

Tagungsband

3. Augsburger Hospiz- und Palliativgespräch

Koordination(en) im Kontext von Palliative Care

27. November 2010, 09.00 - 17.00 Uhr,
Augustanasaal, Augsburg

Herausgegeben von:
Eckhard Eichner und Michael Wissert



Tagungsband

3. Augsburger Hospiz- und Palliativgespräch

Koordination(en) im Kontext von Palliative Care

27. November 2010, 09.00 - 17.00 Uhr

Augustanasaal, Augsburg

Herausgegeben von:

Eckhard Eichner und Michael Wissert

IMPRESSUM

Die Informationen in diesem Buch wurden mit größter Sorgfalt erarbeitet. Dennoch können Fehler nicht vollständig ausgeschlossen werden. AHPV, Verlag und die Autoren übernehmen keine juristische Verantwortung oder irgendeine Haftung für eventuell verbliebene Fehler und deren Folgen.

Kommentare und Fragen können Sie gerne an die beiden Herausgeber richten:

Herausgeber:

Dr. Eckhard Eichner (AHPV); eckhard.eichner@ahpv.de
Prof. Dr. Michael Wissert (Hochschule Ravensburg-Weingarten);
wissert@hs-weingarten.de

Augsburger Hospiz- und Palliativversorgung e.V.
Stadtberger Str. 21
86157 Augsburg
info@ahpv.de
www.ahpv.de
Augsburg, Oktober 2011

Copyright:

Alle Rechte vorbehalten einschließlich der Vervielfältigung, Übersetzung, Mikroverfilmung sowie Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen

© 2011 Augsburger Hospiz- und Palliativversorgung e.V.

Bibliografische Information der Deutschen Bibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

Lektorat: Andrea Nagl, Augsburg
Umschlaggestaltung und Satz: thoraufotografie, Augsburg
Druck und Verarbeitung: Kessler Druck + Medien GmbH & Co.KG, Bobingen

ISBN 978-3-942413-01-5

Einleitung

Eckhard Eichner 9

Michael Wissert

Grußworte

Eckhard Eichner 13

Gabriele Hartl 15

Rolf Harzmann 17

Alexander Schmidtke 21

Beiträge

Koordinierst Du schon? Werner Schneider 25

Koordination im Sinne des
Case Managements Michael Wissert 41

Koordination als Teil von Systemsteuerung
und kommunaler Sozialplanung Michael Monzer 57

Koordination bei Prozessmanagement
und Pathwaystrategien Bernadette Klapper 69

Die palliativ-hospizliche Koordination
nach §39a SGB V Paul Herrlein 81

Da sind Sie gut beraten!? -
Netzwerkerfahrungen Renate Flach 99

Koordination als Teil der SAPV? Martina Kern 113

Netzwerkarbeit als Idee - das Alpha?	Monika Müller	129
„Miteinander arbeiten – Voneinander lernen“ – Koordination als Chance	Eckhard Eichner	141

Anhang

Referenten und Moderatoren	155
AHPV – Daten	157

3. Augsburger Hospiz- und Palliativgespräch

Koordination(en) im Kontext von Palliative Care

27. November 2010, 09.00 - 17.00 Uhr, Augustanasaal, Augsburg

Eckhard Eichner / Michael Wissert

Im Arbeitsfeld von Palliative Care und Hospizarbeit gibt es so viele unterschiedliche und damit zu klärende und zu verbindende Themenbereiche bzw. Begriffsbedeutungen von „Koordination“, dass sich die Mühe lohnt, diese unterschiedlichen Deutungen genauer zu betrachten, aber auch die unterschiedlichen Ebenen, auf denen Koordination bei und um die Versorgung sterbender Menschen herum stattfindet:

Zum einen gibt es bereits seit über 25 Jahren in Deutschland ambulante Hospizarbeit mit ihrer – erst später gesetzlich verankerten – hospizlichen Koordination nach §39a SGB V zur psychosozialen Begleitung durch Ehrenamtliche. Diese wird ergänzt durch die allgemeine hospizlich-palliative Koordination in Verbindung von 39a SGB V und den zu erbringenden allgemeinen palliativärztlichen und -pflegerischen Leistungen und bedeutet schon für sich alleine genommen im Einzelfall eine enorme kommunikative Leistung und Koordinierungsaufgabe. Paul Herrlein beschreibt deshalb am Modell das St. Jakobus-Hospizes in Saarbrücken, dessen Geschäftsführer er ist, „die palliativ-hospizliche Koordination nach §39a SGB V“. Renate Flach, Vorsitzende der Hospiz-Gruppe „Albatros“ ergänzt mit ihrem Beitrag: „Da sind Sie gut beraten!? – Netzwerkerfahrungen“ ihre konkreten Erfahrungen aus über 15 Jahren hospizlicher Koordination. Beide zeigen – ein jeder auf seine Weise – wie großartig und unersetzlich die Arbeit der ambulanten Hospizdienste für die sterbenden Menschen und deren Angehörige sein kann, aber auch, wie viel Arbeit es im Hintergrund bedarf, damit Menschen in ihrer letzten Lebensphase begleitet werden können.

Mit Einführung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) kam 2007 eine weitere Versorgungsform als intermittierendes oder kurzzeitiges Handeln mit hohem Koordinationsbedarf hinzu – zumindest zur allgemeinen Palliativversorgung und zur Hospizarbeit. Zur „Koordination als Teil der SAPV“ kann Martina Kern, die das Thema Koordination schon seit

mehr als 20 Jahren als Pflegekraft bzw. als Pflegedienstleitung in Bonn am Malteser-Krankenhaus und als stellvertretende Vorsitzende der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin kennt, aus der Bonner Realität Erfahrungen von Komplexität und Individualität beisteuern.

Koordination spielt binnenorganisatorisch zudem eine Rolle im Zusammenhang mit Prozessmanagement und Pathwaystrategien z. B. im Akutkrankenhaus. Bernadette Klapper wird in „Koordination bei Prozessmanagement und Pathwaystrategien“ den Fokus organisationssoziologisch auf einen bestimmten Punkt in der Versorgungskette ausrichten und der Frage nachgehen, was eigentlich in einzelnen Organisationseinheiten in dieser ganzen Versorgungslandschaft passiert, ohne dabei auf die Palliativversorgung im engeren Sinne einzugehen.

Koordination im Sinne des Case Management beinhaltet schon lange Anbahnung, Planung, Organisation, Realisierung und Evaluierung von umfassenden Versorgungs- und Unterstützungssettings im Einzelfall (Fallführung), deren Inhalte allerdings weit über den unmittelbaren palliativen Bereich hinausgehen können. Hier führen uns Werner Schneider mit seinem Beitrag „Koordiniert Du schon? - Koordination und Kooperation als Handlungsproblem aus soziologischer Perspektive“ und Michael Wissert mit „Koordination im Sinne des Case Managements“ in die theoretischen Grundlagen und soziologischen Deutungen von Case und Care Management im Kontext von Palliative Care ein. Beide sind Hochschullehrer in Augsburg bzw. Ravensburg-Weingarten und beschäftigen sich schon lange mit diesen teils sehr komplexen Fragestellungen auch im konkreten Feld der Palliativversorgung.

Koordination entwickelt als Systemsteuerung von Diensten in einem spezifischen Handlungsfeld und in der Schnittstelle zur kommunalen Sozialplanung Bedeutung für die regionale, laufende Angebotssteuerung und -entwicklung sozialer Leistungen. Michael Monzer, Sozialplaner der Stadt Stuttgart und sehr erfahren in der Sozialplanung insbesondere von wohnungslosen Menschen, aber auch in anderen Teilgebieten setzt sich kritisch mit der Rolle der Sozialplanung im Gesamtkoordinationskomplex auseinander. Tatsächlich steckt Sozialplanung zumeist tief in den mehr oder weniger starren Vorgaben von Verwaltung und Politik und hat sich in ihren Möglichkeiten an den verschiedensten Vorgaben und gegebenen Beziehungskonstellationen auszurichten. Umso wichtiger erscheint es, in seinem Beitrag „Koordination als Teil von Systemsteuerung und kommunaler Sozialplanung“ Sozialplanung als relevanten Teil palliativ-hospizlicher Versorgung zu begreifen.

Ganz besondere Koordinationsfunktionen besitzt ALPHA – die Ansprechstelle im Land NRW zur Palliativversorgung, Hospizarbeit und Angehörigenbegleitung, die seit 1992 unter der Leitung von Monika Müller massgeblich an der Umsetzung palliativer und hospizlicher Versorgung in Nordrhein-Westfalen

beteiligt war und auf unterschiedlichen Systemebenen ihre Wirkung entfaltet hat. Monika Müller wird in ihrem Beitrag „Netzwerkarbeit als Idee - das Alpha?“ von den Anfängen, den Schritten dazwischen und den Dingen, die ihr dabei wichtig waren und sind, erzählen und uns dabei auch auf etwas hinweisen, was wir bei all unseren Bemühungen in Bayern weiterhin nicht haben: eine neutrale, verbandsunabhängige Beratung aller, die es brauchen.

Zukünftig wird auch noch die Herausforderung zu meistern sein, die konzeptionelle und strukturelle Brücke zur Pflegeberatung und zu den Pflegestützpunkten zu schaffen (SGB XI). Hierzu gibt es in einzelnen Beiträgen zwar Andeutungen, in unserer Veranstaltung konnte wir aber nicht differenziert auf diese möglichen speziellen, konzeptionellen und strukturellen Verbindungen eingehen.

Koordination auf der operativen Ebene bleibt jedoch beliebig, wenn unklar ist, wer was in welchem Auftrag mit welchem konzeptionellen Selbstverständnis mit welchem Anspruch auf eine bestimmte organisatorische und inhaltliche Reichweite denn nun koordinieren soll und wird. Koordination auf der systemischen Ebene bleibt beliebig, wenn es nicht gelingt, die Verantwortlichen in den Organisationen, der regionalen und überregionalen Politik und letztendlich auch die regionale Zivilgesellschaft einzubinden in die Versorgung und Fürsorge sterbender Menschen und die Begleitung und Unterstützung der Angehörigen. Hierzu bedarf es auf allen Ebenen koordinierender und kommunikativer Prozesse, damit dies gelingen kann und Sterben – und explizit nicht der Tod – aus der Tabuisierung des Unausprechlichen zurückfindet in unsere Alltage – wo auch immer diese stattfinden.

All dies in Ruhe zu betrachten und zu systematisieren nur für den Bereich des palliativ-hospizlichen Handelns - das ist unser Ziel des dritten Augsburger Gesprächs.

Es sei noch ein persönliches Wort an dieser Stelle erlaubt: Wir freuen uns auch im Namen aller Beteiligten, dass es uns gelungen ist, nicht nur eine so erfolgreiche Veranstaltung durchgeführt haben zu können, sondern dass wir die Vorträge der Tagung auch dank der Bereitschaft der ReferentInnen und dank des Sponsorings der Firma Mundipharma in Buchform herausgeben können. Auch dies sehen wir als Beitrag für eine bessere Versorgung sterbender Menschen nicht nur in der Region Augsburg, sondern auch darüber hinaus.

Vielen Dank allen, die mitgewirkt haben und die in ihren Tätigkeiten ganz konkret dazu beitragen, dass Menschen dort leben und sterben können, wo sie leben und sterben wollen – auch wenn dies mit erheblichen Anforderungen an uns Ehrenamtliche und Hauptamtliche verbunden sein sollte.



Dr. Eckhard Eichner

**Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Anwesende,**

ich begrüße Sie als Vorstandsvorsitzender der Augsburger Hospiz- und Palliativversorgung e.V. zu unserer heutigen Veranstaltung „Koordination(en) im Kontext von Palliative Care“.

Ich freue mich ganz besonders, dass wir uns zu diesem doch relativ schmalen Thema mit so vielen Menschen austauschen dürfen und so viele exzellente Referenten gefunden haben, die beitragen können, welche Koordinationsvariationen es auf welchen Ebenen gibt.

Ich freue mich, dass vom Klinikum Herr Vorstand Schmidtke bei uns ist, der den stationären Bereich von Palliativversorgung massiv unterstützt und unterstützt hat: Speziell betrifft das die Palliativstation und den interdisziplinären Palliativdienst.

Ich freue mich, dass Professor Harzmann die heutige Veranstaltung leitet und begleiten wird. Wir beide haben schon „zusammen Narkosen gemacht“ (er als Chirurg würde das vermutlich anders ausdrücken wollen) und uns über palliativmedizinische Themen zu seiner aktiven Zeit ausgetauscht, doch inzwischen ist er Stadtrat in Augsburg und begleitet das Thema auf der kommunalpolitischen Ebene.

Das Thema „Koordination“ ist, wie wir alle wissen, nicht trivial. In Verträgen und Büchern steht zwar immer „Medizin, Pflege – und Koordination“, aber dieses „und Koordination“ ist in Wirklichkeit das, was uns oft Schwierigkeiten macht. Das war auch der Grund, warum wir diese Veranstaltung geplant haben.

Ich glaube und hoffe, wir werden heute Abend aus dieser Veranstaltung herausgehen und wissen, dass dieses „und Koordination“ mehr ist als nur ein Anhängsel zu den anderen Leistungen.

Zu Beginn der Veranstaltung freue ich mich auf Frau Dr. Hartl vom Bayerischen Gesundheitsministerium. Sie arbeitet seit über einem Jahrzehnt hart-



näckig und stetig daran, aus den Bedürfnissen der Menschen Versorgungsangebote abzuleiten und dies auch im Ministerium entsprechend nach oben zu transportieren. Sie unterstützt uns hier bei der AHPV schon seit inzwischen drei, vier, fünf Jahren mit ihrem Input. Dies ist auch ein wesentlicher Grund, warum das Ganze hier so schön gelingen konnte. Frau Dr. Hartl vertritt Gesundheitsminister Dr. Söder, der auch Schirmherr der Veranstaltung ist.

Zunächst wünsche ich uns jedoch eine spannende und gute Veranstaltung, verbunden mit der Hoffnung, dass wir auf Basis des Gehörten Anregungen und Impulse für das weitere Vorgehen in unserer Region erhalten werden.

Dr. Gabriele Hartl
Bayerisches Gesundheitsministerium

Im Namen des Bayerischen Gesundheitsministeriums begrüße ich Sie ganz herzlich zur heutigen Tagung und ich darf auch die besten Grüße von Herrn Staatsminister Dr. Söder überbringen. Er hat sehr gerne die Schirmherrschaft übernommen und bedauert, dass es ihm nicht möglich ist, heute hier zu sein.

Das heutige Thema ist „Koordination(en) in Palliative Care“ – einen ganzen Tag lang nur dieses Thema? Ganz schön ungewöhnlich. Ich möchte aber Herrn Dr. Eichner und sein Team ausdrücklich dazu beglückwünschen, dass sie dieses Thema gewählt haben. Koordination ist kein Randthema und aus Sicht der Patientinnen und Patienten ist es sogar von zentraler Bedeutung: Ob und wie die Betreuung, die sie erhalten, koordiniert wird; insbesondere wenn es sich um eine so umfassende Betreuung handelt, wie es bei Palliative Care der Fall ist.

Im Gesundheitsministerium beschäftigt sich eine Arbeitsgruppe mit der Stärkung der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung (AAPV), also der Basisversorgung. Diese Arbeitsgruppe hat die Koordination, neben der Qualifikation und der Entschleunigung, als eines von drei zentralen Themen identifiziert, denen wir uns widmen müssen.

Diejenigen, die sich der Koordination widmen, stehen vor nicht unerheblichen Anforderungen: sowohl die, die koordinieren, als auch die, die koordiniert werden. Koordination geht nicht ohne Kommunikation. Kommunikation gelingt nur, wenn man sich aufeinander einlässt.

Wenn man von Koordination spricht, dann kommt man auch schnell zur Vernetzung. Wer muss vernetzt werden? In erster Linie Palliative Care und Hospizarbeit. Das kann man nicht oft genug sagen, vielerorts sind sie schon nahezu untrennbar miteinander verwoben, an anderer Stelle müssen sie noch deutlicher zusammenwachsen - oder man muss sogar darauf achten, dass sie sich nicht wieder voneinander trennen.

Das Bayerische Gesundheitsministerium erarbeitet gemeinsam mit dem Bayerischen Sozialministerium ein umfassendes Konzept zur Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen in Bayern für Palliative Care und Hospizarbeit. Dieses Konzept wird im Frühjahr fertig sein und Herr Ministerpräsident Seehofer, dem dieses Thema auch sehr angelegen ist, wird



das Konzept persönlich vorstellen. Wir haben von Seiten der Ministerien in den letzten Jahren gezielt den Aufbau einzelner Versorgungssegmente gefördert, und je mehr Versorgungssegmente es gibt, um so wichtiger wird es, diese Segmente auch miteinander zu vernetzen. Entscheidend ist, dass beim Patienten zum richtigen Zeitpunkt die Therapie ankommt, die er dann auch benötigt.

Ziel ist es ja, den sterbenden Menschen möglichst viel Lebensqualität bis zuletzt zu gewähren. Ich meine, dass die Koordination einen entscheidenden Beitrag dazu leisten kann, dass dieses Ziel gelingt. Wir haben in den letzten Jahren schon einiges erreicht, aber wir wissen auch, dass noch eine Wegstrecke vor uns liegt und dass noch viele Schritte zu gehen sind. Dazu gehören auch immer wieder Tagungen wie diese: auf denen einzelne Themen gezielt erörtert werden, Wissen vermittelt wird, eventuell auch neue Ideen geboren werden oder neue Kooperationen entstehen.

In diesem Sinne wünsche ich, dass die heutige Tagung gelingt und dazu beiträgt, die Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen wieder einen Schritt weiter zu bringen.

Prof. Rolf Harzmann
Stadtrat, Stadt Augsburg

Meine sehr geehrten Damen und Herren!

Ich freue mich über das große Interesse an diesem Thema. In früherer Zeit, 2002, war das Interesse wesentlich geringer. Und es bereitet mit ein besonderes Vergnügen, heute die Moderation machen zu dürfen.

Sie werden sich vielleicht fragen, was ein „Operator“ hier zu suchen hat? Ich bin Urologe und habe für die Deutsche Gesellschaft für Urologie vor etwa 10 Jahren einen Arbeitskreis „Schmerztherapie, Lebensqualität, Palliativmedizin“ gegründet. Das hat viele verwundert, doch speziell beim Prostatakarzinom in der Endphase gibt es ganz fürchterliche Dinge und hier wird schnell klar, dass Palliativversorgung auch für Urologen ein wichtiges Thema ist. Zudem habe ich in einer sehr frühen Zeit Herrn Husebø kennen gelernt, den Sie wahrscheinlich ebenso verehren wie ich. Das war für mich der allerbeste Vortrag, der je im Klinikum gehalten wurde.

Ich habe eine Menge weiterer Berührungspunkte mit der Palliativmedizin, z.B. mit Frau Jonen-Thielemann, die das Mildred-Scheel-Haus in Köln geleitet hat. Und übrigens: Der erste Mediziner, der sich näher mit Palliativ-Fortbildung in Deutschland befasst hat, war – zusammen mit der Radiologin Dr. Mildred Scheel – der Chirurg Prof. Pichlmaier.

Die andere Frage, die sich stellt, ist: Was ist ein Grußwort überhaupt? Wenn Sie recherchieren, kommen sie zum niederdeutschen bzw. altdeutschen „grotja“ und das heißt: „Zum Reden bringen“. Das werde ich nachher als Moderator machen.

