

„Hier laufen die Fäden zusammen“

von Bernd Lindig, Frieder Lückhoff, Carsten Hampel-Kalthoff, erschienen in *Heilberufe* 6.2005

Pflegende als Casemanager in der Wundtherapie

Definition

Der Begriff Casemanagement kommt aus den USA, wo er ebenfalls unterschiedlich definiert wird und z. T. keine scharfe Trennung zum Begriff Disease-Management ermöglicht. Die Aufgabe eines Casemanagers besteht in der Steuerung der umfassenden Betreuung von Patienten unter den Gesichtspunkten einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung auf der Grundlage allgemein anerkannter medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse, die sich auch auf neueste Forschungsergebnisse stützen müssen. Ziel ist die ganzheitliche Betreuung von Menschen mit einer Krankheit oder Einschränkung. Der Casemanager verbindet Systeminteressen mit Kundeninteressen und berücksichtigt vor allem die Schnittstellen der Versorgungsbereiche.

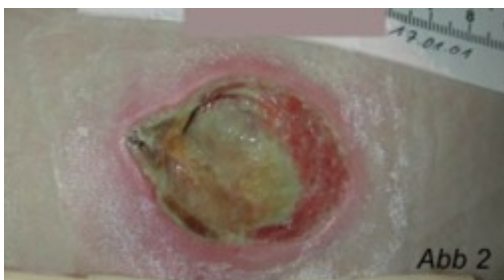
Das deutsche Gesundheitssystem entwickelte sich in den letzten Jahrzehnten zu einem unüberschaubaren Feld hochspezialisierter Einzelleistungen, die oftmals unkoordiniert und ohne den Blick auf den Gesamtprozess angewendet werden. Ein Defizit besteht heute weniger in der Qualität der einzelnen Leistungen als in der koordinierten und sinnvollen Auswahl und Kombination der Angebote.

Casemanagement ist eine Möglichkeit, dieses Defizit auszugleichen.

Ziele des Casemanagers sind der Aufbau und die Kontrolle einer optimierten Betreuung, die den Interessen der Betroffenen, der Leistungs- und der Kostenträger entgegenkommt. Auf Grund der umfassenden Sicht, einschließlich der Einbeziehung gesundheitlicher, sozialer und biografischer Besonderheiten, ist die Berufsgruppe der Krankenpflege für diese Tätigkeit prädestiniert.

Die Arbeit des Casemanagers an einem Beispiel

Frau R. leidet seit ca. einem Jahr an zwei Dekubitus IV. Grades im Bereich des Os sacrum und am rechten Trochanter major (siehe Abb. 1 und 2).



Die Wundbehandlung blieb erfolglos. Der Pflegedienst schaltet nach Rücksprache mit dem Ehemann der Patientin einen Casemanager ein.

Aufnahmebefund

Die erste Aufgabe des Casemanagers besteht in der sensiblen Annäherung mit dem Ziel, Vertrauen zu schaffen. Unabdingbar ist es dabei, eine "gemeinsame Sprache" zu finden, den Betroffenen/ Angehörigen dort abzuholen, wo er für uns erreichbar ist. Die Zustimmung des Patienten/ Angehörigen ist Voraussetzung für die Tätigkeit des Casemanagers. Da meist Hausärzte, Fachärzte, Pflegedienste und Krankenkassen eingebunden sind, ist eine Absprache mit ihnen notwendig.

Frau R. hat die Pflegestufe III bei bestehender Demenz, chronischer Anämie, Zustand nach Wertheim-OP mit Anlage eines Anus praeter, zweier Urostomata und Versorgung mit einer PEG. Die Patientin wird von ihrem Mann und dreimal täglich von einem Pflegedienst versorgt.

