

Case Management bei OBERBERG_FAIRsorgt

AUFGABE IST ES, EIN ZIELGERICHTETES SYSTEM VON ZUSAMMENARBEIT ZU ORGANISIEREN, ZU KONTROLLIEREN UND AUSZUWERTEN, DAS AM KONKRETEN UNTERSTÜTZUNGSBEDARF DER EINZELNEN PERSON AUSGERICHTET IST UND AN DEREN HERSTELLUNG DIE BETROFFENE PERSON KONKRET BETEILIGT WIRD“. (DGCC 2013)

- CASE MANAGER
- › informieren
 - › unterstützen
 - › ermutigen
 - › begleiten
 - › beraten
 - › vermitteln
 - › vernetzen
 - › koordinieren
 - › steuern
 - › überprüfen
 - › geben Orientierung

Probleme der Klientinnen:

- vielfältige Bedarfe
- Unübersichtlichkeit der Hilfe und Unterstützungsmöglichkeiten
- keine Orientierung, an wen er/sie sich wenden kann
- mangelndes Verständnis von Fachsprache
- eingeschränkte soziale Kontakte
- bisherige Lösungsversuche sind gescheitert
- (temporärer) Mangel an Ressourcen
- mangelnde Motivation bis hin zur Resignation

Lösungen für Klientinnen:

- Zielorientierung
- Lösungsorientierung
- Fokus auf Ressourcen: ausschöpfen, herausbilden und neu schaffen
- Einbindung sozialer Netzwerke
- integrierte Hilfeprozesse
- kontinuierliche Hilfeverläufe
- passgenaue Versorgung

Case Management verbindet das Klienten- mit dem Versorgungssystem

Es betrifft

- Leistungserbringer,
- Institutionen,
- Kostenträger und
- Netzwerke

bei

- Problemen,
- Notlagen,
- Belastungen mit Krankheiten und
- Behinderungen.

➔ Case Management ermutigt durch Empowerment.

➔ Ziel ist eine optimierte Versorgung und Einsparung von Zeit und Geld durch optimale Koordinierung.

Vorlage für Prozess-Beschreibung:

CM-Phase	Prozess
Wann? (Zeitpunkt, Dauer)	
Wo? (Ort)	
Wer? (Beteiligte)	
Was? (Prozessschritte)	
Wie? (Beschreibung der Prozessschritte)	
Womit? (notwendige Unterlagen, Hilfsmittel)	

Übersicht des Versorgungsteams

- bestehend aus einzelnen Vertretern oder Leistungserbringern aus nachfolgend aufgelisteten Kerngruppen:
 - CaseManager OBERBERG_FAIRsorgt
 - Patient
 - Angehörige
 - soziale Leistungserbringer
 - Betreuer / Bevollmächtigter
 - Nachbarn
 - Freunde / Vertraute
 - Hauswirtschaft
 - „Essen auf Rädern“
 - medizinische Leistungserbringer
 - Hausarzt
 - Facharzt
 - Ergotherapie
 - Physiotherapie
 - Ernährungsberatung
 - Psychotherapie
 - Podologie
 - pflegerische Leistungserbringer
 - stationär
 - ambulant
 - weitere Case Management Strukturen
 - Entlassmanagement
 - Sozialdienst
 - PSB (Pflege und Seniorenberatung)
 - öffentliche (kommunale) Anlaufstellen

Diskussion Re-Assessment

- Wollen wir überhaupt ein Re-Assessment?
- Bei wem könnte ein Re-Assessment erfolgen?
 - Änderung des klinischen Zustandes
 - zur Reevaluation bei nicht-erreichen des Fern-Ziels
- Welche Assessments sollen hier vorgeschlagen werden?
 - alle, die initial auch durchgeführt worden sind, um die initiale Einschätzung und das Ergebnis objektiv nach Erreichen der definierten Ziele zu reevaluieren
 - oder
 - individuell

Zukünftige Kriterien

- welche Voraussetzungen zur Aufnahme ins CaseManagement OBERBERG_FAIRsorgt definieren wir für die Zukunft
- der Bedarf sollte das Einschlusskriterium sein, nicht die Diagnose
- defizitäre Versorgungslage (altersunabhängig ?; z.B. 55+, Kritik Gruppe 30-60 fällt durchs Versorgungsraster – also ab 18 Lbsj.)
 - o im Projekt hieß das z.B. → AOK Rh/HH, 65+, OBK, Pflegegrad oder chr. Erkrankung
- Rechtsgrundlagen & entsprechend notwendige Formulare