Zum Reden bringen entspricht der altdeutschen Sitte, nach der es dem Ankömmling erst nach der Anrede durch den Hausherrn erlaubt war zu sprechen. Das Grußwort kommt also vom Hausherrn, Oberbürgermeister Dr. Kurt Gribl, den ich hier vertrete. Und so begrüße ich Sie heute im Namen der Stadt Augsburg.

Weil es mir sehr am Herzen liegt, möchte ich etwas zum „Glanzlicht Klinikum“ sagen. Augsburg ist die drittgrößte Stadt Bayern, die zweitälteste Stadt Deutschlands, und sie hat ein hervorragendes Klinikum. Doch leider ist die Stadt auch bekannt für die 4 grossen „M“: Motzen, Meckern, Mäkeln und Mosern. Als Zugewandertem habe ich mich auch nach 24 Jahren nur

wenig daran gewöhnt. Um so mehr möchte ich hier Herrn Schmidtke und Herrn Dr. Eichner hervorheben. Sie lassen sich von den vielen Ms nicht anstecken, sondern gehen die Dinge positiv an und haben schon große Erfolge damit erreicht – für das Klinikum und für die Palliativversorgung und Hospizarbeit in der Region.

Ein beliebter Satz in Augsburg ist: „Die in München müssen doch was machen!“ Das Meckern darüber, dass „die in München“ was tun müssen, ist nur zum Teil berechtigt. Denn was zunächst einmal zu geschehen hat, ist, dass man selber das Gesäß hochkriegt. Was meine ich damit – speziell in der Palliativmedizin? Hier hat der Landtagsabgeordnete Max Strehle, ein CSU-Mitglied (ich bin kein CSU-Mitglied), gesehen, dass etwas geschehen muss. Er hat 2003 das Thema Palliativstation für die Region über die Stiftergemeinschaft zur Förderung des Klinikums Augsburg angeschoben. Mit dieser Initiative ist ihm gelungen, was am Klinikum Augsburg primär gar nichts vorgesehen war, sodass wir heute eine Palliativstation haben. Und Herr Dr. Eichner kümmert sich ebenso um dieses Thema wie die Mitarbeiter der Palliativstation auch, und inzwischen ist das auch in den ambulanten Bereich ausgeweitet worden.

Doch wie ist es mit der Förderung dieses Themas? Das Klinikum fördert heute die Palliativversorgung. Weiterer wichtiger Förderer ist die Diözese. Die Stadt Augsburg hat leider nur recht wenig dazugeben können, aber angesichts des Defizit ist auch diese geringe Summe beeindruckend. Der Kreis Augsburg, obwohl zu einem Drittel am Klinikum beteiligt, hat noch nichts beigetragen. Daran, Herr Schmidtke, müssen wir arbeiten, da haben wir Zugangsmöglichkeiten.

Einen weiteren Punkt möchte ich erwähnen: Im Klinikum wird im Moment daran gearbeitet, Zentren einzurichten. Zentren sind kein Allheilmittel, aber manchmal funktionell wichtig. Jetzt stellt sich die Frage: Wohin gehört das Interdisziplinäre Zentrum für palliative Versorgung? Anfangs kümmerte sich keiner darum, doch dann entstanden Begehrlichkeiten: Onkologie, Anästhesie, Urologie? Nun: Das Entscheidende in der Palliativmedizin ist ja nicht die onkologische Versorgung bzw. Fachdisziplin. Die allgemein-internalistische ist es durchaus, aber im Wesentlichen geht es um Symptomlinderung und um Zuwendung. Die Betroffenen haben die Diskussion pointiert mit einem Spruch, den ich im Klinikum an der Wand hängend entdeckt habe: „Zuwendung ist unwirtschaftlich.“

Das muss genauer thematisiert werden: Zuwendung ist unwirtschaftlich, Mitgefühl also auch und Empathie sowieso. Zuwendung ist also eine Art Zeitverschwendung? Ich glaube, das hat auch mit dem zu tun, was Sie sich heute vorgenommen haben: Sie sind weggekommen von der Koope-

ration hin zur Koordination. Dabei geht es um mehr Wirtschaftlichkeit und gleichermassen um mehr Zeit für Zuwendung. Ich bin überzeugt: Man darf die Palliativmedizin nicht rein wirtschaftlich betrachten, sondern muss sie primär menschlich-ärztlich sehen. Ich plädiere dafür, dass man sich bei der zukünftigen Entwicklung am Klinikum Augsburg sehr dafür interessiert, in welches Zentrum die Palliativmedizin verlagert wird und wie dieses organisatorisch strukturiert ist. Wichtig ist mir, dass man sie nicht zu einer onkologischen oder anderen Solodisziplin macht oder zum Teil einer Solodisziplin umfunktioniert, sondern ihr die Eigenständigkeit und Sonderrolle gibt, die sie braucht, um ihren Auftrag erfüllen zu können.

Ich wünsche Ihnen schöne Tage in Augsburg und eine schöne Tagung. Und: Tun Sie etwas für Ihre Bildung. Augsburg ist nicht nur Puppenkiste. Augsburg hat einen Dom mit den ältesten und schönsten Glasfenstern dieser Republik, die Fuggerei als älteste Sozialsiedlung der Welt und gleich nebenan die Annakirche mit Luther-Historie. Also Augsburg lohnt sich und falls die Zeit nicht reicht, kommen Sie wieder: Wir würden uns darüber freuen.



Alexander Schmidtke
Klinikum Augsburg

**Liebe Frau Dr. Hartl, Herr Professor Harzmann, lieber Herr Dr. Eichner,
meine sehr verehrten Anwesenden,**

ich freue mich sehr, hier bei den inzwischen dritten Augsburger Hospiz- und Palliativgesprächen, die sich mit dem Thema Koordination in seinen unterschiedlichen Facetten widmet, ein Grußwort sprechen zu dürfen.

Ich möchte in Reminiszenz meiner alten Tätigkeit in Fulda, wo ich Hauptgeschäftsführer eines katholischen grossen Krankenhausträgers war, der verschiedene Krankenhäuser in Hessen geführt und gemanagt hat, etwas vorausschicken: Hier war auch das Thema Hospiz- und Palliativmedizin natürlich ein sehr bedeutendes Thema. Während der sieben Jahre, die ich in Verantwortung stand, haben wir zwei Hospize gegründet, die letztlich in Gesundheitszentren – ja, Sie hören richtig: Gesundheitszentren! – organisiert waren. Wir haben uns aber auch intensiv mit den Themen Palliativmedizin, Palliativstationen und Palliative Care beschäftigt. In diesem Zuge ist mir von Herrn Sitte, der sicher auch ein Pionier in Hessen und in Fulda auf diesem Gebiet war, mit auf den Weg gegeben worden: In Augsburg gibt es sehr gut bestehende Strukturen, die zum Teil auch wirklich vorbildlich sind. In der Zwischenzeit habe ich das auch selbst festgestellt. Hier wurden Strukturen geschaffen, die aus meiner Sicht sehr gut sind und die auch weiterhin gefestigt werden.

Ich bin Vorstand des Klinikums in Augsburg und damit verantwortlich für ein kommunales Großkrankenhaus, in dem wir pro Jahr 230.000 Patienten behandeln. Aber hier gibt es auch 1.800 Sterbende pro Jahr. Das ist – vereinfacht ausgedrückt – fast jeder dritte sterbende Augsburger pro Jahr, der im Klinikum verstirbt. Daher ist das Thema Versorgung Sterbender für uns arbeitsalltäglich hoch relevant. Denn Sterbende entziehen sich bekanntlich jeglicher Unternehmenslogik – nicht, dass Sie mich falsch verstehen: Das ist auch gut und richtig so. Aber es stellt uns auch auf die Probe bzw. vor Herausforderungen in einer Großorganisation. Denn trotz der immensen ökonomischen Herausforderungen, denen sich das Klinikum Augsburg derzeit gegenüber sieht, verstehen wir uns gerade nicht als ein Gesundheitsindustriebetrieb, sondern wollen auch weiterhin ein Krankenhaus mit menschlicher Zuwendung sein – und dies auch dort, wo die Not besonders groß und die verbleibende Zeit auch sehr begrenzt ist.

Das fordert uns vor allem im Bereich mitmenschlichen Handelns, als Ärzte, Pflegende, Psychotherapeuten, Psychoonkologen und Mitarbeiter weiterer Berufsgruppen, dies fordert uns aber auch in den Fragen der Unternehmenslogistik. Darüber wird heute sicherlich auch gesprochen werden. Es fordert uns in Fragen der Koordination: Viele unserer Patienten würden gerne zuhause sterben – doch dies ist oft weniger eine Frage der Medizin denn der Organisation. Es ist auch keine Frage, dass wir diese Patienten nicht gerne nach Hause liessen. Sondern sehr häufig ist es eine Frage der Anschlussversorgung und den noch bestehenden Grenzen der Versorgung zu Hause.

Dies fordert uns auch in der Zusammenarbeit mit unseren ambulanten Partnern, sind wir doch auf der einen Seite der Neutralität gegenüber allen unseren Partnern, auf der anderen Seite dem Patienten mit seiner komplexen Versorgungssituation verpflichtet.

Und natürlich fordert es uns als Menschen – Sterben und Tod gehen auch in einem Großkrankenhaus nicht spurlos an uns und unseren Mitarbeitern vorüber.

Dies sind sicherlich nicht alle Herausforderungen mit Sterben und Tod, aber es soll Ihnen verdeutlichen, dass auch wir als Mitarbeiter eines Großunternehmens die Versorgung sterbender Menschen sehr genau wahrnehmen und ernst nehmen.

Dies war auch der Grund, dass wir nicht nur eine Palliativstation, sondern auch einen Palliativdienst im Klinikum aufgebaut haben und umfassend betreiben. Letzter hat seit 2009 im ersten Jahr seine Bestehens bereits über 500 Menschen mitbetreut, sei es durch Konsile oder Begleitungen in Ergänzung zu den behandelnden Kollegen im ambulanten Bereich. Dies ist auch der Grund, warum sich das Klinikum im Bereich der palliativ-hospizlichen Vernetzung so nachdrücklich engagiert hat und auch weiterhin engagieren wird.

Wir sind fest davon überzeugt, dass mit der ambulanten und stationären Versorgung sterbender Menschen eine gute Versorgung möglich sein wird. Und weiterhin ist dies auch ein Grund, warum das Klinikum die Versorgung Sterbender weniger als Versorgungsform denn als Herausforderung aller begriffen hat. Denn nur im Einvernehmen von allgemeiner und spezialisierter, von ambulanter und stationärer Versorgung sind komplexe Versorgungen überhaupt zu meistern. Ich freue mich sehr, dass es auch unter Einbeziehung unseres Teams im Klinikum, aber vor allem Herrn Dr. Eichner und seinem Team, der hierfür von unserer Seite aus hauptverantwortlich war, für die Region eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) vertraglich zu vereinbaren war und dass diese ab 1. Dezember über die Augsburger Palliativversorgung gemeinnützige GmbH angeboten

werden kann. Auch wenn diese Versorgung nur 10 % der Sterbenden zur Verfügung stehen soll, wurde damit doch eine bestehende Versorgungslücke in der Region geschlossen. Wenn ich richtig informiert bin, sind neben dem Krankenkassenvertrag, den Kooperationen mit den beiden Augsburger Hospizdiensten und der Kooperationsvereinbarung mit dem Klinikum auch die Abstimmungen innerhalb des Klinikums bereits soweit gediehen, dass gerade die oft sehr komplex zu versorgenden Patienten des Klinikums, die gerne zuhause sterben möchten, nun dank der SAPV und der bestehenden Kooperation nach Hause können. Ich selbst sehe dies als einen wichtigen Beitrag des Klinikums zum Miteinander an und bin davon überzeugt, dass dies für alle Beteiligten – allen voran den Betroffenen – eine verbesserte Situation herstellen wird.

Sie dürfen mich hier gerne beim Wort nehmen: Das Klinikum Augsburg sieht seine Verantwortung für sterbende Menschen und wird diese auch weiterhin wahrnehmen: als eigene Versorgungsleistungen im stationären Bereich und als Partner auf Augenhöhe für den ambulanten Bereich.

Erlauben Sie mir an dieser Stelle noch kurz einige grundsätzliche Feststellungen:

Jeden Tag sterben in Deutschland rund 230 Menschen, die eine SAPV benötigen, diese aber zumeist leider nicht bekommen, weil Krankenkassen keine Verträge mit den entsprechenden Versorgungsteams abschliessen. Seit drei Jahren haben Patienten Anspruch auf eine ambulante Palliativversorgung, doch noch immer fehlt ganz flächendeckend über ganz Deutschland ein entsprechendes Angebot. Von den etwa 180 Millionen Euro, die im Gesundheitsfonds im Jahr 2008 allein für die ambulante Versorgung von Menschen der letzten Lebensphase vorgesehen waren, wurden gerade einmal drei Millionen Euro abgerufen. Es gibt wissenschaftliche Untersuchungen, die belegen, dass sogar unter dem Gesichtspunkt der ökonomischen Herausforderungen gespart werden kann – die diesbezügliche Arbeit von Dr. Nolte wurde mit dem deutschen Schmerzpreis 2010 ausgezeichnet.

Wir hatten vor Kurzem eine Diskussion bei uns zum Thema „Ist Gesundheit für alle da?“. Es ging um Rationalisierung und Rationierung, und ich hatte bei der Veranstaltung von einem Modell aus Schweden berichtet. Denn wir sind noch ganz am Beginn dieses Diskussionsprozesses um die knappen Mittel im Gesundheitswesen. Dahin gehören letztlich auch die Mittel der Palliativversorgung. Wir sind am Anfang einer Priorisierungsdiskussion. In Schweden hat diese Diskussion fünfzehn Jahre gedauert und der Reichstag von Schweden hat vor einiger Zeit eben in dieser Priorisierungsdebatte beschlossen, dass es vier Prioritäten gibt, nach denen man vorgeht: Ganz oben stehen die lebensbedrohlichen Erkrankungen, die es natürlich als erstes zu finanzieren gilt. An zweiter Stelle bereits steht die Palliativversorgung.



Ich glaube, dass wir in Deutschland diesen Diskussionsprozess noch führen müssen; und ich würde mir sehr wünschen, dass auch genau die Phase im Leben, die mit Sicherheit am schwersten ist, sowohl für den Betroffenen wie auch den Angehörigen, gesundheitspolitisch gewürdigt wird und dass ein wesentlich höherer Stellenwert noch eingeräumt wird als dies heute letztlich ist.

I. Koordinierst Du schon? - Koordination und Kooperation als Handlungsproblem aus soziologischer Perspektive

Werner Schneider

Sehr geehrte Damen und Herren,

0. Vorbemerkung

zunächst vielen Dank an die Organisatoren für die Einladung zu dieser Veranstaltung, wobei ich gestehen muss, dass ich recht unsicher war bezüglich meines Vortrags, der einerseits auf der laufenden Projektarbeit im Rahmen der auf der Folie genannten SAPV-Begleitstudie beruht, die von der Paula Kubitschek-Vogel-Stiftung und dem Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit gefördert wird.

Das ist aber selbstverständlich nicht das Problem, unsicher war und bin ich vielmehr wegen des Titels, denn es geht andererseits nicht nur um die genannte Projektarbeit!

„Koordinierst Du schon?“ – Das ist für sich genommen ein recht flapsiger Titel, der bei der Vorbereitung die Möglichkeit bietet, den Inhalt zunächst noch offen zu halten, die Themenperspektiven erst einmal etwas auszuloten. Aber ich muss gestehen: Das Thema ist für einen Soziologen schwierig bis schrecklich! Denn die Soziologie nimmt das Thema Handlung, Handlungskoordination und Handlungskooperation gleichsam als Ausgangspunkt und als Zentrum ihres gesamten Denk- und Forschungsgebäudes – man kann also gar nicht anders, als bei diesem Themenstimulus – Reiz-Reaktions-Schema wie beim Hund, vor dem der Knochen liegt – gleichsam zu speicheln und die gesamte Soziologie auspacken zu wollen.

Dieser Versuchung, hier und jetzt eine soziologische Einführungs- und Grundlagenvorlesung zu halten, nicht zu erliegen, habe ich nur mühsam geschafft und doch meinen Untertitel mit mir selbst durchgekämpft: „Koordination und Kooperation als Handlungsproblem aus soziologischer Perspektive“.

Ich möchte nun vor diesem Hintergrund in drei Schritten vorgehen:

Ich werde in einem ersten Schritt einige grundlegende Anmerkungen vorausschicken, die beleuchten sollen, von was wir eigentlich reden, wenn wir von Koordination und Kooperation sprechen.

Im zweiten Schritt werde ich dann einige ausgewählte empirische Schlaglichter zu Handlungskoordination/-kooperation im Bereich von ambulanter Hospizarbeit und SAPV ausweisen – hierzu werden wir in weiteren Vorträgen ja noch mehr und Genaueres hören.

Der dritte Schritt wird dann noch kurz das Verhältnis von Handlungskoordination/-kooperation und Case Management aufgreifen, allerdings nur mit knappen Schlussbemerkungen – es folgen dazu ja ebenfalls noch weitere Beiträge von Kolleginnen und Kollegen, die sich mit Case Management weit intensiver beschäftigt haben als ich.

1. Handlungskoordination und -kooperation aus soziologischer Sicht

Die Soziologie befasst sich paradigmatisch mit dem Thema Koordination/Kooperation im Sinne eines Abstimmens von Handlungsweisen von Akteuren aufeinander. Wenn wir nun mit Blick auf ambulante Hospiz- und Palliativarbeit fragen: Wer koordiniert was und wie auf der Grundlage welcher Voraussetzungen, welcher Bedingungen und mit welchen Zielen?; dann könnte man eigentlich schnell eine vorläufige Antwort geben. Sie lautet z.B.: Der Hospizdienst oder das SAPV-Team schafft durch Koordination bzw. Kooperation ein möglichst tragfähiges, stabiles Betreuungsnetz, welches dem Patienten – gemäß seinen Bedürfnissen, Erwartungen und Wünschen – Hilfe und Unterstützung bietet und ihm ggf. ein Sterben zuhause ermöglicht.

Ich möchte nun zunächst zeigen, dass die Antwort so einfach nicht gegeben werden kann, denn dabei sind aus soziologischer Sicht einige wichtige Aspekte zu beachten.

Wenngleich banal, aber dennoch wichtig, weil es häufig durcheinander geworfen wird: Handlungskoordination ist nicht schon Handlungskooperation! – Wie das Beispiel des Boxens zeigt.¹

1 Das Beispiel des Boxens ist in Anlehnung an Reinhold Sackmanns Vorlesung „Einführung in die Grundbegriffe der Soziologie“ (Sitzung 5: Interaktion. Situationsdefinition. Kommunikation. Diskurs. Medien. Kultur) formuliert; Quelle: <http://www.empas.uni-bremen.de/old/sitzung5.pdf>; das Bildzitat auf der Folie entstammt http://welt.de/multimedia/archive/1174220394000/00189/boxen-1DW_Sport_ST_189322g.jpg



1. Handlungskoordination und -kooperation aus soziologischer Sicht



Handlungskoordination – ohne Kooperation!
Und doch gemeinsames Handeln...

