste Treffen).

**Durchführung und Leistungssteuerung (Monitoring):** Die IV-Anmeldung erfolgt durch die Case Managerin innert Wochenfrist. Procap nimmt sich der Rechtsangelegenheit an. Beim dritten Gespräch werden nochmals die verschiedenen Angebote erläutert, einschliesslich zum Lebensende. Herr M. will sich mit seiner Familie die Palliativstation ansehen. Dabei kann er in einem persönlichen Gespräch mit dem ärztlichen Leiter und der Pflegeleitung die offenen Fragen betreffend Finanzierung und Aufnahme

<sup>1</sup> Die im Voraus definierten Zugangskriterien regeln die Aufnahme ins Case Management (Ewers, 2005). Zu den Patientinnen und Patienten mit höchst komplexen Anforderungen gehören jene mit lang andauernden und/oder komplexen Behandlungs- und Betreuungsverläufen.





Ein Plan kann sein, am Lebensende nicht in ein Spital eingewiesen zu werden.

klären. Herr M. entscheidet sich, im Falle einer Verschlechterung, auf die Palliativstation verlegt zu werden und dort zu sterben. Nach diesem Entscheid findet eine engmaschige telefonische Begleitung durch die Case Managerin statt. Herr M. ruft sie jeweils am Montag- und Freitagvormittag an und berichtet über die aktuelle Situation. Der Hausarzt ist ergänzend jederzeit telefonisch erreichbar. Die Situation bleibt während drei Wochen stabil, dann verschlechtert sich der Gesundheitszustand mit Schmerzen, Atemnot und Bettlägerigkeit. Wie vorbesprochen organisiert die Case Managerin, nach Rücksprache mit dem Hausarzt, die Verlegung in die Palliativstation innerhalb weniger Stunden. Ruhig und im Beisein seiner Angehörigen stirbt Herr M. zwei Tage nach dem Eintritt, so wie er es sich gewünscht hatte.

**Evaluation:** Im Abschlussgespräch mit den Angehörigen und dem Hausarzt wird deutlich, dass die Case Management-Funktion die anfänglich sehr angespannte Situation massgeblich dadurch entspannt, dass der Blick auf das gesamte Versorgungsgeschehen gerichtet wird. Die Existenzangst des Patienten konnte mit entsprechender Planung über Professionen und Institutionen hinweg gelindert werden.

## Fazit

Das Fallbeispiel zeigt auf, dass die Lotsenfunktion als zentrales Merkmal von Case Management, kombiniert mit der Orientierung an Patientenwünschen und der intensiven interprofessionellen Zu-

sammenarbeit sowie der partizipativen Kommunikation mit Angehörigen zum gewünschten Ergebnis in einer palliativen Situation führte. Gemäss den Experteninterviews gibt es noch erhebliches Potenzial, um die Entwicklung von Case Management sowohl auf der Fall- als auch der Systemebene zu festigen und breitflächig verfügbar zu machen. Die jüngst überwiesene Motion im eidgenössischen Parlament, Case Management ins KVG aufzunehmen, könnte diesen Bestrebungen Auftrieb geben. ■

Der Artikel basiert auf der MAS-Abschlussarbeit der Erstautorin im Rahmen des MAS in Care Management an der Kalaidos Fachhochschule Gesundheit. Die ausführliche Literaturliste und Posterpräsentation des Handlungskonzeptes «Case Management in der Palliative Care» ist bei der Erstautorin erhältlich unter: [fwaldispuehl@gmail.com](mailto:fwaldispuehl@gmail.com)

## Literatur

- Ewers, M.** (2005). Das anglo-amerikanische Case Management: Konzeptionelle und methodische Grundlagen. In Ewers, M. & Schaeffer, D. (Hrsg.). Case Management in Theorie und Praxis. Bern: Hans Huber, p. 55 und 72–74.
- Eychmüller, S.** (2008). Versorgungsstrukturen Palliative Care. Zürich.
- Löcherbach, P.** (2009). Qualifizierung im Case Management. Bedarf und Angebote. In P. Löcherbach, W. Klug, R. Rimmel und W. Wendt (Hrsg.). Case Management. Fall- und Systemsteuerung in der sozialen Arbeit. 4. Ed. München: Reinhardt, p. 228–229.
- Hach, M.** (2013). Palliative Care im Kontext von Case Management (CM). Case Management, 3, p. 132.

## Hospiz Zug

### Begleitung durch Freiwillige

Der Verein Hospiz Zug ist seit 1992 auf die Begleitung schwer kranker und sterbender Menschen spezialisiert. Die freiwilligen Begleiterinnen und Begleiter bieten ihnen und den pflegenden Angehörigen vor allem durch Nachwachen Sicherheit, Entlastung und Wärme. Die unentgeltlichen Begleitungen finden zu Hause, im Spital oder Heim und in enger Zusammenarbeit mit der Pflege statt.

[www.hospiz-zug.ch](http://www.hospiz-zug.ch)

**Schweizerische Gesundheitsdirektorenkonferenz und Bundesamt für Gesundheit** (2012). «Neue Versorgungsmodelle für die medizinische Grundversorgung». Bericht der Arbeitsgruppe «Neue Versorgungsmodelle für die medizinische Grundversorgung» von GDK und BAG. Bern, p. 4.

**Weber, A.** (2008). Case Management bei schwer und unheilbar Kranken. Care Management, 4, p. 35–38.

**Wissert, M., Vogt, A. & Radbruch, L.** (2009). Wirkungen von Case Management-Qualifizierung. Ergebnisse eines Modellprojektes zum «Unterstützungsmanagement in der palliativen und hospizlichen Arbeit». Case Management – Sonderheft Case Management und Palliative Care, p. 36–44.