Ergänzendes Thema

- PREMS und PROMS
 - o Qualitätsmanagement über die Erfassung auf der Plattform überprüfen (z.B. via Ampel-System (grün/blau/gelb) wie bei dem Versorgungsplan)
 - o auch für (Nah-und Fern-)Ziele, Leistungserbringer

Reflexionen zum Aufbau von Netzwerken

- Welche Ziele verfolgen wir als Institution?
- Welches sind unsere Stärken in Bezug auf die Aufgabenstellung?
- Welches sind unsere Schwächen in Bezug auf die Aufgabenstellung?
- Welche potentiellen Kooperationspartner sind vorhanden?
- Wie sind deren Leistungen zu bewerten: quantitativ – qualitativ?
- Wie können geeignete Partner, Organisationen und Persönlichkeiten für eine Zusammenarbeit gewonnen werden?
- Welche gemeinsamen Ziele können vereinbart werden?
- Wie kann die Zusammenarbeit organisiert werden?
- Welche Strukturen sind vorhanden? Welche müssen erarbeitet werden?
- Wie hoch soll der Grad der Intensität der Kooperation sein?
- Lose Zusammenarbeit oder vertragliche Bindung?
- Welche Form der gemeinsamen Außendarstellung wählen wir?
- Wie bearbeiten wir gemeinsame Ziele?
- Bieten wir gemeinsame Veranstaltungen an?
- Auf welche Weise stellen wir eine ständige prozessbegleitende Evaluation sicher?

6 Phasen des Case-Managements OBERBERG FAIRsorgt

- 1) Klärungsphase (Intake):
 - a) Auswahl des Klienten & Outreach
 - b) Aufnahme des Klienten in die CM-Begleitung und Bestandsaufnahme
 - c) Erstinformation zum Klientenbedarf
(z.B. durch HA, Entlassmanagement, Pflegeberatung, Angehörige, KK)
- 2) Falleinschätzung (Assessment):
Erstbesuch mit Eingangsassessment und Bewertung des Ist-Zustandes
- 3) Zielvereinbarung (Planning):
Erstellung des Versorgungsplans, Ziele formulieren
- 4) Umsetzung (Linking):
(kontrollierte) Durchführung und Netzwerkaufbau Nachbearbeitung
- 5) Monitoring:
 - a) Überwachung der Unterstützung, Sicherung
 - b) Nachverfolgung und Fallsteuerung
- 6) Evaluation des Versorgungsbedarfs (Soll-Ist-Überprüfung):
Prüfung der Unterstützung, Fallsteuerung mit Bewertung der durchgeführten Prozesse durch das Versorgungs-Team
Prüfung der Unterstützung, Fallsteuerung

1) Klärungsphase (Intake)

1a) Auswahl des Klienten & Outreach

CM-Phase	Prozess
Wann? (Zeitpunkt, Dauer)	- Bei Kontaktaufnahme durch Klienten, Angehörigen, Pflegeberater, KH, Ärzte, Pflegedienst, Pastor, Schule, Sozialarbeiter, etc.
Wo? (Ort)	- IVZ, Praxis, KH, etc.
Wer? (Beteiligte)	- Offen für alle Menschen, die Hilfe benötigen und/oder die zuvor festgelegten Kriterien erfüllen. - Ansprache an CM durch Haus-/Fachärzte, Pflegedienste, Soziale Einrichtungen, Krankenhaus, etc.
Was? (Prozessschritte)	- Notwendigkeit des CM feststellen, Kriterien/Indikation (aus gesundheitlicher /sozialer Sicht)
Wie? (Beschreibung der Prozessschritte)	- Telefonisch, Email, Brief, Fax, persönlich
Womit? (notwendige Unterlagen, Hilfsmittel)	- iPad mit Plattform

1b) Aufnahme des Klienten in die CM-Begleitung und Bestandsaufnahme

Klärung:

Kann der Klient aufgenommen werden oder wird er abgelehnt, da die Kriterien nicht erfüllt werden und er kein Fall für unsere Begleitung ist? Dann soll der Klient an entsprechende Stellen weitervermittelt werden.