Augsburg, 27.11.2010

3. Augsburger Hospiz- und Palliativgespräch

3

Beide Akteure verfolgen *kein gemeinsames*, aber *das gleiche Ziel*, den Kampf zu gewinnen. Und sie koordinieren ihre gestischen Handlungen aufeinander: den eigenen Schlag antäuschen, den gegnerischen Schlag abwehren, einen gezielten Schlag durch die Deckung des Gegners landen. Was hier in Bruchteilen von Sekunden abläuft, sind hochkomplexe, mittels wechselseitig geduteter Erwartungen und Erwartungserwartungen aufeinander abgestimmte Handlungsketten, die eine zeitlich begrenzte Interaktionsabfolge zwischen den beiden Akteuren herstellen, die manche sogar als Sport bezeichnen mögen.

Genau das ist soziologisch betrachtet der entscheidende Punkt: Um zu erkennen, was hier passiert – also ein Boxkampf –, reicht folgende Beobachtung und Deutung nicht aus: Akteur 1 will nur schlagen, Akteur 2 will nur verteidigen. Denn: Akteur 1 erwartet dabei, dass der andere sich verteidigen wird, und er erwartet auch, dass der andere seinen Angriff erwartet (Erwartungserwartung); Akteur 2 (re-)agiert in dem ganzen Geschehen mit den entsprechenden Erwartungen bzw. Erwartungserwartungen.

Ein individualistisch verkürzter Mikroblick auf die Akteure reicht dabei insgesamt zum Verstehen des Geschehens keineswegs aus, weil beide Akteure ein gemeinsames Verständnis der Situation teilen, dass sie an einem Boxkampf teilnehmen. Die Interaktion, bestehend aus wechselseitigen Hand-

lungskoordinationen, stellt eine gemeinsame Handlung dar, basierend auf wechselseitigem Verstehen.

Hätten zwei ähnliche Akteure – z.B. Jugendliche auf dem Pausenhof – unterschiedliche Situationsdefinitionen, wäre die Handlungskoordination deutlich erschwert. Wenn Akteur 1 zuschlägt – und die Situation als Teil eines eher spaßig gemeinten Boxkampfes definiert, Akteur 2 sich hingegen vehement verteidigt – weil er diese Situation als Teil eines brutalen Überfalls definiert, dann wären die Situationsdefinitionen gegenläufig, strittig, und die beiden Akteure würden sich gegebenenfalls als Kontrahenten vor Gericht wiedersehen.



Koordiniert Du schon? – Koordination und Kooperation
als Handlungsproblem aus soziologischer Perspektive

1. Handlungskoordination und -kooperation aus soziologischer Sicht

Der Begriff Handlungskoordination bezeichnet die grundlegenden Mechanismen der wechselseitigen Abstimmung von Handeln verschiedener Akteure und die Bewältigung

- damit verbundener Abstimmungsprobleme (z.B. der jeweiligen Erwartungserwartungen),
- vorhandener Dilemmata (z.B. am Ziel festhalten oder es aufgeben) und
- Konflikte (z.B. strittige Situationsdefinitionen).

Augsburg, 27.11.2010

3. Augsburger Hospiz- und Palliativgespräch

4

Mir geht es hier um folgenden Aspekt: Der Begriff *Handlungskoordination* bezeichnet die grundlegenden Mechanismen der wechselseitigen Abstimmung von Handeln verschiedener Akteure (ohne einem gemeinsamen Handlungsziel) und die Bewältigung damit verbundener Abstimmungsprobleme (z.B. der jeweiligen Erwartungserwartungen), vorhandener Dilemmata (z.B. an seinem eigenen Ziel festhalten oder es aufgeben) und Konflikte (z.B. strittige Situationsdefinitionen). Anders formuliert: Es geht um die Frage, wie die Ungewissheit darüber reduziert werden kann, wie der jeweils andere reagiert und welche Handlungsergebnisse tatsächlich eintreten, so dass kalkulierbares

und aufeinander abgestimmtes Handeln möglich wird.²

Die Antwort auf diese Frage lautet: In der Regel wird diese Unsicherheit durch *Konventionen* geleistet, die wirksam werden aufgrund der jeweiligen sozialen Einbettungen des gemeinsamen Handelns.³ Die Kunst der Handlungskoordination liegt also darin, Konventionen zu finden, an die sich jeder beteiligte Akteur halten wird, solange er an den Erträgen interessiert ist, die er für sich alleine infolge einer koordinativen (und bspw. nicht konkurrierenden) Handlungsabstimmung erreichen wird und solange er davon ausgeht, dass sich auch seine Mitakteure an diese Konventionen bis auf weiteres halten werden.



Koordiniert Du schon? – Koordination und Kooperation
als Handlungsproblem aus soziologischer Perspektive

1. Handlungskoordination und -kooperation aus soziologischer Sicht

Handlungskooperationen sind dann gegeben, wenn Akteure in ihrem gemeinsamen Handeln ein gemeinsames Ziel teilen, das sie nicht allein realisieren können, so dass ein wechselseitiges Abstimmen für alle von Vorteil ist.

Zwei Grundprinzipien: synergetische oder additive Kooperation;

⇒ Handlungskooperationen als soziale Systeme mit je eigenen Entwicklungsdynamiken und Unberechenbarkeiten;

Augsburg, 27.11.2010

3. Augsburger Hospiz- und Palliativgespräch

5

Im Bereich von Hospiz- und Palliativarbeit wird mit Blick auf diese Folie sofort deutlich, wo die praktischen Schwierigkeiten von Handlungskoordination liegen: Was sind die Erwartungen, Erwartungserwartungen der beteiligten Akteure – Patienten, Angehörige, Mitarbeiter des Hospizdienstes oder SAPV-

2 Vgl. Hirsch-Kreinsen, Hartmut: Koordination und Rationalität; Arbeitspapier Nr. 8 (Oktober 2004), Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliche Fakultät, Universität Dortmund; Quelle: <http://www.wiso.tu-dortmund.de/wiso/is/Medienpool/Arbeitspapiere/ap-soz08.pdf>

3 Vgl. Dodier, Nicolas: Konventionen als Stützen der Handlung. Elemente der soziologischen Pragmatik, in: Trivium. Deutsch-französische Zeitschrift für Geistes- und Sozialwissenschaften, 5, 2010 (Original in: Réseaux, 1993, Bd. 11, Nr. 62, S. 63-85); Quelle: <http://trivium.revues.org/3565>

Teams, Hausarzt, Pflegedienst usw.? Was sind die möglicherweise ständig wechselnden Zielvorgaben? Welche verschiedenen Situationsdefinitionen z.B. zwischen Angehörigen und Patienten gibt es?

Die zentrale Kategorie – wie eben benannt – ist die soziale *Einbettung* (embeddedness) des jeweiligen Handelns und den damit einhergehenden, weil institutionell gleichsam vorgeformten *Konventionen*. Solche regulativen Bedingungen für verschiedene Formen koordinierten Handelns umfassen z.B. formale und informelle institutionelle Regeln und Normen, Netzwerkstrukturen sowie Machtkonstellationen.⁴ Und auch hier ist sofort klar, was empirisch zu klären ist: Was sind eigentlich die Konventionen, die sich in der Hospizarbeit gebildet haben, in der SAPV-Praxis gerade herausbilden? Welche informellen Regeln und Normen, welche Netzwerkstrukturen und Machtkonstellationen finden wir in den jeweiligen Handlungs- und Interaktionsabfolgen?

Kooperationen sind dann gegeben, wenn Akteure – Personen oder Organisationen – in ihrem Handeln ein gemeinsames Ziel teilen, das sie nicht allein realisieren können, so dass ein wechselseitiges Abstimmen, eine Zusammenarbeit für alle einen Vorteil hat. Der Unterschied zwischen Koordination und Kooperation wird noch einmal deutlich beim obigen Beispiel des Boxens, bei dem Kooperation im Sinne bspw. einer ausführlichen Ankündigung des Schlages gegenüber dem Gegner inkl. Erörterung der Ratschläge für eine effektive Abwehr wenig zielführend wäre. Auch das Ziel, z.B. den Ringrichter niederzuschlagen, würde natürlich zu keiner Kooperation führen, da dies problemlos auch von einem der beiden Boxer bewältigt werden könnte.

Prinzipiell lassen sich zwei Grundprinzipien der Kooperation anführen:⁵ die *synergetische Kooperation*, in der „Neues“ geschaffen wird, welches durch eine Einzelperson oder Einzelorganisation nicht (oder nur unter größerem Aufwand) erstellt werden könnte und die *additive Kooperation*, in der bereits vorhandene Prozesse und Abläufe durch die Kooperationspartner zusammengefasst werden, um einen optimierenden Effekt zu erzielen. Auf jeden Fall entsteht durch Kooperation ein neues soziales System mit einer ihm eigenen Entwicklungsdynamik und Unberechenbarkeit.⁶

Hospiz-/Palliativarbeit koordiniert und kooperiert – mit den verschiedensten Akteuren: Einzelpersonen, Fachstellen in den unterschiedlichen institutionellen Kontexten mit ihren jeweiligen Konventionen, Regeln, Normen: in der Wohnung des Patienten, in einem stationären Hospiz oder im Pflegeheim,

4 Vgl. Hirsch-Kreinsen, Hartmut, a.a.O.

5 Zum Folgenden vgl. Feld, Timm C.: Anlässe, Ziele, Formen und Erfolgsbedingungen von Netzwerken in der Weiterbildung. DIE-REPORTS ZUR WEITERBILDUNG, Deutsches Institut für Erwachsenenbildung 2008; Quelle: <http://www.die-bonn.de/doks/feld0801.pdf>

6 Vgl. Feld, Timm C., a.a.O.

vom Telefon aus usw. – soweit ich das aus den bisherigen empirischen Untersuchungen ableiten kann – sowohl additiv wie auch synergetisch. Daraus folgt zwangsläufig, dass in und durch die Kooperationspraktiken ganz unterschiedliche soziale Systeme entstehen, sich je eigene Entwicklungsdynamiken und Unberechenbarkeiten einstellen.

Ich möchte die bisherigen Ausführungen nun in einem zweiten Schritt mit ein paar empirischen Schlaglichtern im Bereich von ambulanter Hospizarbeit und SAPV illustrieren.

2. Handlungskoordination/-kooperation in der ambulanten Hospizarbeit und SAPV – Gemeinsamkeiten und Unterschiede

Im Gegensatz zu stationären Einrichtungen, in denen die Handlungsabstimmung bei der Versorgung und Betreuung von Patienten in einem weitgehend durch die Institution vorgegebenen und gesteuerten Rahmen stattfinden kann, ergeben sich in der ambulanten Hospiz-/Palliativarbeit bekanntlich vielfältige und unterschiedliche Bedingungen und Bestimmungsfaktoren für die Ausgestaltung der Betreuung und Begleitung Schwerstkranker und ihrer Angehörigen.⁷ Dabei sind hinsichtlich der Frage nach Handlungskoordination/-kooperation nicht nur strukturell-organisatorische Merkmale der Einrichtung zu bedenken, sondern auch der regional-kulturelle Kontext, in dem eine Einrichtung situiert ist. Es geht letztlich um das Zusammenspiel von Organisationsstruktur des Dienstes, der jeweiligen vorherrschenden regionalen Infrastruktur sowie den sozialen und kulturellen Faktoren vor Ort bis hin zu den Merkmalen der jeweils zu begleitenden Patienten, deren lebensweltlichen Situationen (Angehörige etc.) und konkreten Krankheitsverläufen.

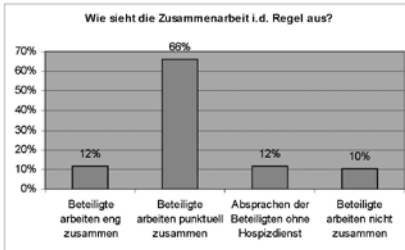
Schaut man auf die *ambulante Hospizarbeit* als solche, sind zunächst an der empirischen Oberfläche standardisierter Daten folgende Befunde zu berichten: Bei einer bundesweiten Befragung von 400 ambulanten Hospizeinrichtungen wurde erhoben, inwiefern sich die ambulanten Dienste mit anderen

7 Die folgenden Ausführungen basieren auf zwei Untersuchungen: Schneider, Werner (Projektleitung); Eschenbruch, Nicholas; Thoms, Ursula: Wirksamkeit und Qualitätssicherung in der SAPV-Praxis (spezialisierte ambulante Palliativversorgung) – eine explorative Begleitstudie; in Kooperation mit Dr. Eckhard Eichner, Interdisziplinäres Zentrum für palliative Versorgung Klinikum Augsburg, Dr. Elisabeth Albrecht, PALLIAMO Regensburg, Angelika Westrich, Christophorus Hospiz Verein e.V. (CHV) München; finanziert von Paula Kubitschek-Vogel-Stiftung und dem Bayerisches Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit (StMUG) (Laufzeit 2010-2011); Schneider, Werner (Projektleitung); v. Hayek, Julia; Pfeffer, Christine: „Sterben dort, wo man zuhause ist...“ – Zur Praxis der Sterbebegleitung in der ambulanten Hospiz- und Palliativarbeit, finanziert von der Dt. Krebshilfe e.V. und in Kooperation mit dem Deutschen Hospiz- und Palliativ-Verband e.V. (ehemals Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz BAG) (Laufzeit 2006-2008). Für entsprechende Publikationen siehe:

<http://www.philso.uni-augsburg.de/lehrtstuehle/soziologie/sozio3/mitarbeiter/schneider/publikationen/>



2. Handlungskoordination/-kooperation in der ambulanten Hospizarbeit und SAPV – Gemeinsamkeiten und Unterschiede



Zusammenarbeit der an der Begleitung und Versorgung des
Patienten Beteiligten aus Sicht ambulanter Hospizdienste (n=374)



2. Handlungskoordination/-kooperation in der ambulanten Hospizarbeit und SAPV – Gemeinsamkeiten und Unterschiede



Wie oft nehmen welche Akteure die Organisation der Zusammen-
arbeit ,in die Hand'? (n max.=321)

Akteuren vernetzen, die an der Versorgung und Begleitung des Patienten beteiligt sind (wie z.B. behandelnde Ärzte, Pflegedienste, Seelsorger u.a.). Dabei gaben 12% der befragten Einrichtungen an, bei ihren Begleitungen in der Regel mit allen Beteiligten eng zusammenzuarbeiten. Zwei Drittel (66%) der antwortenden Einrichtungen berichten über punktuelle Kooperationen mit anderen beteiligten Fachstellen und Fachpersonen – vermutlich punktuell je nach Patientenmerkmalen und den damit verbundenen Anforderungen. Weitere 12% gaben an, dass – aus Sicht der Einrichtung – zwar offenbar Absprachen zwischen den an einer Begleitung Beteiligten stattfinden, jedoch der Hospizdienst nicht direkt einbezogen sei. Weitere 10% nehmen bei den von ihnen durchgeführten Begleitungen keinerlei Koordination und Kooperation wahr, d.h. dass es trotz der Tatsache, dass verschiedene Akteure an der Versorgung bzw. Begleitung des Patienten beteiligt sind, es nicht zu einem systematischen Austausch bzw. einer Zusammenarbeit der verschiedenen Akteure kommt.

Diejenigen befragten Einrichtungen, die angaben, dass es bei den durchgeführten Begleitungen in der Regel zu einer engen oder punktuellen Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Fachstellen/Fachpersonen komme, gaben auch Auskunft darüber, welche Akteure dabei wie häufig die Koordination und Organisation der Zusammenarbeit in den Begleitungen ‚in die Hand nehmen‘. Dabei zeigt sich, dass – aus Sicht der Einrichtungen – dort, wo eine Koordination bzw. Kooperation stattfindet, dies am ehesten durch die Hospizdienste selbst geleistet bzw. organisiert wird. An zweiter Stelle stehen die Angehörigen und Pflegedienste, gefolgt von den beteiligten Sozialarbeitern. Von den Ärzten geht nach Angaben der befragten Einrichtungen am seltensten die Organisation von Koordination bzw. Kooperation der an Begleitungen beteiligten Fachstellen/-personen aus.

Wenn es zu gar keiner Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Akteuren kommt (wie es 10% befragten Einrichtungen berichtet haben), dann hauptsächlich deshalb, weil die Akteure zu wenig von der Arbeit des jeweils anderen wissen. Dass sich Akteure bewusst einer Zusammenarbeit verweigern, scheint hingegen die Ausnahme zu sein, nur 2% der Antworten entfallen hierauf. Viel gewichtigere Gründe sind das Fehlen einer Arbeitsorganisation, die auf Austausch und Kooperation angelegt wäre, und die Tatsache, dass niemand die Koordination in die Hand nimmt. Dass der Patient auch ohne Zusammenarbeit gut und den Bedürfnissen angemessen versorgt werde und darin der Grund für nicht vorhandene Kooperation liege, macht – ebenso wie sonstige Gründe – nur 6% der Antworten aus. Unter ‚sonstige Gründe‘ finden sich Antworten wie z.B.: ‚Ehrenamtliche werden von Ärzten nicht als kompetent angesehen‘, ‚mit Pflegediensten ist es besser‘ oder ‚Akteure haben Hemmungen, unseren Namen/Dienst den Betroffenen nahe zu bringen‘ oder ‚Konkurrenzdenken/Konkurrenzangst‘.



2. Handlungskoordination/-kooperation in der ambulanten Hospizarbeit und SAPV – Gemeinsamkeiten und Unterschiede



Gründe, warum Akteure nicht zusammenarbeiten (98 Antw. Insges.)

Augsburg, 27.11.2010

3. Augsburgs Hospiz- und Palliativgespräch

8

Ob die an der Versorgung und Begleitung des Patienten beteiligten Akteure zusammenarbeiten, hängt dabei deutlich erkennbar davon ab, ob sich eine Einrichtung auf dem Land oder in der Stadt befindet. Von der Stadt weg hinaus aufs Land nimmt die Kooperation kontinuierlich ab. Dass die Beteiligten gar nicht zusammenarbeiten, ist auf dem Land deutlich häufiger der Fall mit 24,1% als in der Stadt mit 6,0%.

Zusätzlich zu diesen Befunden sind – auf der Grundlage von qualitativen Daten – empirisch belegbar folgende weitere Abstimmungsprobleme bei Handlungskoordinationen zu erkennen:

Mit Blick auf den Patienten und seine Angehörigen ist festzuhalten, dass aufgrund nach wie vor fehlenden Wissens über Hospizangebote kaum konkrete Erwartungen gegenüber dem Hospizdienst geäußert werden. Anders gesagt: Die Bedürfnisse, Wünsche und Ansprüche an den Hospizdienst seitens der Klienten sind offenbar in den wenigsten Fällen vorab existent, klar konturiert und eindeutig kommunizierbar, sondern werden in der sozialen Interaktion mit den Hospizmitarbeitern erst geweckt, ausgestaltet und dadurch für die soziale Beziehung als Handlungsziele kenntlich gemacht. Das bedeutet: Handlungskoordination mit den Patienten/Angehörigen ist zu Beginn einer Betreuung häufig dadurch erschwert, dass deren Erwartungen erst gemeinsam herzustellen sind.

Die konkreten Handlungsziele (und die dahinter stehenden Erwartungen) können sich dabei über den Betreuungs- und Begleitungsverlauf – aufgrund der im Vergleich zu SAPV tendenziell längeren Zeiträume – öfters grundlegend ändern. Insbesondere mit Blick auf das Verhältnis zwischen Dienstmitarbeitern und Patienten, Angehörigen, aber auch zu anderen Fachstellen sind typische Konflikte in der Handlungskoordination – etwa im Austausch mit Hausärzten – auf unterschiedliche Situationsdefinitionen zurückzuführen, so bei der Bewertung von Medikamentgaben.