Das Vorgehen eines Casemanagers entspricht dem klassischen Problemlösungsprozess, bestehend aus Informationssammlung, Analyse, Ziel- und Maßnahmenfestlegung, Durchführung und Evaluation. Quellen für die Informationssammlung sind u. a. Besuche beim Betroffenen, ärztliche und pflegerische Dokumentationen, Beobachtungen sowie Gespräche mit Ärzten, Pflegekräften, Angehörigen usw. Ziel ist es, alle relevanten Facetten der Biografie, der Krankheitsgeschichte, des sozialen Beziehungsgefüges, aber auch die subjektiven Möglichkeiten und Wünsche zu erfassen und zu systematisieren. *Alle für den Versorgungsprozess und die Wundversorgung relevanten Fragen können mit dem Ehemann, durch Krankenbeobachtung und die vorhandene Pflegeanamnese abgeklärt werden. Die persönlichen Bedürfnisse von Frau R. sind anfänglich kaum feststellbar, da sie zum Zeitpunkt des Erstbesuches nicht spricht. Sie ist komplett immobil und liegt in einem Pflegebett auf einer Antidekubitusmatratze mit Wechseldruckeinstellung. Eine regelmäßig Lagerung findet nicht statt. Die Patientin wirkt unruhig. Beim Lagern und bei den Verbandswechseln spannt sie Beine und Arme an. Die Schmerzmedikation besteht aus dreimal 30 Tropfen Novalgin® pro Tag. Die Patientin wiegt ca. 56 kg und ist 169 cm groß. Die Ernährung erfolgt fast ausschließlich über die PEG und besteht aus 1.000 ml Sondenkost in 24 Stunden und 1.000 ml Tee (1.800 ml Flüssigkeit in 24 Stunden). Kleine Mengen Tee gibt ihr der Ehemann. Die Patientin erbricht aber Nahrung oft kurz nach dem verabreichen. Ihre Haut ist blass. Die Wundversorgung ist bisher wie folgt durchgeführt worden: Die Wundreinigung erfolgt mit physiologischer Kochsalzlösung aus einer 1.000 ml Flasche. Zum Reinigen der Wunden werden unsterile Mullkompressen verwendet. Die Wundabdeckung erfolgt mit unsterilen Saugkompressen, fixiert mit Fixomull. Verbandwechsel finden dreimal täglich statt. Nach dem Erstkontakt sucht der Casemanager den Hausarzt auf. Der Arzt lehnt eine Veränderung der Versorgung und eine Zusammenarbeit mit dem Casemanager ab.*

Analyse

Die Analyse hat das Ziel, die Informationen zu sortieren und auf Relevanz für die Ziele des Klienten zu überprüfen. Im Ergebnis werden Hauptprobleme, vordergründige Selbstpflegedefizite, aber auch Ressourcen des Betroffenen in Beziehung gesetzt und Lösungsmöglichkeiten geschlussfolgert. Es ist bemerkenswert, dass hier oft Probleme als ursächlich erkannt werden, die auf den ersten Blick nichts mit der eigentlichen Krankheit zu tun haben, im Gesamtgefüge aber letztlich doch für diese mit verantwortlich sind. Im Verlauf der umfassenden Analyse kristallisieren sich Kausalketten und damit Problemhierarchien heraus. Ziele, die eine Lösung mehrerer anderer Probleme nach sich ziehen würden, werden vorderrangig in Angriff genommen.

Ziel- und Maßnahmenfestlegung/Durchführung

Die Formung einer Strategie kann nur gemeinsam mit dem Betroffenen bzw. seinen Angehörigen erfolgen. An dieser Stelle werden übergeordnete Entscheidungsträger einbezogen. Der Arzt ist für die Behandlung zuständig und muss für die neuen Strategien gewonnen

werden. Ebenso wichtig ist aber auch die fachliche Argumentation gegenüber den Kostenträgern, die oft zunächst tiefer in die Taschen greifen müssen.

Es wird vom Casemanager, gemeinsam mit dem Ehemann und dem Pflegepersonal, eine Prioritätenliste der zu lösenden Probleme erstellt:

- 1. Mitarbeit des Hausarztes*
- 2. Ernährung*
- 3. Schmerzen*
- 4. Lagern*
- 5. Wundversorgung*

1. Der Hausarzt wird gewechselt. Die neue Hausärztin führt eine umfassende Untersuchung durch und passt die Behandlung den Bedürfnissen der Patientin an. Alle weiteren wesentlichen Maßnahmen planen Ärztin, Casemanager und die verantwortliche Pflegefachkraft des Pflegedienstes gemeinsam.