CM	Prozess
Wann? (Zeitpunkt, Dauer)	- wenn Klient, Arzt, Berater, Angehörige, Pflege, etc. Kontakt mit uns aufnehmen und die festgelegten Kriterien erfüllt sind.
Wo? (Ort)	- falls stationär, im Krankenhaus - Büro, IVZ (integriertes Versorgungszentrum) - Arztpraxis
Wer? (Beteiligte)	- Case Manager & Klient - zusätzlich: Versorgungsteam (s.o.)
Was? (Prozessschritte)	- Kurzanamnese - vorhandenes Patienten-Netzwerk (ermitteln) - Bedarfsermittlung - Bedürfnisermittlung - Generelle Bestandsermittlung
Wie? (Beschreibung der Prozessschritte)	- Telefonisch, Email, Brief, Fax, persönlich
Womit? (notwendige Unterlagen, Hilfsmittel)	- iPad mit Plattform

1c) Erstinformation zum Patientenbedarf

In Krisensituationen erfolge unmittelbare Hilfe.

Tatsächliche Bedarfe und Bedürfnisse werden ermittelt und geprüft, nichts wird vorausgesetzt.

CM	Prozess
Wann? (Zeitpunkt, Dauer)	- Vor dem geplanten Hausbesuch, nach der Informationssammlung
Wo? (Ort)	- Büro, IVZ, ggf. Praxis
Wer? (Beteiligte)	- CM & Klient - zusätzlich: Versorgungsteam (s.o.)
Was? (Prozessschritte)	- Einschreibung, Einverständniserklärung, Kostenträger - Schweigepflichtentbindung - Datenschutzerklärung - Vollmachten - Informationen / Flyer - Biographie - Gesundheitliche-soziale Probleme, Sorgen, Bedarf/Bedürfnis ermitteln
Wie? (Beschreibung der Prozessschritte)	- Telefonisch, Email, persönlich
Womit? (notwendige Unterlagen, Hilfsmittel)	- iPad mit Plattform

ZENTRALE ASPEKTE, DIE DABEI HELFEN KÖNNEN, DIESE PHASE EFFEKTIV UND ZIELFÜHREND ZU GESTALTEN, KÖNNEN SEIN:

- Bestandsaufnahme mit erster Ressourcenermittlung, Neugier am Klienten und seiner Situation zeigen und Neugier an möglichen neuen Wegen wecken
- Gehört „der Fall“ in die Verantwortlichkeit eines Case Management-Prozesses?
- Sind eine multiple Problemlage und mehrere Akteure vorhanden?
- Handelt es sich hier um eine Problematik, die bei der jeweiligen Institution richtig bearbeitet/behandelt werden kann?
- Aufklärung des Klienten: Was ist Case Management? Wozu wird es eingesetzt?
- Was hat der Klient zu erwarten? Was geschieht, wenn er sich passiv oder aktiv verhält?
- Wie kann die Beziehung zum Klienten tragfähig und vertrauensvoll aufgebaut werden
- Termin vor Ort vereinbaren in naher Zukunft bei Krisen sofort.

2) Falleinschätzung: Erstbesuch: Eingangs-Assessment, Bewertung des Ist-Zustandes

Es erfolgt eine Problem- und Ressourcenanalyse mit fachlicher Einschätzung, Selbsteinschätzung des Klienten sowie der Einschätzung der am Fall Beteiligten.
Es werden Prognosen ermittelt.

CM	Prozess
Wann? (Zeitpunkt, Dauer)	- Erstbesuch Dauer des Gesprächs ca. 1,5 Stunden - Ziel: ab Kontaktaufnahme innerhalb von zwei Wochen - bei akuten Bedarf mit Vorrang (z.B. nach KH-Entlassung, Unterversorgung)
Wo? (Ort)	- Beim Klienten zu Hause, Büro, IVZ, Arztpraxis, bei Angehörigen, KH, Pflegeheim
Wer? (Beteiligte)	- CM & Klient - zusätzlich: Versorgungsteam (s.o.)
Was? Welche? (Prozessschritte)	- Formalitäten: Einschreibung, Einverständniserklärung und Schweigepflichtentbindung mit Datenschutz, Vollmachten einholen, Kostenträger ermitteln - Regeln der Zusammenarbeit kommunizieren - Ressourcen- und Netzwerkermittlung - Bedarf und Bedürfnisse erfragen
Wie? (Beschreibung der Prozessschritte)	- Vorstellen des Klienten (Biographie / Pflegeanamnese), Problemerkennung - initialer Erfassungsbogen - persönlich
Womit? (notwendige Unterlagen, Hilfsmittel)	- iPad mit Plattform - RR- Gerät, Waage, Dienstaussweis

ZENTRALE ASPEKTE, DIE DABEI HELFEN KÖNNEN, DIESE PHASE EFFEKTIV UND ZIELFÜHREND ZU GESTALTEN, KÖNNEN SEIN:

- Wie kommt der Klient in seinem Leben zurecht?
- Wo liegen Probleme und in welchem Bedingungsrahmen treten sie auf?
- Welche Art von Unterstützung benötigt der Klient (erste Einschätzung)?
- Was hat ihn bisher gehindert, diese aus eigener Kraft zu nutzen?
- Welches sind seine Stärken und Ressourcen?
- Welche Fähigkeiten zur Selbsthilfe hat er?
- Wie ist sein soziales Netzwerk organisiert?