Interessant scheint mir nun zu sein, dass bei dieser Frage nach Koordination und Kooperation – wie in meinem ersten Schritt angeführt – Konventionen, also informelle Regeln, Normen, sprich: unterschiedliche Organisationskulturen eine wichtige Rolle spielen. So finden wir in der ambulanten Hospizarbeit Dienste, die sich als *privatheitliche Nachbarschaftsdienste* verstehen, d.h. sich dadurch auszeichnen, dass die wechselseitigen Bezüge innerhalb dieses Einrichtungstyps sowie die zu den Patienten vorwiegend in einem privatheitlichen Kontext, in den privaten Lebenswelten der Hospizakteure hergestellt und aufrechterhalten werden. Auch der Bezug nach außen wird primär privatheitlich hergestellt und es dominiert – anstelle von funktionaler Spezifität, also z.B. klarer Aufgabenteilung – bewusst hergestellte Rollendifusität und Personenbezogenheit, wodurch soziale Bindung erzeugt wird. Gerade der besondere Stellenwert dieser sozialen Bindung ermöglicht dann gemeinsames Handeln mit jenen Patienten und Angehörigen, die eine eher privatheitliche Hilfe zuhause wünschen.

Dem gegenüber finden sich ambulante Hospizdienste, die sich in ihrem Organisationsgrad und ihrer Darstellung nach außen von solchen privatheitlichen Nachbarschaftsdiensten unterscheiden, und damit ganz andere Anforderungen und Ansprüche an Handlungskoordination/-kooperation stellen. Solche Dienste, die sich dann eher als *professionalistisches Hospizzentrum* charakterisieren, verfügen über ein weitreichendes, ausdifferenziertes Angebots- und Personalspektrum und dort, wo die Bedürfnisse von Patienten nicht abgedeckt werden können, kooperiert der Dienst – in der Selbstwahrnehmung bzw. im Anspruch der Hospizakteure – gleichsam auf gleicher Augenhöhe mit unterschiedlichen Fachstellen/-personen in der Umgebung.

Deutlich wird mit diesen wenigen empirischen Hinweisen, dass Handlungskoordination und -kooperation sowie die damit verbundenen Praxisprobleme in der ambulanten Hospizarbeit vielfältig und typischerweise ganz unterschiedlich sind – je nach Dienstmerkmalen, Organisationskulturen, regional-kultureller Situierung sowie je nach Patiententypen.

Leider verfügen wir bislang noch über keine vergleichbaren Daten für die SAPV – schon gar nicht bundesweit, weshalb ich jetzt kürzer und freihändi-

ger auf der Basis von noch sehr vorläufigen Befunden aus qualitativen Daten (sprich: Interviews mit Patienten, Angehörigen und SAPV-Mitarbeitern hier in Bayern) argumentieren muss.

Anders als bei der Strukturvielfalt ambulanter Hospizdienste weisen SAPV-Dienste klare Strukturmerkmale aus, wobei jedoch beiden gemeinsam ist, dass das häusliche Betreuungssystem nur als Gesamtheit aller darin involvierten Akteure funktionieren kann: Nur wenn alle tatsächlich mitarbeiten, kann – ebenso wie beim Hospizdienst – der spezielle fachliche Beitrag des Palliative Care-Teams überhaupt zum Tragen kommen. Für die tägliche Arbeit in der SAPV heißt das, dass die Stabilisierung des häuslichen Systems sich in sehr vielen Fällen nicht auf die eigentliche, spezialisierte palliative Betreuung des Patienten beschränken kann. Wenn Angehörige aufgrund von Überforderung das schwächste Glied im Versorgungssystem darstellen, ein Hausarzt bei Verordnungen nicht zur Zusammenarbeit bereit ist oder das Sanitätshaus Lieferschwierigkeiten bei einem entscheidenden Hilfsmittel hat, muss das PC-Team sich darauf konzentrieren, diese Hindernisse zu beseitigen. Das PC-Team muss also in der Lage sein, das soziale Setting, in dem es arbeitet, an ganz verschiedenen Punkten zu stabilisieren, die bei weitem nicht alle direkt mit Spezialkenntnissen in Palliative Care zu tun haben.

Um die unterschiedlichen Akteure solchermaßen einzubinden sind zum einen komplexe, nicht-direktive Kommunikations- und Aushandlungsprozesse nötig. In diesen schafft das Team die häusliche Betreuungssituation, in der es arbeitet, selbst mit, trägt ständig vor Ort oder an anderer Stelle zu ihrer Erhaltung bei und reagiert auf Krisen unterschiedlicher Akteure. Oft sind es also Arbeiten im Hintergrund – in erster Linie am Telefon – die hier entscheidenden Anteil haben. Zum anderen muss das Team häufig auch in praktischer Hinsicht in der Lage sein, Tätigkeiten außerhalb seines eigentlichen Zuständigkeitsbereiches zumindest kurzfristig zu übernehmen – zum Beispiel eine Schmerzpumpe neu einstellen, oder punktuell Grundpflege durchführen – um einen potentiell destabilisierenden Engpass zu überbrücken.

Dies alles erscheint als recht ähnlich zur Hospizpraxis, allerdings deuten sich auch wesentliche Unterschiede bei den Koordinations- und Kooperationsmustern an: So scheint es im Kontext von SAPV zunächst vermeintlich klarere Zielvorgaben zu geben, die aufgrund der ggf. manifesten Krisensituation sich auf die Stabilisierung der momentanen Situation, auf Symptomkontrolle oder dergl. richten. Entsprechend dazu können Patienten, Angehörige – zumindest in der Rückschau – offenbar eher ihre Erwartungen artikulieren, wobei allerdings zu beachten ist, dass auch dies ein Interaktionseffekt zwischen den beteiligten Akteuren ist (Erwartungen also nicht einfach gegeben sind, sondern kommunikativ erarbeitet werden).

Zwar kooperieren offenbar Hospizdienste wie PC-Teams sowohl nach synergetischem wie additivem Prinzip. Allerdings deuten empirische Indizien darauf hin, dass Hospizdienste, je nach Organisationsgrad und Organisationskultur nicht in dem Maße wie SAPV-Dienste selbst bestimmen können, in welche Kooperationszusammenhänge sie eintreten. Wenn Hospizdienste gleichsam mit dabei sind, dann nehmen sie allerdings in der Regel auch die Kooperationssteuerung wahr. Und empirisch völlig offen ist für mich momentan noch, welche Konventionen sich bei SAPV-Diensten über die Zeit hinweg für die Bewältigung von Handlungskordinations- und -kooperationsanforderungen ergeben werden. Ich vermute aber, dass wir hier bald ähnliche unterschiedliche Organisationskulturen wie in der ambulanten Hospizarbeit sehen werden.

3. Zum Verhältnis von Handlungskoordination/-kooperation und Case Management

Ich komme zu meinem dritten Schritt – zum Verhältnis von Handlungskoordination/-kooperation und Case Management. Case Management ist aus meiner Sicht vor allem der Versuch, die aus erforderlichen, aber nicht wirklich bewältigbaren Koordinations- und Kooperationsprozessen resultierenden Dynamiken und Unberechenbarkeiten professionell und systematisch zu kanalisieren, zu kontrollieren, nach Möglichkeit zu gestalten und Unberechenbarkeiten zu minimieren. Dazu gibt es jedoch aus meiner Sicht einige ABER zu bedenken...

Zunächst ganz allgemein: Die Forderung nach Case Management erscheint vor allem im ambulanten Hospiz-/Palliativbereich plausibel. Denn hier gilt es, den Schwerstkranken und Sterbenden in seiner gewohnten Lebenswelt zu betreuen und dort verfügbare Netzwerkressourcen, wie etwa Lebenspartner, Familie oder Freundeskreis sowie Akteure unterschiedlicher Fachstellen in den Betreuungsverlauf zu integrieren. Gerade weil sich beim Verbleib des Sterbenden in seiner privaten Lebenswelt das, was jeweils ‚der Fall‘ ist, durch verschiedene Akteure mit unterschiedlicher institutioneller Herkunft und eventuell divergierenden Handlungsrelevanzen in je eigenen Konturen darstellt, scheint ein hoher Abstimmungsbedarf und eine entsprechende Koordinationsleistung aller an einem Fall Beteiligten erforderlich zu sein, um ein gelingendes Betreuungssetting zu ermöglichen.

Soweit ich das überblicke, stimmen ambulante Hospiz-/Palliativarbeit und Case Management in ihren Grundorientierungen insofern überein, als sie in ihrem Selbstverständnis das Individuum mit seinen Wünschen und Bedürfnissen ins Zentrum stellen. Selbstbestimmung und Entscheidungsfreiheit des betroffenen Individuums sollen gerade im privaten Lebensbereich von Seiten der Hospiz-/Palliativarbeit sichergestellt werden – Forderungen,

die sich mit der Programmatik von Case Management decken. Zu fragen ist aber: In welcher Weise und inwieweit kann Case Management eine sinnvolle Ergänzung zu den vorhandenen ambulanten Hospiz- und Palliativstrukturen darstellen?

Dazu einige abschließende Anmerkungen: Alles von mir Skizzierte deutet darauf hin, dass wir in der Hospiz-/Palliativarbeit – je nach Dienst – ganz unterschiedliche lokale Formen von Koordination und Kooperation vorfinden. Eine generelle Forderung nach Case Management bleibt somit nicht nur diffus, sie verdeutlicht auch nicht, wo konkrete Chancen und wo Risiken in der Einführung eines Case Managements in der Hospiz- und Palliativarbeit entstehen könnten.

Zu präzisieren wäre folglich, worauf der Case Manager – im Kontext der je unterschiedlichen Dienstypen, Organisationskulturen und Handlungsorientierungen der Akteure ‚vor Ort‘ – zielt, welche Typen von Betreuungsnetzwerken er herzustellen, zu stabilisieren sucht. Dies würde z.B. bei einem privatheitlichen Nachbarschaftsdienst anders aussehen als bei einem professionalistischen Hospizzentrum und wieder anders bei SAPV-Diensten.

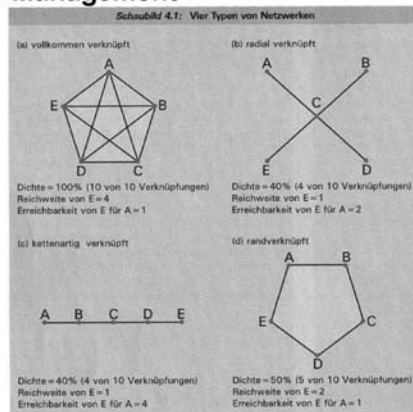
Mehr noch: Für einen privatheitlichen Nachbarschaftsdienst wäre ein Case Manager kaum in die Organisationskultur zu integrieren. Bei einem profes-



Koordiniert Du schon? – Koordination und Kooperation
als Handlungsproblem aus soziologischer Perspektive

3. Zum Verhältnis von Handlungskoordination/-kooperation und Case Management

Netzwerkformen:
„Wissen und Macht“



Quelle: Joas, H. (Hg.), Lehrbuch der
Soziologie, Frankfurt/Main 2001, S. 108

Augsburg, 27.11.2010

3. Augsburger Hospiz- und Palliativgespräch

9

sionalistischen Hospizzentrum wäre hingegen möglicherweise das Problem darin zu sehen, dass ein Case Manager aufgrund seiner Rollendefinition als funktional spezialisierter ‚Experte für das Ganze‘, der die Fäden in der Hand hält und den Überblick gerade bei steigender Komplexität des Falles behalten soll, gleichsam quer zu den gegebenen Machtrelationen positioniert ist.

Hier nur kurz als Beispiel-Illustration⁸ der Zusammenhang von Netzwerk, Wissen und Macht, damit klar wird, was ich meine – Macht als ein Aspekt, der in der ganzen Thematik leider weitgehend unbelichtet bleibt...

Letztendlich meine ich: Das PC-Team braucht im Kontext von SAPV keinen Case Manager – jedenfalls dann nicht, wenn SAPV auf der Basis einer entsprechend ausgebauten und kooperierenden AAPV aufsitzen kann.

VIELEN DANK FÜR IHRE AUFMERKSAMKEIT!

8 Joas, H. (Hrsg.): Lehrbuch der Soziologie, Frankfurt/Main 2001, S. 208



II. Koordination im Sinne des Case Managements

Michael Wissert

1. Einleitung

Der folgende Beitrag befasst sich mit dem Case Management [CM] und zwar unter dem speziellen Blickwinkel des Koordinationsbegriffs im Gesamtkonzept des CM und bei den einzelnen Strategien des Case Managements. Da nicht alle Leser dieses Buches Case Managerinnen¹ sind und sich mit diesem Beratungs- und Steuerungskonzept entsprechend gut auskennen, werde ich das Koordinationsverständnis im Case Management anhand von drei Thesen entfalten.

Einführend will ich jedoch zunächst einen kurzen Überblick darüber geben, wo der Begriff der Koordination und das Case Management im Zusammenhang mit der Versorgung kranker, pflegebedürftiger oder sterbenskranker Menschen in den Sozialgesetzbüchern aufscheint.

Es fällt, dass der Koordinationsbegriff zwar in einigen Sozialgesetzbüchern auftaucht, aber durchaus nicht einheitlich verwendet wird. D.h., es gibt in diesem Zusammenhang sehr unterschiedliche Vorstellungen darüber, was Koordination bedeutet. So taucht der Begriff u. a. auch im § 37b SGB V (Spezialisierte ambulante Palliativversorgung - SAPV) und in den damit verbundenen Regelungen und Richtlinien zur Ausführung der SAPV auf, er ist aber in diesem Zusammenhang inhaltlich noch gar nicht gefüllt oder beschrieben.

Dann finden wir den Begriff natürlich auch im § 39a SGB V (Stationäre und ambulante Hospizleistungen) und den damit verbundenen Richtlinien.

Ferner findet sich im §10 SGB IX ein Hinweis zur Koordination der Dienste und Maßnahmen im Rahmen von Rehabilitationsmaßnahmen unterschiedlicher Träger. Und auch im § 14 SGB II ist die Aufforderung an die Bundesagentur für Arbeit bzw. an die Jobcenter zur Koordination von Maßnahmen enthalten, allerdings unter dem Begriff bzw. der Funktion des Persönlichen Ansprechpartners, der bei Bedarf im Fallmanagement des SGB II die erforderlichen Maßnahmen koordinieren soll.

1 In meinen Texten verwende ich das grammatische Geschlecht jeweils in einer zufälligen Reihenfolge. Damit soll der Tatsache Ausdruck verliehen werden, dass Männer und Frauen gleichermaßen unsere gesellschaftliche Wirklichkeit bilden.

Der Begriff des Case Managements taucht in den Sozialgesetzen nicht explizit auf. Als Erklärung dafür wird oft angeführt, dass die Sprache in der deutschen Gesetzgebung deutsch sei und deshalb englische Fachbegriffe nicht verwendet werden. Im Gesetzgebungsprozess jedoch, in dem die einzelnen Gesetzestexte und Paragraphen ja sehr ausführlich und sehr differenziert erläutert und begründet werden, findet sich an einigen Stellen der Begriff „Case Management“ auch mit Bezug auf Koordinationsaufgaben. Ferner taucht das Case Management in Regelungen und Ableitungen zur Umsetzung der Gesetze auf, so z. B. ganz deutlich in der Vereinbarung der Gesetzlichen Pflegekassen über die Qualifikationsanforderungen von Pflegeberatern: Alle Pflegeberaterinnen der Gesetzlichen Pflegekassen sollen bis 2013 als Case Managerinnen fortgebildet und qualifiziert sein, damit sie in der Lage sind, die erforderlichen Maßnahmen für Menschen in komplexen Problemlagen zu koordinieren

Case Management und Koordination weisen also Schnittmengen auf, aber auch Unterschiede. Provozierend könnte man nun fragen: Kann man koordinieren, ohne Case Management zu betreiben, und gibt es Case Management ohne Koordinationstätigkeit? Ich will im Folgenden versuchen, Antworten für diese Fragen zu geben.

2. Case Management ist mehr als eine Methode

In meiner ersten These will ich erörtern, weshalb Case Management nicht nur als eine „weitere Methode“ verstanden werden kann, sondern zum einen ein umfassendes Konzept zur Steuerung von Maßnahmen für einzelne Menschen speziell in komplexen Problemen darstellt, zum anderen aber auch Elemente der Systemsteuerung im regionalen Bezug oder innerhalb von sozialen Organisationen beinhaltet. Die Steuerungsaufgaben umfassen auch die Koordination von Maßnahmen und von Diensten, gehen aber im Case Management inhaltlich noch weit darüber hinaus (Polster 2008).

In meiner zweiten These werde ich die Koordinationsaufgaben und darüber hinausgehende Funktionen des Case Managements auf den unterschiedlichen Handlungsebenen skizzieren.

In der dritten These wird das Case Management als eine Möglichkeit vorgestellt, als „Masterplan“ eingesetzt zu werden für unterschiedliche Koordinationsbedarfe und unterschiedliche Koordinationsstrategien in den unterschiedlichen Handlungsfeldern der Versorgung kranker, pflegebedürftiger und sterbender Menschen.

Meine Überlegungen sollen auch „Spuren legen“ zu den nachfolgenden Beiträgen in diesem Buch und ich hoffe, dass es mir gelingt, diese Spuren so zu legen, dass man versteht, dass Case Management ein anspruchsvolles Kon-

zept ist, das manchmal in den fachlichen Diskussionen jedoch trivialisiert und bagatellisiert wird.

These 1 zum Case Management: Case Management ist nicht nur eine Methode, sondern ein umfassendes Konzept, es schließt Koordination immer mit ein, reicht jedoch über Koordination weit hinaus.

Das Konzept Case Management besteht aus vier zentralen Elementen oder Bausteinen (siehe Abbildung 1). Es dient dazu, Menschen, die sich in komplexen Problemlagen befinden, ein Beratungs- und Koordinationskonzept zur Verfügung zu stellen, wenn sie selbst oder die herkömmlichen Dienste mit der Fülle und der Komplexität der Aufgaben überfordert sind.².

Die vier Kernelemente des CM-Konzepts

Case Management ist ein umfassendes **Beratungs- und Koordinationskonzept für Menschen**, die sich **in komplexen Problemlagen** befinden. Dazu bedient sich der Case Manager der Kernelemente des Case Management-Konzeptes, das sind die:

- Case Management-Methode
- Grundfunktionen des Case Managements
- Case Management-Prinzipien
- Case Management-Strategien



Abb. 1: Die vier Kernelemente des CM-Konzepts

2 Siehe hierzu auch den Beitrag von Martina Kern in diesem Band: sie beschreibt palliative Problemsituationen, in denen die Maßnahmen von bis zu 22 Diensten koordiniert werden mussten.

2.1 Zum Case Management als Methode

Die Case Management-Methode zeichnet sich durch ihre einzelnen Handlungsschritte aus (siehe Abbildung 2). Sie entspricht dem „Handwerkzeug“ der Case Managerin zur planvollen und wirkungskräftigen Organisation der richtigen Maßnahmen in komplexen Problemlagen. Es handelt sich hier also methodische Kenntnisse sowie praktische und instrumentelle Fertigkeiten, um mit diesen komplexen Situationen gut umgehen und sie dem Klienten bzw. Patienten in allen Phasen des Unterstützungsgeschehens als überschaubar und gestaltbar präsentieren zu können. In all diesen Handlungsschritten, bei denen wie im gesamten Kontext der CM-Diskussion zunächst einmal auch eine gewisse Dominanz der englischsprachigen Fachbegriffe auffällt, werden unterschiedliche Koordinationsaufgaben ausgeführt.