2. Der Casemanager bittet die Ernährungsberaterin des Lieferanten der Sondenkost, die Energiezufuhr bei gleich bleibender Flüssigkeitsmenge schrittweise auf 2.100 kcal pro Tag zu erhöhen. Die Nahrung soll einen hohen Anteil an Eiweiß, Selen, Zink und die Vitamine A, C und E enthalten. Die Flüssigkeitsmenge wird kaum erhöht und der Einsatz einer Ernährungspumpe besprochen.

3. Die Hausärztin leitet eine adäquate Schmerztherapie ein: Durogesic Pflaster 25 µg alle drei Tage, 60 Tropfen Novalgin je 30 Minuten vor dem Verbandwechsel. Der Ehemann und die Pflegekräfte erhalten durch den Casemanager Anleitung zur Dokumentation des Schmerzempfindens. So kann die Schmerzmedikation situativ angepasst werden.

4. Der Ehemann und das Pflegepersonal werden vom Casemanager vor Ort geschult, die Patientin nach einem gemeinsam erstellten 24-Stunden-Plan zu lagern. Die Wechseldruckmatratze wird gegen eine der DIN entsprechende Matratze ausgetauscht, um die Körperwahrnehmung und die Restfähigkeiten der Patientin zur Eigenbewegung zu fördern. Die Umstellungen in Schmerzbehandlung und Lagerung führen zu einer deutlichen Abnahme der motorischen Unruhe.

5. Die Wundbehandlung wird im Bereich des Os sacrum wie folgt umgestellt:

Wundreinigung: Polyhexanid Lösung (Prontosan®)

Wundrandschutz: Zinkcreme D-Line® (einmassiert)

Wundfüllung: Hydrogel (Nu-Gel®) auf Fibrinbeläge und Nekrosen, Alginat (Algisite M®) auf gesamten Wundgrund

Wundabdeckung: Polyurethan-Schaum (Allevyn non adhesive®), Fixierung mit OpSite®-Folie

Verbandwechsel: alle zwei Tage

Der Dekubitus am Trochanter wird ebenso behandelt. Lediglich die Wundabdeckung erfolgt mit einem anderen Polyurethan-Schaum (Tielle® plus).

Damit die Ausführung und die Qualität der Verbandwechsel gehalten werden kann, werden ein ausführliches Wundprotokoll und ein Behandlungsplan erstellt. Alle am Versorgungsprozess beteiligten Pflegefachkräfte und den Ehemann weist der Casemanager in die Durchführung der Verbandwechsel ein.

Alle Maßnahmen müssen inhaltlich und terminlich koordiniert werden, Therapien, Hilfsmittel und andere Interventionen sollen bedarfsgerecht zur Ausführung kommen, die beteiligten Partner, inkl. Angehörige, werden informiert. Aufgabe des Casemanagers ist hierbei nicht, Tätigkeiten selbst zu übernehmen, sondern gewissermaßen die Fäden zu ziehen und den Gesamtprozess dabei zu begleiten.

Evaluation

Die Evaluation beginnt bereits während der vorangegangenen Schritte, beinhaltet eine

durchgehende Kontrolle des Verlaufes und - wenn nötig - die sofortige Umstellung und Reaktion auf Veränderungen. Veränderungen in Struktur und Prozessen werden ausgewertet, neue Probleme einbezogen. Informationen und Beobachtungen aller Beteiligten zusammengefasst, dokumentiert und bewertet. Die Informationen gibt der Casemanager an die Beteiligten (z.B. Kostenträger, Ärzte, Pflegedienst) weiter. Die Einschätzung der laufenden Prozesse sowie die professionelle Eigenreflektion, die die Anpassung, Neuentwicklung oder Veränderung der Strategien ermöglicht, stellen den eigentlichen Vorteil der organisatorischen wie fachlichen Zusammenführung eines Falles in einer Hand.

In regelmäßigen Abständen erfolgen Hausbesuche durch den Casemanager mit der verantwortlichen Pflegefachkraft bzw. auch mit der Hausärztin bei der Patientin Fr. R. Alle eingeleiteten Maßnahmen werden gemeinsam überprüft und gegebenenfalls verändert.