3) Zielvereinbarung (Planning): Erstellung des Versorgungsplans, Ziele formulieren

Die Zielformulierung ist die Grundlage für die Auswahl und Planung der Hilfen und Hilfsdienstleistungen. Es werden Ziele der Hilfestellung und die Ermittlung des Hilfebedarfs ermittelt sowie ein Entwurf möglicher geeigneter und notwendiger Hilfen erstellt.

Die Dokumentation sollte subjektiv, aus dem Bedarf des Klienten und objektiv aus der Sicht des CM sein.

CM	Prozesse
Wann? (Zeitpunkt, Dauer)	- Abhängig je nach Fall, jedoch innerhalb der ersten 6 Wochen
Wo? (Ort)	- beim Klienten, im Büro
Wer? (Beteiligte)	- CM & Klient - zusätzlich: Versorgungsteam (s.o.)
Was? (Prozessschritte)	- Definition von Nah- und Fernzielen (Prioritäten)
Wie? (Beschreibung der Prozessschritte)	- Ziele setzen, möglichst gemeinsam nach der SMART Methode S - spezifisch M - messbar A - attraktiv/akzeptabel R - realistisch T - terminiert
Womit? (notwendige Unterlagen, Hilfsmittel)	- iPad mit Plattform - Hilfsdienstleistungskatalog - Datenschutz, Vollmachten

ZENTRALE ASPEKTE, DIE DABEI HELFEN KÖNNEN, DIESE PHASE EFFEKTIV UND ZIELFÜHREND ZU GESTALTEN, KÖNNEN SEIN:

- Welche Veränderungen werden angestrebt – aus der Sicht des Klienten, des Case Managers und sonstiger beteiligter Personen?
- Welche Ziele lassen sich daraus ableiten?
- Sind diese Ziele spezifisch, realisierbar, akzeptabel, terminiert?
- Welche Maßnahmen lassen sich aus den Zielen ableiten?

4) Umsetzung (Linking):

Spezifische Hilfen und Netzwerkpartner werden ausgewählt und festgelegt.

Ein Überleitungs- und Versorgungsplan wird angelegt, mit allen Netzwerkpartner besprochen und umgesetzt.

Es erfolgt die (kontrollierte) Durchführung des erstellten Versorgungsplans mit Netzwerkaufbau und Nachbearbeitung.

CM	Prozess
Wann? (Zeitpunkt, Dauer)	- Zeitraum: nach dem Klientenbesuch – Bis alle Hilfen / Dienstleistungen vermittelt/erreicht werden
Wo? (Ort)	- telefonisch, per Email, per SMS, evtl. Besuch vor Ort
Wer? (Beteiligte)	- CM & Klient - zusätzlich: Versorgungsteam (s.o.)
Was? (Prozessschritte)	- Anrufen Probleme schildern, Lösungen vereinbaren, Termine/Ziele vereinbaren Klären wer wofür zuständig ist - Datenschutz klären, Ziele klären, Termine setzen
Wie? (Beschreibung der Prozessschritte)	- Telefonisch, Email, Brief, Fax, persönlich
Womit? (notwendige Unterlagen, Hilfsmittel)	- iPad mit Plattform - Versorgungsplan, ärztliche Verordnungen

ZENTRALE ASPEKTE, DIE DABEI HELFEN KÖNNEN, DIESE PHASE EFFEKTIV UND ZIELFÜHREND ZU GESTALTEN, KÖNNEN SEIN:

- Wie können die erforderlichen Maßnahmen umgesetzt werden?
- Wer setzt sie um?
- Bis wann werden sie umgesetzt sein?
- Sind die beteiligten Institutionen/Personen in der Lage bzw. qualifiziert, die Aufgaben zu bewältigen?
- Wie ist die Qualität der beteiligten Institutionen gekennzeichnet – strukturell, prozessbezogen?
- Sind genügend Kapazitäten vorhanden?
- Welche Aufgaben übernimmt die Case Managerin?
- In welchen Bereichen muss sie steuernd eingreifen?
- In welchen Bereichen agiert der Klient autonom?
- Sind alle notwendigen Schritte der Fallsteuerung implementiert?