Vor allen Dingen beim sogenannten „Kontraktmanagement (Linking)“, wenn der noch generelle Serviceplan, den die Patienten oder die Angehörigen mit der Case Managerin vereinbart haben, in ganz konkret zu erbringende Dienstleistungen überführt wird, um damit ein gutes individuelles Versorgungsnetz zu knüpfen.

Die Koordination bezieht sich hier auf den Einsatz und die inhaltlichen Leistungen der Dienste im unmittelbaren Bezug auf den Klienten, also gewissermaßen auf eine Koordination im Haus, in der Wohnung und am Bett des Patienten (Wissert 2008).

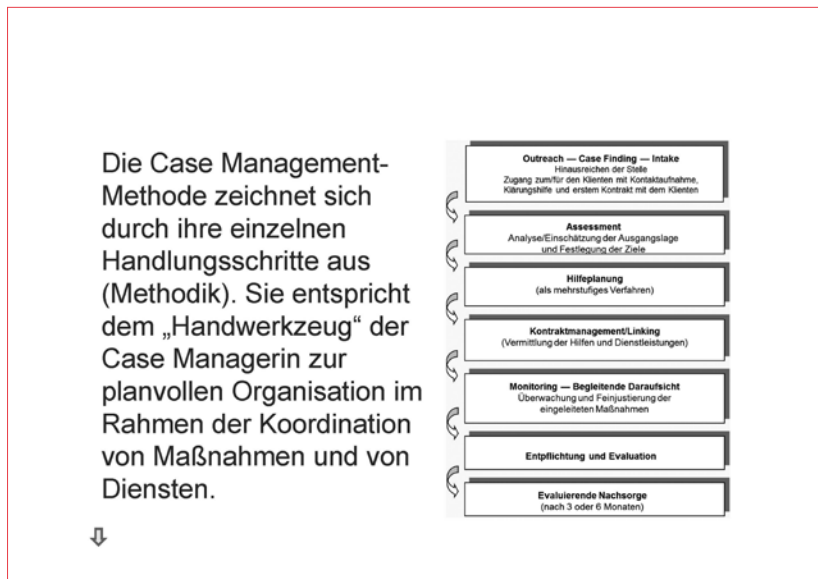


Abb. 2: Handlungsschritte des Case Managements

2.2 Grundfunktionen des Case Managements

Als zweites Kernelement des Case Management sind die Grundfunktionen zu nennen. Aber zunächst ist zu klären, was man allgemein unter einer Funktion versteht kann:

- Funktionen sind klar beschriebene Aufgaben von Personen innerhalb größerer Handlungszusammenhänge von (sozialen) Organisationen.
- Funktionen führen in der konkreten Anwendung durch Personen zu bestimmten Rollen, Rollenerwartungen und möglicherweise auch zu Rollenkonflikten.
- Die Grundfunktionen des Case Managements sind an die Aufträge und das koordinierende Handeln des Case Managers sowie an seine speziellen Rollen gebunden.
- Diese speziellen Rollen wiederum sind an die Person der Case Managerin in ihrem **beruflichen Auftragshandeln** gebunden. Mal verhandelt sie „hart“ und konfliktorientiert in der Sache für ihre Klientin, mal verhält sie sich „weich“ unterstützend und befähigend gegenüber dem Klienten oder den Diensten

Im Case Management gibt es vier Grundfunktionen, die in allen Handlungsschritten des methodischen Ablaufs in unterschiedlicher Intensität zur Anwendung kommen.

Es handelt sich dabei um die Funktionen des Gate Keepers, des Brokers, des Advocacy und des Social Supports (siehe Abbildung 3).

Der **Gate Keeper**, der Türhüter, koordiniert und regelt zunächst einmal den Zugang zum Case Management selbst, aber auch den Zugang zu allen Diensten und Maßnahmen im Verlauf des Unterstützungsprozesses (Wissert 2009b). In ihrer **Broker-Funktion** koordiniert die Case Managerin die Beschaffenheit der Dienstleistungen selbst und handelt Qualität, Zeitpunkt sowie Art und Weise aus, wie die einzelnen Maßnahmen speziell beim jeweiligen Patienten oder Klienten zu erbringen sind (Wissert 2010a). Die **Advocacy-Funktion** (sozialanwaltschaftliche Funktion) hat eine hohe Bedeutung, wenn Bedürfnisse, Würde oder Rechte des Patienten tangiert oder verletzt werden (Wissert 2010b). Und in der **Support-Funktion**, der sozialen Unterstützung, plant und koordiniert der Case Manager all die Maßnahmen, die dem Klienten helfen, auch schwierige und krisenhafte Situationen gut bewältigen zu können (Wissert 2011).

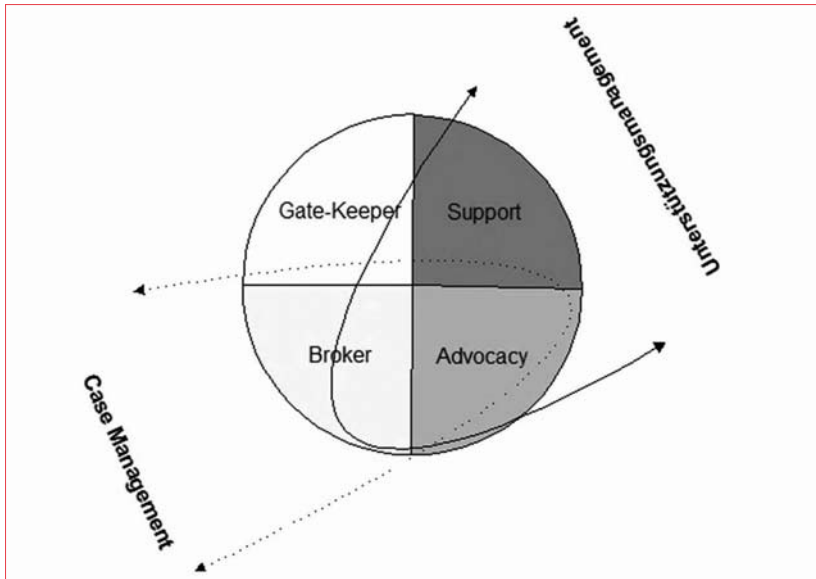


Abb. 3: Grundfunktionen des Case Managements

In Abbildung 3 sind auch zwei Parabeln angedeutet: Sie kennzeichnen unterschiedliche sozialpolitische strategische Ausrichtungen des Case Managements: Wenn in der Anwendung des Case Managements hauptsächlich die Support- und die Advocacy-Funktion zum Tragen kommen sollen, dann sprechen wir vom sogenannten Unterstützungsmanagement, das vor allem im Bereich von Palliative Care, hospizlicher Arbeit und im Bereich der Versorgung schwerstkranker Menschen eine hohe Bedeutung hat. Liegt der Schwerpunkt jedoch bei der Broker- und der Gate Keeper-Funktion, dann handelt es sich eher um Case Management-Varianten, die z. B. von den Krankenkassen betrieben werden, und bei denen hauptsächlich ökonomische Interessen im Kernpunkt der strategischen Ziele des Case Managements stehen. Hier hat die Koordination natürlich eine inhaltlich andere Bedeutung als beim Unterstützungsmanagement.

2.3 Zu den Prinzipien des Case Managements

Das dritte Kernelement bilden die Case Management-Prinzipien. Sie gelten generell für jegliches Case Management-Handeln. Diese Prinzipien beziehen sowohl auf die Person des Case Managers, als auch auf Case Management-Stellen und sie sollen von allen Akteuren im Handlungsfeld beachtet und respektiert werden. Hier wird deutlich, dass die Implementierung und der Einsatz

von Case Management hohe Anforderungen an das Zusammenspiel aller Akteure in einer Region oder innerhalb einer (sozialen) Organisation, wie z. B. einer große Klinik oder eines Wohlfahrtsverbandes als Träger vieler Maßnahmen, mit sich bringen.

Die Prinzipien des Case Managements orientieren sich an einem organisationssoziologischen Ansatz, dem Konzept des „People Processing“, d. h. der kontinuierlichen Begleitung von Menschen durch eine kritische Lebenslage hindurch.

Im Einzelnen umfasst das Konzept des People Processing wiederum drei Prinzipien, die ganz stark das Koordinationsverständnis und das konkrete Handeln des Case Managements beeinflussen: nämlich das Prinzip des „One Desk Service“ d.h. die „Beratung aus einer Hand“, von einem Schreibtisch oder einem Büro aus. Eine Stelle oder eine Person, nämlich die Case Managerin koordiniert alle erforderlichen Maßnahmen und steuert den gesamten Unterstützungsprozess.

Das zweite Prinzip lautet: „Across the Services“ und bezieht sich auf eine Koordination, die über die bisherigen solitären Zuständigkeitsregelungen der Dienste „hinweg“ reicht. In einem Case Management-Prozess entscheidet z. B. eben nicht mehr der einzelne Dienst alleine, wann er seine Unterstützungs-, Versorgungs- oder Betreuungsleistung erbringt, sondern die Case Managerin koordiniert in Absprache mit dem Patienten alle notwendigen Dienstleistungen so, dass ein individuell abgestimmtes Unterstützungssetting entstehen kann.

Das führt wiederum zu einem hohem Anspruch an die Kooperationsbereitschaft und -fähigkeit der Dienste: nämlich zu akzeptieren, dass in gewissen Situationen das Case Management die zentrale Koordinationsfunktion und Prozesssteuerung übernimmt. Und zu begreifen und umzusetzen, was diese Koordination im Einzelnen für die eigene Organisation (Binnenorganisation) bedeutet.

Das dritte Prinzip – Over Time – versteht das Case Management-Handeln als einen Prozess mit zeitlicher Kontinuität der koordinierenden und prozesssteuernden Tätigkeit. Dabei wird die Koordinationsfunktion möglicherweise zwar zeitlich begrenzt, aber sie erfolgt in hoher Dichte und lückenloser Kontinuität. Die Case Management-Stelle hat dann dafür einzustehen, dass sie die zentrale Ansprechstelle für alle an einem Unterstützungsprozess Beteiligten ist. Und die beteiligten Dienste und Personen müssen begreifen, dass diese CM-Stelle die drei genannten Prinzipien konsequent wahrnehmen und dabei den Diensten möglicherweise auch „lästig werden“ wird mit ihren inhaltlich und zeitlich durchgängigen Koordinationsbestrebungen.

Abbildung 4 zeigt stark vereinfacht den Unterschied zwischen herkömmlichen Beratungsprinzipien und denen des Case Managements

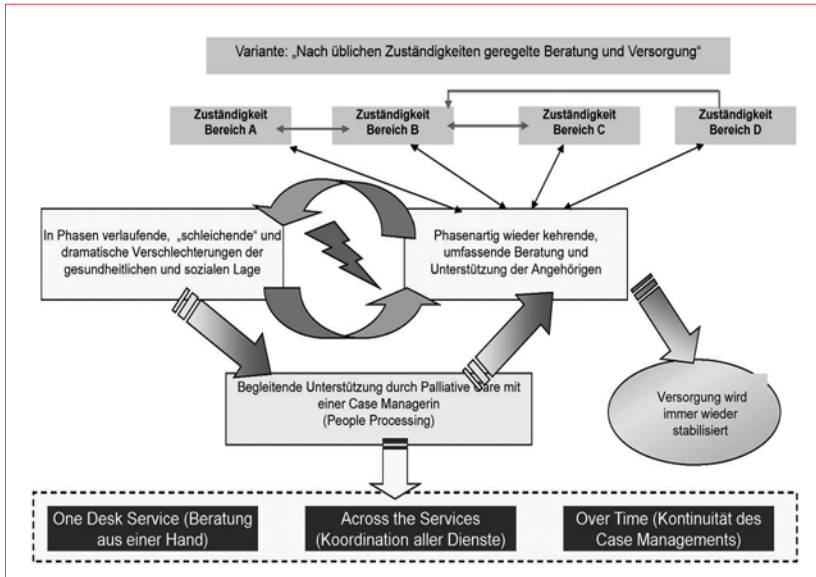


Abb. 4: Prinzipien des Case Managements bei der Versorgung und Unterstützung chronisch-, schwerstkranker und sterbender Menschen

Die Mitte der Abbildung veranschaulicht die Situation von schwerstkranken, von chronisch kranken oder von sterbenden Menschen, die gekennzeichnet ist, von einem immer wiederkehrenden Wechsel von Phasen der Beruhigung und des guten Umgangs mit der gegebenen Lebenslage mit Phasen, in denen sich die Befindlichkeit verändert und in denen es für alle Beteiligten sehr dramatisch werden kann. In den herkömmlichen Beratungskonzepten wird fast immer auf eine Zuständigkeitsklärung verwiesen, auch dann, wenn Lebenslagen sehr schnell schwieriger oder gar dramatisch werden. Gerade dann, wenn Menschen in komplexen Krisen darum ringen, innerlich und äußerlich ihren Alltag wieder neu organisieren zu können, sollen sie klären, welche Stelle zuständig ist und welcher Dienst und welche Maßnahme am besten für eine Verbesserung ihrer Lage geeignet ist. Und wenn dann noch – ausgerechnet in Phasen der hohen inneren Belastung und des großen Zeit- und Handlungsdrucks – erst vom Patienten oder seinen Angehörigen geklärt und darum gerungen werden muss, welcher der möglichen Finanzierungsträger z. B. ein erforderliches und speziell geeignetes Pflegebett bezahlt oder warum es möglicherweise nicht finanziert werden wird, weil bestimmte Unterlagen, Gutachten, Verordnungen noch nicht erbracht worden sind – dann

geht dabei viel Zeit, Energie und Kraft verloren und sehr oft wird die Versorgungssituation dadurch noch komplexer und dramatischer, als sie es ohnehin schon ist.

Das Prinzip des People Processing und die damit verbundenen Prinzipien der Koordinationsgestaltung hingegen ermöglichen immer dann, wenn schwer oder chronisch kranke Menschen in schwierige oder dramatische Situationen kommen, einen Zugang zur koordinierenden Stelle, damit das Versorgungsetting dann immer wieder stabilisiert wird. Und zwar durch die Erfüllung dieser drei Prinzipien: das Case Management koordiniert so, indem es Beratung aus einer Hand gewährleistet gibt, indem „quer“ zu den bisherigen Zuständigkeiten koordiniert wird und indem für einen gewissen Zeitraum, nämlich bis zur Stabilisierung der Situation, die Kontinuität als Ansprechpartner, Ansprechstelle und Koordinierungsstelle gewährleistet wird (Wissert 2008; Wissert 2009a).

2.4 Strategien des Case Managements

Die Case Management-Strategien bilden das vierte Kernelement des Case Management-Gesamtkonzepts. Sie verfolgen globale, strategische, gesundheits- und sozialpolitische Ziele, die jedoch nicht von einzelnen Case Managern festgelegt werden, sondern Teil sozialpolitischer Entscheidungen sind.

Diese strategischen Ziele können eher fiskalisch bzw. ökonomisch ausgerichtet sein oder haben eher zu tun mit der Erfüllung von Bedürfnissen, der Wahrung von Würde oder Wertvorstellungen von Klienten und Patienten.

Die Ausrichtung der Case Management-Strategien hat wiederum großen Einfluss auf die Gewichtung der Grundfunktionen. Wenn strategisch eher ökonomische Ziele verfolgt werden, dann wird Gate Keeper-Funktion einen hohen Stellenwert erlangen; wenn es strategisch um die Erfüllung von Klientenbedürfnissen geht, dann wird die Supportfunktion eine große Gewichtung haben.

Je nach übergeordneter sozialpolitischer Zielsetzung und nach Handlungsort des Case Managements kommt es zu sehr unterschiedlichen Case Management-Strategien. All diese Strategien verfolgen im Wesentlichen ganz spezielle Koordinationsinteressen und Koordinationsziele.

Wie kann man sich das vorstellen?

Michael Monzer ordnet die unterschiedlichen Case Management-Strategien zwei polaren Achsen zu: Auf der einen Seite der polaren Achse befinden

sich CM-Strategien, die eher ökonomische Ziele verfolgen und der anderen Seite der Achse werden CM-Strategien zugeordnet, deren Koordinationsinhalte sich eher mit der Erfüllung von Klientenbedürfnissen befassen und die den Klienten mit der Support- und der Advocacy-Funktion stark unterstützen (siehe Abbildung 5).

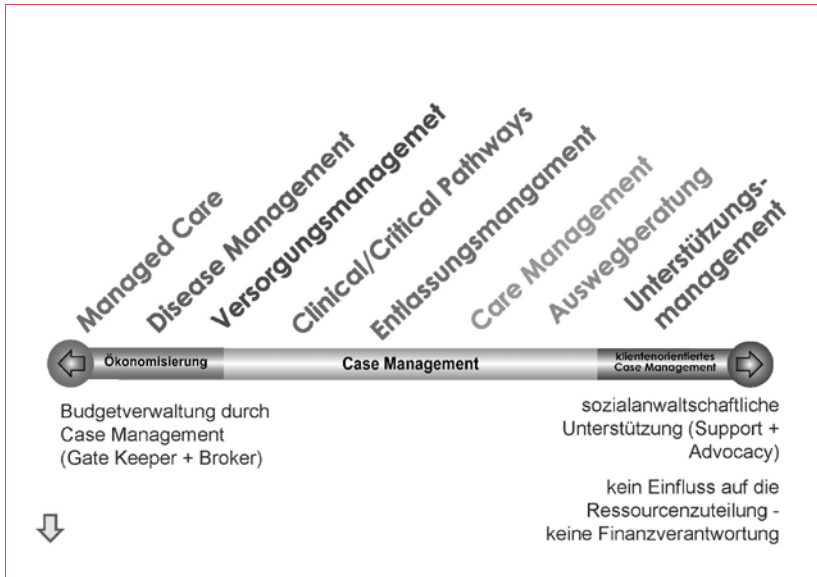


Abb. 5: Strategien des Case Managements im Gesundheitsbereich

Auf die einzelnen Ausprägungen und Spezifika dieser Varianten kann ich aufgrund der inhaltlichen Begrenzungen meines Beitrags nicht weiter eingehen. Wichtig ist an dieser Stelle jedoch, dass Koordination bei diesen einzelnen Varianten inhaltlich jeweils etwas anderes bedeutet. Alle diese Varianten beziehen aber sich auf das Gesamt-Konzept des Case Managements, auf die Methodik, auf die Grundfunktionen und auf die Prinzipien des Case Managements. D. h. es gibt gar nicht „das eine Case Management“, sondern es existieren sehr viele Varianten und spezielle Modifizierungen.

Eine wichtige Frage ist deshalb, welche dieser Varianten für das palliativ-hospizische Handlungsfeld geeignet sind? Passt z. B. überhaupt eine der Varianten in die Aufträge und das Handeln eines ambulanten Hospizdienstes? Und welche der Varianten wäre für die Koordinationsaufträge der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung geeignet?

3. Handlungs- und Wirkungsebenen der Koordination des Case Managements

These 2 zum Case Management: Case Management ist ein inhaltlich weiter reichendes und komplexeres Konzept als Koordination, da es sehr unterschiedliche Handlungs- und Wirkungsebenen und unterschiedliche inhaltliche Aufgaben von „diversen Koordinationen“ umfasst und in sein Gesamtkonzept integriert.