Nach fünf Monaten:

Die Maßnahmen führen zu einer Verbesserung der körperlichen und geistigen Situation der Patientin. Der Heilungsfortschritt der Wunden ist offensichtlich. (siehe Abb. 3 und 4). Die Möglichkeiten der Kommunikation nehmen zu. Frau R. macht z.B. Angaben zum Schmerzempfinden und protestiert gegen das vom Ehemann gewählte Fernsehprogramm. Sie beginnt zu essen. Die Patientin gewinnt an Lebensqualität und der Kostenträger wird entlastet, da die Kosten für teure Verbandstoffe durch seltenere Verbandwechsel letztlich unter den bisherigen Ausgaben bleiben.



Mögliche Modelle

Der Prozess des Casemanagements lebt von einer zwar professionellen, aber in diesem Rahmen gleichermaßen vertrauensvollen und offenen Beziehung zwischen dem Casemanager und allen am Versorgungsprozess Beteiligten. Letztlich ist der Erfolg von der Mitarbeit des Patienten/ Angehörigen als Hauptakteure abhängig.

Der Casemanager als Koordinator und Experte braucht die Akzeptanz der Berufskollegen

und der behandelnden Ärzte. Ist diese nicht gegeben, ist sein Wirken zum Scheitern verurteilt. Für den institutionellen Hintergrund des Casemanagements sind mehrere Modelle denkbar, die bereits praktiziert werden. Auftraggeber und Finanziere können alle am Prozess Beteiligten sein: Kostenträger (Krankenkassen), Patient bzw. Angehörige und Leistungserbringer (Ärzte, Pflegedienste, Sanitätshäuser usw.).

Möglich ist hierbei neben einer festen Anstellung die Finanzierung über Fallpauschalen oder Stundensätze, aber auch über Gewinnanteile an den verordneten Verbandstoffen oder Hilfsmitteln.

Ein Casemanager kann auch bei einem Pflegedienst beschäftigt sein. Gerade in der Umsetzung von Projekten der Integrierten Versorgung nach dem § 140a SGB V sind Pflegedienste als Partner interessant, die ein funktionierendes Casemanagement in ein Projekt einbringen können. Auch Sanitätshäuser, die sich ähnlichen Projekten anschließen wollen, sind potenzielle Arbeitgeber.

In den Kliniken, die sich mit der Umsetzung des "Nationalen Expertenstandards Entlassungsmanagement in der Pflege" beschäftigen, finden qualifizierte Casemanager zukünftig ein interessantes Arbeitsfeld.

Im § 12 SGB XI Aufgaben der Pflegekassen heißt es:

"... Die Pflegekassen wirken mit den Trägern der ambulanten und der stationären gesundheitlichen und sozialen Versorgung partnerschaftlich zusammen, um die für den Pflegebedürftigen zur Verfügung stehenden Hilfen zu koordinieren. Sie stellen insbesondere sicher, dass im Einzelfall ärztliche Behandlung, Behandlungspflege, rehabilitative Maßnahmen, Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung nahtlos und störungsfrei ineinander greifen ..."

Hieraus ergibt sich u. a. der Auftrag für die Kostenträger, entweder selbst ein Casemanagement zu installieren oder externe Dienstleister damit zu beauftragen.

Autoren:

Bernd Lindig

*Krankenpfleger, Fachkrankenschwester für Casemanagement
mit Schwerpunkt "Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden",
Pflegedienstleiter, Praxisbegleiter Basale Stimulation® in der Pflege,
Diplommusik-Pädagoge*

Frieder Lückhoff

*Krankenpfleger, Lehrer für Berufe im Gesundheitswesen,
Kursleiter Basale Stimulation® in der Pflege,
Bachelor of Science in Nursing*

Carsten Hampel-Kalthoff

*Fachkrankenschwester für Anästhesie- und Intensivmedizin,
zertifizierter Wundmanager® n. GuKG BGB1, Nr. 108/1997
Kursleiter Fachweiterbildung Casemanagement am Lückhoff-Institut
Geschäftsführer OrgaMed Dortmund*

Quelle: Heilberufe 6.2005