5) Monitoring:

Geplante Maßnahmen werden vernetzt und eingesetzt.
 Maßnahmen, Ziele und deren Wirkung sowie die Akzeptanz des Klienten werden überprüft.
 Kooperation des Versorgungs-Teams wird gefestigt.

5a) Überwachung der Unterstützung, Sicherung

CM	Prozess
Wann? (Zeitpunkt, Dauer)	- Regelmäßige Kontrolle bei Bedarf aber mind. alle 3 Monate bei noch nicht abgeschlossenem Fall
Wo? (Ort)	- Telefon evtl. vor Ort Besuche
Wer? (Beteiligte)	- CM & Klient - zusätzlich: Versorgungsteam (s.o.)
Was? (Prozessschritte)	- Fragen zum aktuellen Verlauf und Befinden - evtl. Problem- Hilfeanpassung/Netzwerkanpassung - passive Unterstützung bei bestehendem Hilfebedarf
Wie? (Beschreibung der Prozessschritte)	- Telefonisch, Email, Brief, Fax, persönlich
Womit? (notwendige Unterlagen, Hilfsmittel)	- iPad mit Plattform - Verlaufsprotokoll (Doku auf Plattform unter Case&Care)

5b) Nachverfolgung und Fallsteuerung

CM	Prozess
Wann? (Zeitpunkt, Dauer)	- Wenn Probleme mit dem Netzwerk vorhanden sind - Bei akutem Hilfebedarf und Veränderungen
Wo? (Ort)	- vor Ort, telefonisch
Wer? (Beteiligte)	- CM & Klient - zusätzlich: Versorgungsteam (s.o.)
Was? (Prozessschritte)	- Klären wo Probleme sind wie Probleme zur Lösung kommen können; was wird hierfür benötigt? - Initialisierung Interdisziplinäres Fallkonsil - Anpassung und/oder Wechsel des Versorgungsplans
Wie? (Beschreibung der Prozessschritte)	- Telefonisch, Email, Brief, Fax, persönlich
Womit? (notwendige Unterlagen, Hilfsmittel)	- iPad mit Plattform

ZENTRALE ASPEKTE, DIE DABEI HELFEN KÖNNEN, DIESE PHASE EFFEKTIV UND ZIELFÜHREND ZU GESTALTEN, KÖNNEN SEIN:

- Welche Veränderungen haben sich während des Case Management-Prozesses ergeben?
- Welche Teilziele sind bereits erreicht worden?
- Woran ist die Erreichung dieser Ziele zu erkennen?
- Warum wurden Ziele nicht erreicht?
- Muss eventuell ein Re-Assessment organisiert werden?
- Wie wird die Umsetzung überprüft?

6) Evaluation des Versorgungsbedarfs (Soll-Ist-Überprüfung):

Prüfung der Unterstützung, Fallsteuerung mit Bewertung der durchgeführten Prozesse durch das Versorgungs-Team.

Die Versorgung wird bei Erreichen des vereinbarten Ziels beendet.

CM	Prozess
Wann? (Zeitpunkt, Dauer)	- Abschlussgespräch, wenn die vereinbarten Ziele erreicht sind
Wo? (Ort)	- Telefonisch, Hausbesuch
Wer? (Beteiligte)	- CM & Klient - zusätzlich: Versorgungsteam (s.o.)
Was? (Prozessschritte)	- Überprüfung, ob die vereinbarten Ziele erreicht wurden
Wie? (Beschreibung der Prozessschritte)	- Abschließendes Gespräch
Womit? (notwendige Unterlagen, Hilfsmittel)	- iPad mit Plattform - Diskussion: Re-Assessment - Visitenkarten, Flyer - Aufklärung: erneute Kontaktaufnahme durch Klienten bei erneutem Bedarf

ZENTRALE ASPEKTE, DIE DABEI HELFEN KÖNNEN, DIESE PHASE EFFEKTIV UND ZIELFÜHREND ZU GESTALTEN, KÖNNEN SEIN:

- Welche Veränderungen sind bis zum Abschluss des Case Management-Prozesses eingetreten?
- Mit welchem Erfolg?
- Ist eine Nachbetreuung erforderlich?
- Wie effektiv waren die Maßnahmen?
- Wie effizient war der Einsatz der Mittel und Methoden?
- Gibt es präventiv unterstützende Maßnahmen, die den erreichten Gesundheitszustand erhalten?