Case Management wirkt nicht nur auf der Ebene von Klienten und der unmittelbaren Patientenbegleitung, sondern hat einen wesentlich komplexeren und umfassenderen Bezugsrahmen. Abbildung 6 zeigt mit Bezug auf Michael Monzer stark vereinfacht die unterschiedlichen Handlungs- und Wirkungsebenen des Case Managements. Innerhalb dieser unterschiedlichen Handlungs- und Wirkungsebenen gibt es wiederum unterschiedliche Koordinationsverständnisse. Dabei werden drei Ebenen unterschieden.

Case Management erfüllt zum einen Aufträge im Rahmen der unmittelbaren Begegnung mit dem Klienten und seinen Angehörigen und bei deren Begleitung. Das ist das Case Management für einzelne Menschen, z. B. als Unterstützungsmanagement (Wissert 2009a).

Aber diese Handlungsebene ist nicht die einzige Ebene, in der Case Management wirkt und in der koordiniert wird. So führen die Erkenntnisse aus den konkreten Begleitungen einzelner Menschen dahin, dass wir auch die Entwicklung der Strukturen in den einzelnen Handlungsfeldern z. B. von Palliative Care und hospizlicher Arbeit koordinieren müssen. Das bezieht sich auf die Koordination der Dienste als Netzwerkarbeit außerhalb der direkten Organisation und Koordination von Versorgungssettings (Monzer/Wissert 2009). Die Koordination der Dienste als Netzwerkarbeit ist eine andere Aufgabe mit einem völlig anderen Zeithorizont als die Koordination im Einzelfall. Und auch darauf müssen sich alle Beteiligten und Akteure eines Handlungsfeld einlassen können: Wenn Case Management gewünscht und implementiert wird, dann muss ein entsprechender Koordinationsauftrag erteilt und er muss dann auch gekonnt realisiert werden. Zum einen auf der regionalen Ebene, zum anderen aber auch organisationsintern vor allem in großen Organisationen wie z. B. großen Kliniken. In der hospizlichen Situation wird man eher in der regionalen Koordination arbeiten, so wie es z. B. von der Servicestelle Hospizarbeit/Palliatives Netzwerk für die Region Aachen e.V. durchgeführt wird. In einem solchen Fall wird die Koordination das Care Management betreffen.

Die Erkenntnisse aus dem Management der Versorgungsstrukturen fließen dann wiederum als Beiträge in die Politikberatung ein, die auf der Makroebene stattfindet. Hier werden einerseits die politischen Vorgaben getroffen, die auf der Meso- und der Mikro-Ebene u. a. als Aufträge für Koordination umgesetzt werden sollen: Man kann nur dann koordinieren, wenn in den Sozialgesetzbüchern entsprechende Vorschriften und Aufträge dazu vorliegen und wenn die Finanzierung der Koordination gesichert ist.

Andererseits ist die Makro-Ebene auf Rückmeldungen aus den Koordinationserfahrungen angewiesen, damit sie entsprechende Steuerungen vornehmen kann (Wissert/Vogt/Radbruch 2009).

4. Case Management als Masterplan für Koordinationsbedarfe

These 3 zum Case Management: Das Gesamtkonzept Case Management bietet für vielfältige Koordinationsaufgaben einen generellen „Masterplan“.

Wie ist diese These zu verstehen? Die unterschiedlichen CM-Strategien, die Möglichkeit der variablen Gewichtung der Grundfunktionen, die generellen Prinzipien des „People Processing Ansatzes“ legen nahe, das CM-Konzept als einen „Masterplan“ im Rahmen von Koordinationserfordernissen zu verstehen und anzuwenden.

Dieser Masterplan könnte zum einen sehr hilfreich sein, um unterschiedliche Koordinationsaufgaben konzeptionell auszugestalten oder besser zu verstehen und für das eigene Handeln „außerhalb“ von CM-Stellen einordnen zu können. Koordination wird dabei in der regionalen oder organisationalen Ebene sehr unterschiedliche Formen und Ausprägungen annehmen: Koordination als Case Management wird im Krankenhaus anders aussehen (müssen) als bei einem Hospizdienst, obwohl in beiden Bereichen die Prinzipien des Case Management-Konzeptes gelten und (als Masterplan) Anwendung finden müssen.

Die Frage ist jedoch, ob es überhaupt an allen Orten des Handlungsfeldes (strukturell) zur Implementierung von Case Management kommen muss.

Zum anderen könnte ein solcher Masterplan auch zur Qualitätssicherung auf der Handlungsebene des Einzelfalles verwendet werden: Wenn ich dann von diesem Masterplan abweiche und damit vom Gesamtkonzept des Case Managements, dann bin ich als Case Managerin zu einer fachlichen Begründung verpflichtet. Natürlich wird es in einzelnen Begleitungen geschehen

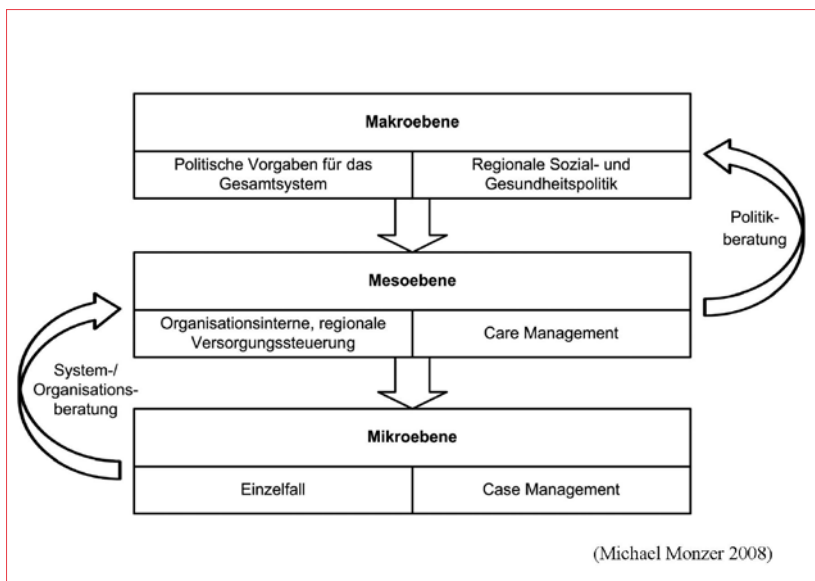


Abb. 6: Wirkungsebenen des Case Managements

können, dass ich nicht alle methodischen Handlungsschritte des Case Managements durchlaufe. Wenn dies geschieht, dann muss ich es aber im Rahmen von Rechenschaftslegung und Nachvollziehbarkeit begründen können.

Was bedeutet das jetzt? Für die hospizliche Koordination, die Koordination in der allgemeinen Palliativversorgung und in der SAPV könnte das Case Management als Masterplan Bedeutung erlangen. Auf seiner Grundlage könnte besser verstanden werden, warum Koordinationsaufträge und -verständnisse unterschiedlich sein können bzw. sogar sein müssen. Es könnte zu einem besseren Zusammenwirken, zu einer verbesserten Schnittstellenarbeit oder – als Idealfall – zu einem systematisch abgestimmten integrativen Zusammenspiel der unterschiedlichen Koordinationsaufgaben kommen.

Mit Blick auf die in Abbildung 5 dargestellten Strategien des Case Managements lassen sich nun auch die unterschiedlichen Koordinationsaufgaben und -auffassungen als Teilelemente eines Masterplans besser zuordnen und verstehen, da sie nicht mehr als konkurrierende und sich ausschließende Strategien gesehen werden müssen (siehe Abbildung 7).

Im Bereich des **Versorgungsmanagements** und des **Entlassungsmanagements** zeigt sich das Case Management als Koordination von Prozessen in-

nerhalb einer Organisation und kann als Strategie der **Clinicals Pathways** die Koordination aller Schritte und Maßnahmen umfassen: von der Anbahnung der ersten Schritte, wie Menschen in ein Krankenhaus kommen, bis zur Entlassung und zur ambulanten weiteren Versorgung.

Im Bereich des **Disease Managements** haben wir Ablaufprogramme, bei denen sich die Koordination auf den besten Umgang mit bestimmten Krankheiten bezieht. Hier werden Behandlungsroutinen von unabhängig voneinander arbeitenden Dienstleistern (Hausarzt, therapeutische Dienste, Labors, usw.) koordiniert, um den „Goldenen Behandlungsweg“ für Patienten einrichten zu können.

Bei der Strategie des **Managed Care** (d. h. der gelenkten Versorgung) werden Maßnahmen aus der Sicht und der Interessenlage von Finanzierungsträgern koordiniert. Hierbei wird versucht, durch eine optimale Koordination im Sinne einer globalen Steuerung Einnahmen- und Ausgaben z.B. von Krankenkassen in ein ausgewogenes Verhältnis zu bekommen. Und auch hierbei könnte das Konzept des Case Managements als Masterplan eine Grundlage bilden und dafür sorgen, dass nicht nur ökonomische, sondern auch qualitative Ziele (über die Prinzipien des CM) verfolgt werden.

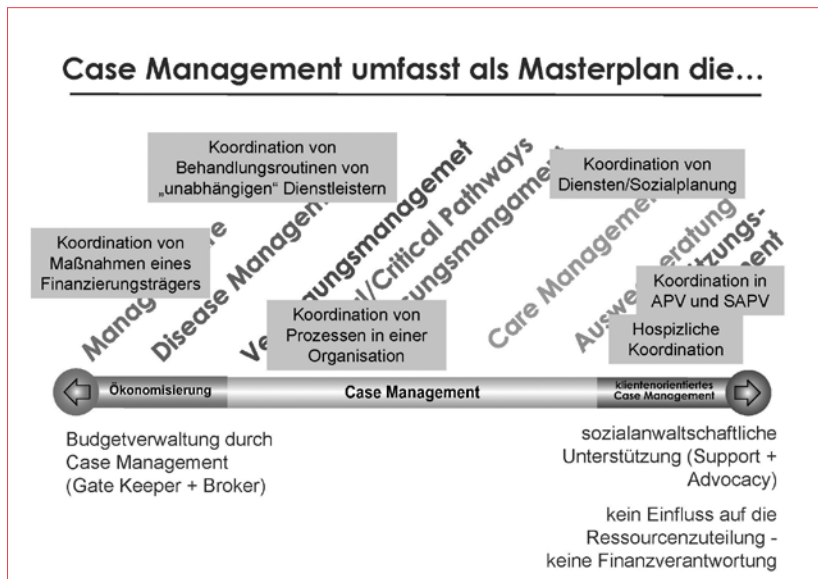


Abb. 7: Koordinationsaufträge im CM als Masterplan

Als Fazit meines Beitrags kann festgehalten werden: Es gibt nicht nur eine Möglichkeit der Koordination, da es viele unterschiedliche Koordinationszusammenhänge gibt, für die das Verfahren oder das Konzept des Case Managements insofern einen Masterplan bilden könnte, als es eine idealtypische konzeptionelle Sichtweise und Umgangsweise für komplexe Problemlagen von Menschen bietet. Bei der Umsetzung eines solchen Masterplans müssen und dürfen in den einzelnen Handlungsfeldern, Organisationen und Regionen jeweils unterschiedliche Modifikationen „ausbuchstabiert“ werden, ohne dabei in Beliebigkeit zu verfallen: es gilt der Masterplan.

Literatur

Monzer, M.; Wissert, M. (2009): Rolle und Funktionen des Case Managements in der Begleitung Sterbender. In: Case Management, Jg. 6, Sonderheft „Palliative Care“, S. 5-6.

Polster, I. (2010): Was ist Case Management? In: Zeitschrift für Palliativmedizin, 11. Jg. (H. 1), S. 14-17.

Wissert, M. (2008): Endbericht des Projekts „Unterstützungsmanagement in der Palliative Care- und Hospiz-Koordination“. Konzeptentwicklung für die Versorgung sterbender Menschen und ihrer Angehörigen im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales. Weingarten.

Wissert, M. (2009a): Organisationsaufgaben bündeln. Die Bedeutung der Fallführung bei der Versorgung sterbenden Menschen. In: Heilberufe spezial: Palliative Care. JG. 61, S. 66-67.

Wissert, M. (2009b): Tools und Werkzeuge beim Case Management. Grundfunktionen des Case Management: Gate Keeper-Funktion. In: Case Management, 6. Jg. (H. 2.) S. 89-91.

Wissert, M. (2010a): Tools und Werkzeuge beim Case Management. Grundfunktionen des Case Management: Broker-Funktion. In: Case Management, 7. Jg. (H. 1.) S. 38-40.

Wissert, M. (2010b): Tools und Werkzeuge beim Case Management. Grundfunktionen des Case Management: Advocacy-Funktion. In: Case Management, 7. Jg. (H. 2.) S. 91-94.

Wissert, M. (2011): Tools und Werkzeuge beim Case Management. Grund-

funktionen des Case Management: Support-Funktion. In: Case Management, 8. Jg. (H. 2.) S. 85-89.

Wissert, M.; Vogt A.; Radbruch, L. (2009): Wirkungen von Case Management-Qualifizierung. Ergebnisse eines Modellprojekts zum „Unterstützungsmanagement in der palliativen und hospizlichen Arbeit“. In: Case Management Jg. 6, Sonderheft „Palliative Care“, S. 36-44

III. Koordination als Teil von Systemsteuerung und kommunaler Sozialplanung

Michael Monzer

Sozialplanung fördert häufig Vorstellungen von einer fachlich unabhängigen Herangehensweise und einer kreativen Beschäftigung mit den strukturellen Versorgungserfordernissen einer Kommune oder Region. Tatsächlich steckt Sozialplanung zumeist tief in den mehr oder weniger starren Vorgaben von Verwaltung und Politik und hat sich in ihren Möglichkeiten an den verschiedensten Vorgaben und gegebenen Beziehungskonstellationen auszurichten. Deswegen ist auch das hier zu referierende Thema: „*Koordination als Teil von Systemsteuerung und kommunaler Sozialplanung*“ kein einfaches.

1. Koordination/Kooperation – eine Systematisierung

Bevor man sich allzu schnell in die Praxis der Sozialplanung begibt, muss der hier interessierende Begriff der *Koordination* behandelt werden. Dazu muss vor allem die Unterscheidung zwischen *Koordination* und *Kooperation* geklärt werden.

Es bietet sich an, diese Unterscheidung im Sinne des Handlungskonzepts Case Management¹ vorzunehmen, das auch in der palliativen Versorgung zunehmend an Bedeutung gewinnt.

Im Handlungskonzept Case Management ist es besonders wichtig, zwischen den *Adressaten* und den *Diensten* zu unterscheiden. Dabei sind die Adressaten nicht immer die Betroffenen selbst, sondern die, die mit externen Diensten zusammenarbeiten.

Der Einsatz von Case Management ist immer dann zu erwägen, wenn es gilt, Aufgaben aus dem Blickwinkel von bestimmten Nutzern zu koordinieren. Es baut dabei auf die Kooperation mit den Adressaten und den Leistungsanbie-

1 Es gibt kritische Einwände gegen den Einsatz von Case Management in der palliativen Versorgung, die befürchten, es könnte damit eine weitere steuernde Instanz eingeführt werden, die vor allem dem ehrenamtlichen Engagement schadet. Case Management, wie es hier verstanden wird, sieht sich allerdings nicht im Zentrum der Begleitung sterbender Menschen und ihrer Angehörigen sondern an seinen „Rändern“, den Schnittstellen und Behinderungen, die sich z. B. aus bürokratischen Verfahrensweisen ergeben. Das Zentrum gehört den Betroffenen und denjenigen, die die Hilfen erbringen. Das Zentrum ist der Impulsgeber. Case Management hat das Ziel, diese Initiativen weiter zu fördern und den impulsierenden Handlungsraum zu erweitern. {Monzer 2009 #538: 33}

tern. Je nach Perspektive und beteiligten Akteuren lassen sich folgende Aufgabenstellungen ausmachen (vgl. Tabelle 1: Aufgabenstellungen des Case Managements).

Tabelle 1: Aufgabenstellungen des Case Managements

	Koordination (Abstimmung)	Kooperation (Zusammenarbeit)
Adressaten	A. Koordination zwischen den Eigenaktivitäten der Adressaten und den Unterstützungsangeboten 	B. Kooperation mit dem Adressaten (-system) zur Festlegung der Aufgaben 
Dienste	C. Koordination von Unterstützungsangeboten nebeneinander und nacheinander, innerhalb von oder zwischen Organisationen 	D. Kooperation mit den verschiedenen Anbietern von Unterstützungsleistungen, um sie auf den Fall zusammenzuführen. 

- A. In der *Koordination* zwischen den Eigenaktivitäten der Adressaten und den Unterstützungsangeboten muss das Case Management vor allem eine selektierende Funktion übernehmen, damit die richtigen Fälle und die richtigen Angebote zusammengeführt werden. Dazu sind vielfältige Aktivitäten von Nöten, die vor allem in einem standardisierten Case Managementablauf beschrieben werden.
- B. In der *Kooperation* zwischen dem Case Management und dem Adressaten geht es vor allem um die Möglichkeiten der Klientenbeteiligung. Dazu müssen nicht nur deren Lebenswelt und deren spezifische Ressourcen bekannt sein. Es muss auch eine fallspezifische Strategie entwickelt werden, wie sie eingesetzt (Partizipation) und gefördert (Empowerment) werden können. Da die Gefahr immer gegeben ist, dass die Möglichkeiten, Vielfältigkeiten, aber auch die problematischen Verstrickungen durch einen vorschnellen Einsatz von Maßnahmen reduziert werden und damit Wichtiges übersehen wird, hat Case Management in diesem Zusammenhang insbesondere die Aufgabe, die Komplexität des Falles zu erschließen und gegenüber den Spezialdisziplinen und eindimensionalen Lösungsmustern aufrechtzuerhalten. Im weiterreichenden Sinne sind hiermit auch die Nutzung und der Erhalt der persönlichen Netzwerke zu sehen.
- C. Bei der Koordination von Unterstützungsangeboten geht es um die fallbezogene Steuerung der Angebote, sodass ein in sich schlüssiges Paket von Leistungen entsteht, in dem die Hilfen inhaltlich und zeitlich aufeinander bezogen sind. Da es der Normalfall ist, dass sich die Verhältnisse

häufig verändern, gehört die ständige Überprüfung ebenfalls zu diesem Aufgabenkomplex.

- D. Die Kooperation mit den verschiedenen Anbietern von Unterstützungsleistungen dreht sich vor allem um Leistungsabsprachen zu konkreten Fällen, aber auch zum Management der Fälle insgesamt. Dabei nimmt das Case Management die Funktion einer qualitätsbeaufsichtigenden, auf Transparenz und Fairness achtenden Instanz ein. In der Vertretung der Kostenträger achtet es auf Wirtschaftlichkeit und Wettbewerb zugunsten der potenziellen Adressaten.

Diese vier Aufgabenbereiche können als Ausgangspunkt für sozialplanerisches Handeln genutzt werden. Fälle werden als hinweisgebende Anlässe genutzt, um die Nutzbarkeit bestehender Angebote zu bestimmen. Koordination und Kooperation auf der Fallebene stellen dabei die Anschlussfähigkeit der Angebote an die Lebenswelten der Betroffenen in den Mittelpunkt. Auf der Ebene der Dienste interessieren vor allem die Möglichkeiten und Bereitschaften der beteiligten Anbieter, sich auf die verschiedenen Situationen der Nutzer einzustellen. Dabei gilt es, die Organisationserfordernisse der verschiedenen Leistungserbringer mit den individuellen Ansprüchen in Einklang zu bringen.

2. Einordnung der Sozialplanung

Diese hier dargestellte Grafik zeigt wesentliche Prozesse im Care und Case Management und ordnet in diesem Zusammenhang die Sozialplanung ein. Die verschiedenen Abläufe und Zusammenhänge werden anschließend ausgeführt.

Identifikation systemkritischer Fälle

Der Ablauf auf der Fallebene entspricht den standardisierten Schritten des Case Managements. Als entscheidendes Merkmal dieses Handlungskonzepts gilt die Verbindung zwischen der Fall- und der Systemebene.

Da Case Management als ein aufwendiges Verfahren gilt, ist sein Einsatz nur für solche Fälle sinnvoll, die an die Grenzen des bestehenden Systems stoßen. Ausgangspunkt planerischer Aktivitäten sind also Fälle, die im Rahmen der standardisierten Versorgung nicht ausreichend behandelt werden können. So wird es z. B. immer dann kritisch, wenn sich Problemlagen und/

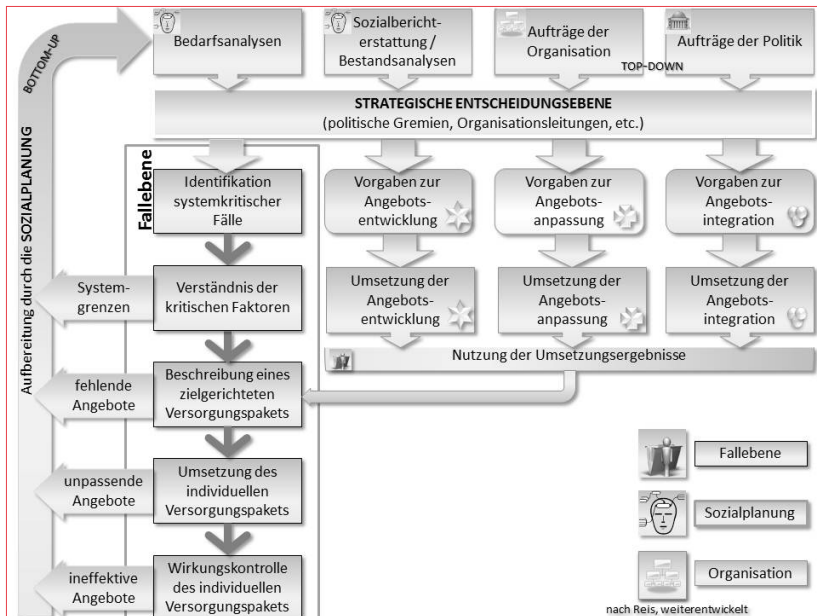


Abbildung 1: Zusammenhang zwischen Fall- und Systemsteuerung

oder Lebenslagen überlagern, wenn also Themen wie Sterben und Behinderung, Sterben und Migrationshintergrund oder Sterben und Sucht gleichzeitig auftreten. Typische Situationen für systemkritische Fälle sind auch:

- viele Beteiligte (Unübersichtlichkeit, Widersprüche etc.);
- Chronifizierungen (lange Geschichte von fehlgeschlagenen Lösungsversuchen);
- zu teure Lösungen;
- die Notwendigkeit einer dauerhaften Begleitung.

Wird die Sozialplanung von der Politik oder von anderen strategisch verantwortlichen Fällen beauftragt, schwierige Fallkonstellationen zu untersuchen, besteht die Möglichkeit bei der Fallauswahl, Impulse an das Case Management weiterzugeben, um im weiteren Verlauf entsprechende Erkenntnisse über notwendige Systemanpassungen zu bekommen.

In diesem Zusammenhang hat die Sozialplanung aber nicht nur eine Erkenntnis sammelnde Funktion, sondern ebenfalls eine Wächterfunktion, indem sie

die zuständigen Stellen und MitarbeiterInnen für besondere Konstellationen sensibilisiert (z. B. Fälle, in denen palliative Versorgung und schwierige materielle Bedingungen für die Betroffenen zu Grenzsituationen führen) und mit diesen gemeinsam Lösungen entwickelt.

Verständnis der kritischen Faktoren

Systemkritische Fallkonstellationen, die im Case Management bearbeitet werden, müssen aus Sicht der Sozialplanung soweit aufgeklärt werden, dass verstanden wird, wo das bestehende Versorgungssystem „an seine Grenzen kommt“. Es geht in diesem Zusammenhang nicht darum, warum ein bestimmter Fall so anspruchsvoll ist, sondern es gilt zu verstehen, warum unsere Systeme nicht gut funktionieren. Warum also z. B. der Arzt nicht mit dem Psychologen redet oder der Pflegedienst immer nur bestimmte Tätigkeiten macht und nicht das, was wir uns von ihm wünschen.

Mit dieser Herangehensweise lässt sich bei genauem Hinschauen (am besten durch eine detaillierte Fallanalyse) entdecken, dass es viele „versteckte“ Vorgaben gibt, die sich aus der Logik bzw. den Abläufen der Organisation heraus „zwingend“ ergeben, sodass es in vielen Fällen gar nicht unbedingt um die Fälle oder die Menschen geht, sondern um die Schwierigkeiten des Umgangs mit deren mitgebrachten Konstellationen und die Frage, wie sie mit den zur Verfügung stehenden Routinen am besten bearbeitet werden können.

Sinnbildlich dafür steht die Fragestellung: sollen wir (wie heute üblich) von *Menschen mit Behinderung* sprechen – oder wäre es nicht eigentlich passender (aber sicher für die Mehrheit schwer verständlich), von *behinderten Menschen* zu sprechen – angesichts der Tatsache, dass hier zumeist eine Behinderung der Betroffenen durch die unpassenden Strukturen (z. B. in den zuständigen Ämtern) vorliegt.

Beschreibung eines zielgerichteten Versorgungspakets

Ausgehend von der Vorstellung, dass Organisationen aus systemkritischen Fällen die Impulse ziehen können, die sie benötigen, um für zukünftige Entwicklungen (z. B. den demografischen Wandel) richtig aufgestellt zu sein, stellt sich im nächsten Schritt die Aufgabe, die Ziele für eine passende Versorgung abzuleiten, die notwendig sind – nicht die, die vorrätig sind.

Das klingt zuerst einmal einleuchtend, doch hier geht es mir um das exakte Verständnis. Wir sind es gewohnt, mit Menschen in der Versorgungsplanung fast schon automatisiert nach dem Muster umzugehen: „Du hast dieses Pro-

blem, da habe ich dieses Angebot.“ Diese Reaktion muss nicht falsch sein, steht sie doch für einen routinierten Umgang mit Routinefällen. Sie ist aber nicht ohne Weiteres richtig für die besagten systemkritischen Fälle; für die gilt: *„Du hast dieses Problem, daraus ergibt sich eine ganz bestimmte Zielstellung. Haben wir dafür das richtige Angebot?“* Wenn ein Problem immer nur der direkte Auslöser für eine bestimmte Maßnahme ist und wir dazwischen nicht über Ziele nachdenken, dann stoßen wir nie auf die Erkenntnisse, die uns im Rahmen der Sozialplanung zu neuen Angeboten führen. Die Unterbrechung zwischen Problem und Maßnahme in Form von Zielformulierungen ist eine entscheidende Voraussetzung, tatsächlich Ideen für neue Strukturen zu entwickeln. Hier liegt übrigens die besondere Kompetenz der Case ManagerInnen, die auch bewusst in den einschlägigen Fortbildungen vermittelt wird: aus dem Einzelfall abgeleitet in spezifischen Zielen zu denken.

Durch die zielgeleitete Beschreibung von wünschenswerten Maßnahmen werden also notwendige, aber im ungünstigen Fall nicht verfügbare Angebotsbeschreibungen gesammelt und als wichtige Impulse an die Sozialplanung weitergegeben.

Umsetzung des individuellen Versorgungspakets

Auf die Erarbeitung der Ziele folgt die Umsetzung des daraus entwickelten Versorgungspakets. Wobei sich nicht alle guten Ideen auch tatsächlich realisieren lassen und auch nicht immer alles auf Anhieb funktioniert, weil z. B. die betroffene Familie nicht mit dem vorgeschlagenen Pflegedienst zusammenarbeiten möchte, oder weil die angebotenen Leistungen sich ganz anders darstellen wie erwartet. Des Weiteren ist bei der Umsetzung immer auch die fallbezogene Vernetzung und Koordination der Maßnahmen zu beachten – und hier werden wir in den systemkritischen Fällen eben auf Koordinationsprobleme stoßen. Vielfach stehen für die meisten der erhobenen Probleme die entsprechenden Angebote zur Verfügung. In der täglichen Praxis ist es aber ernüchternd festzustellen, wie schwierig eine gute Gesamtkoordination hinzubekommen ist, mit der die Betroffenen tatsächlich entlastet werden können.

In der Regel sind die Maßnahmen während der Umsetzung weiter anzupassen. In der ersten Phase, in der eine Maßnahme installiert wird, gilt es deswegen, die Verantwortung für den Fall zwischen dem Case Management, den Betroffenen und den Leistungserbringern zu teilen.

Für die Sozialplanung bedeuten strukturbedingte Anpassungs- und Koordinationsprobleme eine weitere Quelle von Informationen.

Wirkungskontrolle des individuellen Versorgungspakets

Zu einem gegebenen Zeitpunkt – das kann das Ende der Maßnahme oder ein vereinbarter Zwischencheck sein - erfolgt die Wirkungskontrolle. Dabei wird bewertet, was das Ganze gebracht hat und ob wir die individuellen Probleme mit unserem Versorgungspaket gut abbilden können, und ob sich der Ressourcenaufwand in einem gesunden Verhältnis zum Ergebnis darstellen lässt.

Kommt man zu einem negativen Ergebnis, können gemäß der Logik des Case Managements folgende Gründe vorliegen:

- falsche Maßnahme(n)?
- falsche Ziele?
- qualitative Mängel (der Maßnahme, der Kooperationen zwischen den Maßnahmen)?
- zu hoher (finanzieller / zeitlicher) Aufwand?

Sozialplanung, die sich mit der Frage zu beschäftigen hat, ob die eingesetzten Maßnahmen als effektiv und effizient zu bewerten sind und damit auch wichtige Aussagen über die weitere Ressourcenverteilung beeinflusst, darf dabei allerdings auch das Case Management selbst nicht aus den Augen verlieren. Wenn, wie zum Teil in den JobCentern, Case Management mit der Vorgabe 1 Case Manager für 300 Personen, angeboten wird, dann muss es nicht verwundern, dass dieser Ansatz keine wesentlichen Effekte zeigt. Es muss deswegen davor gewarnt werden, Case Management in allen Fällen einzusetzen. Case Management ist nur sinnvoll, wenn sich diese Zeit im Sinne einer Investition, auch unter strukturellen Gesichtspunkten wirklich bezahlt macht. Ansonsten wird dieses Konzept wenig Zukunft haben.

Sozialplanung in der Bottom-Up-Beauftragung

Schließlich müssen die bis jetzt gewonnenen Erkenntnisse in irgendeiner Art und Weise auf eine Entscheidungsebene transferiert werden, vor allem dann, wenn es im bestehenden Versorgungssystem nicht klappt, wenn Angebote fehlen, wenn die Versorgungspakete nicht richtig funktionieren oder wenn Ziele nicht erreicht werden. Deshalb spreche ich hier vom Bottom-up-Ansatz in der Sozialplanung.

In dieser Beauftragungsrichtung sammelt Sozialplanung einerseits qualitative Daten aus den Fallverläufen, andererseits aber auch quantitative Daten wie z.

B. die Anzahl von Nutzern bestimmter Angebote, Diagnosen oder Übergänge von Angebot A zu B. Die Koppelung der qualitativen und quantitativen Daten ergeben dabei eine gute Planungsgrundlage, die vor allem im Hinblick die demografisch zu erwartenden Verschiebungen bitter notwendig sind.

Sozialplanung in der Top-Down-Beauftragung

Aufträge an die Sozialplanung erwachsen aber nicht nur aus den systemkritischen Fallverläufen, sondern kommen weit häufiger von oben (top-down), von der Organisationsebene und von der Politik. Die beteiligten Organisationen haben einerseits den Wunsch, dass die Fallebene zum Wohle der Betroffenen funktioniert. Andererseits haben sie auch ein betriebswirtschaftliches Konzept zu erfüllen und müssen personalrechtliche und finanzielle Aspekte in ihre Entscheidung einbeziehen. Aufträge von den leistungserbringenden und finanzierenden Organisationen an die Sozialplanung sind z. B.:

- gezielte Überprüfungen der Zukunftsfähigkeit von Angeboten
- Entwicklung von Netzwerken und Kooperationen
- Projektinitiierung und -begleitung
- Politikberatung.

In anderen Fällen wird die Sozialplanung auch direkt von der Politik beauftragt und beschäftigt. Dabei geht es z. B. um Themen wie:

- Umsetzung neuer Gesetzgebungen (z. B. SAPV oder Pflegestützpunkte)
- regionale Modell- und Konzeptentwicklungen
- Entwicklung regionaler Kooperationen.

Leider sind die Aufträge vonseiten der Politik in der Praxis häufig vorrangig zu bearbeiten, sodass der Bottom-up-Ansatz, der die Fälle zur Grundlage hat, viel zu kurz kommt. Die Fragestellungen, die die Politik interessiert, zielen aber eher selten dafür ab, vorher sicherzustellen, ob ihre Initiativen überhaupt etwas mit dem tatsächlichen Fallgeschehen zu tun haben. Im Vordergrund steht vielmehr das Interesse, mit den gestellten Fragen politische Wirkung zu erzielen. Die Analyse systemkritischer Fälle eignet sich für diese Intention wenig, da sie meist zu lange dauert, in ihren Aussagen speziell und in ihren Vorschlägen sogar mitunter unpopulär ist.

Für die Zukunft wäre deswegen eine aus dem Bottom-Up-Ansatz abgeleitete Politikberatung anzustreben, die auch für die Mandatsträger verwertbar ist.

In diesem Bereich hat die Sozialplanung wegen ihrer „tiefen“ Einbettung in die Sozialverwaltungen allerdings bisher wenig Erfahrung sammeln können. Eine direktere Einflussnahme bis hin zu einer entwickelten Zusammenarbeit zwischen Kommunalpolitik und Planung wäre deswegen richtungsweisend.

Strategische Entscheidungsebene

Zur strategischen Entscheidungsebene zählen z. B. politische Gremien oder die Leitungsebene von Organisationen. Tatsächlich steht aber nicht immer fest, wer über welche Themen zu beraten und zu entscheiden hat. Besonders problematisch verhält es sich, wenn sich die Entscheidungsebene hinter Funktionen wie dem Controlling oder dem Qualitätsmanagement versteckt. So hat Sozialplanung beispielsweise keinerlei Einfluss auf die Entscheidungen von bundesweit agierenden Organisationen, wie der Bundesagentur für Arbeit oder den Kranken- und Pflegekassen.

Sozialplanungen sind zumeist bei den Sozialämtern oder den Landratsämtern angesiedelt und entsprechend folgenden Instanzen verpflichtet:

- Stadtrat, Gemeinderat
- Amtsleitungen / Verwaltungen
- autorisierten Netzwerkremien.

Als ein solches Netzwerkremium könnte auch Ihr Netzwerk hier in Augsburg betrachtet werden, und aller Erfahrung nach ist es in den Entwicklungsphasen neuer und vernetzter Angebote besonders wichtig, strukturrkritische Fälle, wie eben dargestellt, zu beschreiben und für einen gelingenden Aufbau zu nutzen. Fallsteuerung, die durch Netzwerke autorisiert wird, entfaltet dabei eine weit größere Wirkung, als wenn diese nur durch den Kostenträger beauftragt ist. Allerdings wird es dabei notwendig sein, dass die Netzwerk getragene, strategische Entscheidungsebene Einfluss auf die Versorgungsstrukturen nehmen kann.

Grundsätzlich muss von den beteiligten Organisationen und der Politik entschieden werden, ob die Sozialplanung den Auftrag erhält, zusammen mit einem Case Management Angebotsentwicklung und -steuerung durchzuführen. Oder anders ausgedrückt: *Stellen wir uns unseren Systemlücken, und sind wir bereit, daraus neue oder angepasste Angebote abzuleiten?*

Wer sich auf diesen Weg begibt, riskiert allerdings auch, dass festgestellt wird, dass bestimmte Angebote nicht funktionieren und im äußersten Fall

abgeschafft werden sollten. Auch kann es dazu kommen, dass die Verantwortlichen zur Ansicht gelangen, dass eigentlich alle Angebote vorhanden sind, dass aber die Zusammenarbeit nicht funktioniert und eine Verpflichtung für mehr Koordination ausgesprochen und kontrolliert werden muss. Sozialplanung kann auch in dieser Phase zu einem wichtigen Berater werden und Veränderungsprozesse begleiten. Neue oder veränderte Angebote entstehen nur, wenn es zu einer funktionierenden Zusammenarbeit zwischen Sozialplanung und Anbietern kommt. Dabei geht es vor allem um die folgenden Aufgaben:

- Erstellung von Leistungsbeschreibungen (Inhalt, Kooperationsstrukturen, Qualitätsindikatoren), damit am Ende allen Beteiligten klar ist, wozu es geht,
- Absicherung der Finanzierung mit dem Kostenträger,
- Auswahl der Leistungserbringer,
- Preisverhandlungen,
- Moderation,
- Differenzierung bestehender Konzeptionen,
- Vernetzung.

Die Fallebene als Erfolgskriterium

Es wird deutlich, welche wichtige Funktion die Fallebene im gesamten Planungsgeschehen einnimmt. Sozialplanung ist weder ein rein politisches noch ein ausschließlich organisatorisches Vorhaben. Sie funktioniert nur, wenn ihre Resultate (z. B. angepasste Angebote) wieder auf die Fallarbeit bezogen werden. Deswegen braucht es:

- die vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen Sozialplanung, Kostenträgern und Leistungserbringern sowie
- standardisierte Prozesse bei der Leistungssteuerung (Fall) und bei der Angebotssteuerung (System).

Dabei gilt es immer zu berücksichtigen, dass in den meisten Bereichen nur 5 – 10 % aller Fälle an Systemgrenzen stoßen und Case Management benötigen. Es wäre wenig sinnvoll, für alle Fälle zwangsläufig Case Management vorzusehen. Trotzdem passiert dies immer wieder, z. B. weil dieses Konzept gerade in Mode ist, oder weil dadurch mehr Geld vom Kostenträger zu bekommen ist.

Thesen zur Wirkungsanalyse im Care- und Case Management

- Alle Beteiligten müssen sich auf verbindliche Prozesse einigen, vergleichbar dem im Case Management beschriebenen.
- Ohne Einigung auf einen Prozess wird der Transfer der Erkenntnisse von der Fall- auf die Systemebene nicht funktionieren.
- Der Hilfeprozess steht im Mittelpunkt, nicht die Politik, auch nicht die Organisation, sondern der Hilfeprozess.
- Evaluation und Controlling sind unverzichtbar.
- Wenn wir nicht herausfinden, wo es knarrt und wo die Systemgrenzen sind, bekommen wir auch keine Erkenntnisse.
- Kein einseitiger Missbrauch des Hilfeplans als Instrument zur Beantragung der Kostenübernahme.

Leistungserbringer und sogar die Klienten haben sich daran gewöhnt, Kostenübernahmen oder Hilfen zu beantragen. Die Frage danach, was für die individuelle Situation eigentlich notwendig wäre, wird selten ohne ein vorsichtiges Kalkül beantwortet, um die Finanzierung nicht zu gefährden. Die Erstellung des Hilfeplans als ein Erkenntnis bringendes Instrument erfordert eigene Anstrengungen und letztlich einen Kulturwechsel in der Zusammenarbeit von Finanzierer und Nutzer.

- Fallorientiertes Denken darf Konflikte auslösen,- sonst entdecken wir die systemkritischen Fälle nicht.
- Case Management braucht Sozialplanung und Sozialplanung braucht Case Management.
- Fall und System sind für nachhaltige Entwicklungen gleichermaßen unverzichtbar und wichtig.



IV. Koordination bei Prozessmanagement und Pathwaystrategien

Bernadette Klapper

Vielen lieben Dank, Herr Prof. Harzmann, für die einführenden Worte. Ich möchte mich bei den Veranstaltern sehr bedanken, hier heute sprechen zu dürfen und dafür, dass ich meinen Beitrag dazu leisten kann, die Begriffsdeutung der Koordination abzuarbeiten. Der Ansatz dieser Veranstaltung hat mir sehr gut gefallen, jedoch bleibt Koordination auf der operativen Ebene beliebig, wenn unklar ist, wer in welchem Auftrag was macht, mit welchem konzeptionellem Selbstverständnis, mit welchem Anspruch usw. Ich denke, durch die ersten Vorträge sind wir auf einem guten Weg, die richtigen Bausteine zusammenzuführen, und ich hoffe, dass ich Ihnen mit meinem Baustein noch ein Mosaiksteinchen mehr liefern kann. Ich möchte meinen Fokus organisationssoziologisch ausrichten, auf einen bestimmten Punkt in der Versorgungskette.

Ich war angefragt, dieses Thema mit Blick auf die Binnenorganisation zu beleuchten und die Frage zu stellen, was passiert eigentlich in einzelnen Organisationseinheiten in dieser ganzen Versorgungslandschaft? Was ich nicht

Pfad

- o **Koordination(en)**
- o **...im Gesundheitssystem**
- o **People processing**
- o **Handeln im Prozess**
- o **Beispiel Krankenhausaufnahme**
- o **Nebeneffekte**
- o **Palliativpatienten**
- o **Take away message**

machen werde, ist auf die Palliativversorgung im engeren Sinne einzugehen, ich denke aber, dass ich immer wieder Brücken schaffen werde und bitte Sie, mir da zu helfen, wenn es möglich ist. Ganz im Sinne der Versorgungskette benutze ich heute nicht den Begriff der Gliederung oder Agenda, sondern nehme den Pfad, um auf den Begriff der Koordination im Gesundheitssystem zurückzukommen.

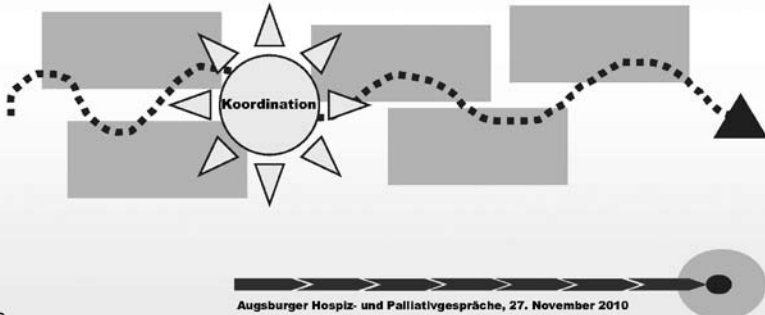
Es geht darum, das Handeln im Prozess anhand des Beispiels der Krankenhausaufnahme zu erläutern, als eben ein, man würde fast sagen, beliebiger Punkt in dem ganzen Geschehen, der aber eine deutliche Eigenlogik aufweist. Ich möchte Effekte und Nebeneffekte aufzeigen und dann eine Brücke schlagen zu: „Was heißt das eigentlich für die Palliativversorgung und für Palliativpatienten?“

Was ist Koordination, was wird gemeinhin darunter verstanden? Eine allgemeine Definition findet sich natürlich bei Wikipedia. Koordination, so ist dort zu lesen, beinhaltet in seiner allgemeinen Bedeutung das aufeinander Abstimmen, die gegenseitige Zuordnung verschiedener menschlicher, sozialer, wirtschaftlicher oder technischer Vorgänge. Die Zusammenarbeit von Menschen oder Gruppen nennt man Kooperation. Das schließt an die vorigen Vorträge an: Kooperation und Koordination sind in aller Regel auf ein bestimmtes Ziel ausgerichtet, oft miteinander verknüpft. Zur Koordination bedarf es daher allgemeiner Koordinationsfähigkeit, bestehend aus mehreren koordinativen Fähigkeiten, um verschiedene Einzelaufgaben oder menschliche Aktivitäten in einem komplexen Aufgabenfeld so organisieren zu können, dass sie sich sinnvoll und zweckgerichtet ineinander fügen. Unabhängig davon, ob es sich um organisatorische Prozesse oder motorische Bewegungsabläufe handelt. Es beschäftigen sich also die verschiedensten Disziplinen mit dem Thema der Koordination – die Arbeitswissenschaft, die Verkehrswissenschaft, die Bewegungswissenschaft, die Psychologie und natürlich auch die Soziologie – und ich möchte mit Ihnen heute die organisations-soziologische Brille aufziehen. Dazu ist anzumerken und deswegen habe ich dieses Schlangenbild gemalt, weil die Definition in der Gestalt zu kurz kommt. Eigentlich, wenn man das so liest, scheint es sich fast um Kringel zu handeln, wo es eine Bündelung in die verschiedensten Bereiche gibt. Aber tatsächlich befinden wir uns ja in einem größeren Feld und eigentlich kann Koordination nicht passieren, ohne sich auf einen bestimmten Prozess auszurichten. Eine Betrachtung ohne Umfeld und ohne Prozess ist zu statisch.

Das Umfeld ist in unserem Zusammenhang das Gesundheitssystem, die Gesundheitsversorgung, oder auch die Palliativversorgung im Einzelnen. In diesem System haben wir natürlich verschiedene Versorgungssettings und damit meine ich eigentlich Organisationseinheiten, die federführend für einen bestimmten Zeitraum Leistung bereitstellen und das tun alle der hier genann-

Koordination(en)

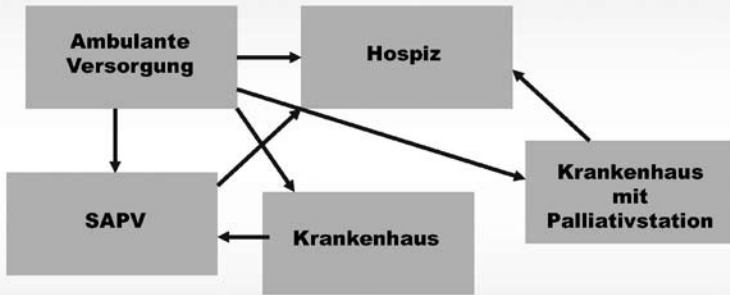
- o **Koordination: Was ist das?**
- o **Organisationssoziologischer Blick auf die Koordination von Patienten im Gesundheitssystem**



ten auf ihre Art. Auch Herr Monzer hat gerade ausgeführt, wie Pakete auf anderen Ebenen geschnürt werden, die sich wiederum in Aufträge an einzelne Organisation unterbrechen und dann tatsächlich konkret werden in den einzelnen Einheiten. Jede Einheit bietet einen bestimmten Leistungskatalog an. Soziologisch betrachtet ist es erforderlich, den Patienten, den Klienten „für die Einheit verwertbar zu machen“, also bearbeitbar zu machen im Sinne der Organisation. Das passiert im Allgemeinen über Klassifizierungsprozesse, in dem dem Patienten mit seinem spezifischen Profil bestimmte Leistungen zugeordnet werden. Es findet also prinzipiell ein Vermittlungsprozess statt zwischen dem Patienten und der Funktion oder Logik der jeweiligen Organisationseinheiten, in die der Patient aufgenommen wird. Diese Übergänge der einzelnen Versorgungssettings bergen natürlich immer auch die Gefahr, zum Bruch in der Versorgung zu führen. Solche Brüche haben auch mit unterschiedlichen Aufträgen zu tun und der unterschiedlichen Art und Weise, wie Patienten klassifiziert werden.

Mein spezieller Fokus richtet sich tatsächlich auf den Eintritt des Patienten in ein neues Setting, und zwar auf die Aufnahme im Akutkrankenhaus. Ich möchte Sie ein bisschen mitnehmen in die theoretische Betrachtung, aber gleichzeitig dann immer auch bei Beispielen bleiben. Also, wie kommt Jemand in ein neues Versorgungssetting? Was passiert dann eigentlich?

Settings in der (Palliativ-)Versorgung



4

Augsburger Hospiz- und Palliativgespräche, 27. November 2010

In der Organisationssoziologie der 70er Jahre ist der Begriff des People-Processing entstanden. Damit ist damals versucht worden, den Prozess theoretisch zu erfassen, wie so genannte „leistungserbringende Institutionen“, - das können zum Beispiel auch Sozialämter sein, die Sozialhilfe vergeben -, mit ihren Klienten verfahren. Es sollte erklärt werden, wie zwischen Klien-

People Processing

- o Welche Personen erhalten die ggb. Leistung?
- o Wie und von wem wird die Entscheidung getroffen?
- o Auf welcher Grundlage?
- o Welche Leistung muss bereitgestellt und ausgeführt werden?

Einschätzen ► Explorieren ► Entscheiden ► Weiterleiten

5

Augsburger Hospiz- und Palliativgespräche, 27. November 2010

tenanliegen und der Bereitstellung der jeweiligen Leistung vermittelt wird, oder in anderen Worten: Welche Personen erhalten die gegebene Leistung, wie und von wem wird die Entscheidung eigentlich getroffen, also wirklich im täglichen Alltag, auf welcher Grundlage? Welche Leistung muss bereitgestellt und ausgeführt werden für den Patienten?

Der theoretische Ansatz unterscheidet zwischen vier Prozessschritten. Wir haben erst einmal das grundsätzliche Einschätzen – ist der Patient prinzipiell berechtigt, von der Organisation bearbeitet zu werden? Das heißt im Krankenhaus: Braucht dieser Patient überhaupt eine Krankenhausaufnahme, oder würde ein Besuch in der Arztpraxis ausreichen? Um diese Frage zu beantworten, schaut man genauer hin und erhebt das Profil: Was bietet der Klient, und welche Leistung ist angemessen? Das wird dann in die Entscheidung münden, was zu tun ist und schlussendlich muss aus diesem einfachen Vermittlungsprozess dann auch tatsächlich weitergeleitet werden in die jeweilige bestimmte Leistung.

Dieser Prozess kann sowohl explizit als auch implizit erfolgen. Manche Leistungsbemessungen erfolgen implizit. Ich werde dazu Beispiele haben, wenn nicht der offizielle Auftrag der Institution zum Tragen kommt, sondern auch ganz andere Logiken im Prozess zum Tragen kommen, im Handeln der Akteure. Der formale Prozess ist eins, das Handeln ist das andere. Hierzu kann ein mikropolitisch-ethisches Erklärungsmodell herangezogen werden. Es wird davon ausgegangen, dass Handeln in Organisation grundsätzlich kollektives

Handeln im Prozess

- o **Handeln in Organisationen in kollektives Handeln**
- o **Erreichen gemeinsamer Ziele**
- o **Macht- / Abhängigkeitsbeziehungen**
- o **Interessenlagen, Ressourcen und Fähigkeiten**
- o **Problemlösungen als Ergebnis von Aushandlungen**
- o **Probleme unterliegen Ungewissheiten**

Handeln ist, was immer entsteht, wenn Menschen notwendigerweise mit anderen zusammenarbeiten müssen, um gemeinsame Ziele zu erreichen. Hier taucht auch der Begriff der Kooperation wieder auf. Menschen verfügen über verschiedene Interessenlagen und Zielvorstellungen und bringen unterschiedliche Ressourcen und Fähigkeiten in das kollektive Handeln ein. Die Erreichung von Zielen ist in anderen Worten dann auch die Lösung eines gegebenen Problems. Dabei ist weder die Definition des Problems für alle Akteure eindeutig und gleich, noch sind es die Wege, die zu Problemlösungen einzuschlagen sind. Problemdefinition und Problemlösung unterliegen aufgrund ihrer Uneindeutigkeit also auch immer einem gewissen Ausmaß von Ungewissheiten. Und gerade über diese Ungewissheiten müssen sich die Akteure jeden Tag neu einigen, über die Beschaffenheit der Probleme und über die Kontrolle der Problemlösung, also über das, was zu tun ist. Dabei befinden sich Akteure in Organisationen prinzipiell in Macht- und Abhängigkeitsbeziehungen, das heißt, sie sind aufeinander angewiesen und verfügen dabei jeder über eine relative Macht, der eine mehr, der andere weniger. Wer über relative Abhängigkeit verfügt, verfügt andererseits auch über relative Autonomie, eigene Sachen durchzusetzen und eine eigene Brille und einen eigenen Einfluss auf das Geschehen zu nehmen. Die spezifische Lösung eines Problems wird somit tatsächlich von relativ autonomen Akteuren mit den jeweiligen Ressourcen und Fähigkeiten erfunden und eingesetzt.

Entscheidend ist in dieser Situation zu verstehen, wie die beteiligten Menschen Ungewissheiten und damit Probleme definieren, wie der formale Prozess gelebt wird, welche individuellen Komponenten jenseits der offiziellen Regeln eingebracht werden, und welche Problemlösungen von den Menschen dann tatsächlich in den Organisationen eingebracht werden. Es können mitunter zum Teil ganz andere sein, als man von der offiziellen und allgemeinen Kenntnis von bestimmten, zweckgerichteten Organisationen erwarten würde.

Wie sind nun die vier verschiedenen Prozessschritte auf die Krankenhausaufnahme zu beziehen, wie funktioniert diese anhand der genannten Prozessschritte? Ein Patient in der Krankenhausaufnahme, vor allem in der Notaufnahme, wird zuerst wahrscheinlich einen schnellen Blick auf sich empfangen, ob er nun internistisch, chirurgisch, urologisch oder anders einzusortieren ist, und ob er mit oder ohne Einweisung kommt. Es erfolgt eine Grobeinschätzung, wie dringlich die Angelegenheit ist, das muss relativ zügig am Anfang stehen. Danach will man es dann genauer wissen, welche „Eigenschaften“ hat dieser Patient, dass er die richtige Leistung, die im Krankenhaus vorgehalten wird, erhält? Dazu werden die ärztlichen und pflegerischen Anamnesen durchgeführt, vielleicht mit vertiefenden Untersuchungen. Labor- und Funktionsdiagnostik sind weitere Hilfsmittel in diesem inzwischen sehr komplexen Prozess. Konsile spielen ebenfalls eine Rolle und das Ganze findet natürlich

Beispiel Krankenhausaufnahme

Einschätzen ► Explorieren ► Entscheiden ► Weiterleiten

- | | | | |
|-----------------------|---------------------------------|---------------------|----------------------|
| - internistisch | - Anamnese(n) | - Leistung zuordnen | - nach Hause |
| - chirurgisch | - Untersuchung | - entlassen | - stationär |
| - Fachdisziplin | - Labor und Funktionsdiagnostik | - weiterleiten | - OP |
| - mit/ohne Einweisung | - Konsile | - ... | - andere Einrichtung |
| - ... | - ... | | - ... |

Wesentliche Prozessprobleme **Dringlichkeit**
Entscheidung
Sichern des Flusses

Augsburger Hospiz- und Palliativgespräche, 27. November 2010

7

auch in der Regel, gerade weil es so komplex ist, auch in Arbeitsteilung - in Kooperation – statt, zwischen Ärzten und Pflegekräften, aber natürlich auch unter Ärzten und Pflegekräften selber. Am Ende müssen die ganzen Informationen an einem Punkt wieder gebündelt werden und zusammenlaufen, damit bestimmte Leistung zugeordnet werden und die Entscheidung getroffen werden kann, ob der Patient wieder entlassen wird oder im Krankenhaus bleibt. In diesem Fall wird er weitergeleitet in die Bereiche, die dann tatsächlich die Leistung ausführen. Das sind traditionell die Stationen und an dieser Stelle des Weiterleitens fanden sich in meiner Studie besondere Barrieren, interessanterweise in jedem Krankenhaus, in dem ich Aufnahmeprozesse beobachtet habe. Das ist einer der Punkte gewesen, die rein formal nicht zu erwarten waren. Der eigentliche Prozess sieht ja vor, dass jemand, der Krankenhausbehandlung benötigt, auch einen Platz bekommt. Das war jedoch überall mitunter schwierig.

Wenn man nun zurückgeht und die Krankenhausaufnahme in Problembewältigungsbegriffen zu fassen versucht und fragt, welche Ungewissheiten täglich von den Mitarbeitern gelöst werden müssen, dann geht es in den Notaufnahmen vor allem um die ständige Ungewissheit, wie dringlich das Anliegen eines jeweiligen Patienten ist. Es kann sofort ersichtlich sein, oder auch nicht. Die Dringlichkeit kann sich auch im Laufe des Prozesses, d.h. während des Aufenthalts in der Notaufnahme ändern oder es kann sich auch die Wahrnehmung der Dringlichkeit durch die Mitarbeiter ändern. Die Ungewissheit

zwingt zur ständigen Beobachtung und zu Prozessen, die dieser Ungewissheit Rechnung tragen.

So betrachtet kann der Prozess in drei Brennpunkte zusammengefasst werden. Da ist ganz prominent die Entscheidungsfindung, weil alle Aktivitäten zuvor – die gesamte Informationssammlung - Zuarbeit ist, um zur Entscheidung zu gelangen. Ein weiterer entscheidender Punkt gerade für Krankenhausaufnahmen ist das Sichern des Flusses, weil sonst die Arbeit zum Erliegen kommt. Das ist sicherlich in der Form und in der Dringlichkeit nicht in allen anderen Versorgungsbereichen des Gesundheitswesens tragend in dem gegebenen Ausmaß, aber sicher auch in anderen Bereichen immer wieder ein wichtiger Aspekt.

Was kann noch beobachtet werden über den formalen Prozess hinaus? Wie auch in anderen ähnlichen Prozessen ist zu sehen, dass im Klassifizierungsprozess sowohl explizite und wie implizite Patientenmerkmale Anwendung finden. Die Expliziten sind hinreichend bekannt, es sind zum Beispiel die Diagnosen und Symptome, die zu ebenfalls bekannter Leistungszuordnung führen. Implizite Merkmale werden vom offiziellen Prozess als Zuordnungskriterien nicht vorgesehen und spielen doch eine Rolle in der Entscheidungsfindung. Beispiele hier sind Alter oder auch die Art der Pflegebedürftigkeit.

Derartige Merkmale waren im Prozess des Weiterleitens oft die größte Barriere; für Patienten, die am meisten Hilfe brauchten wie Alte und Pflegebedürftige, war es am schwierigsten, Betten zu bekommen. Da meistens die Stationen unter hoher Arbeitslast litten, erhielten diese Merkmale eine hohe Bedeutung. Und zogen Strategien nach sich, die Barrieren zu nehmen. Der Oberarzt, dessen Arbeit ich Tag für Tag begleiten durfte, hatte sein persönliches Netzwerk zu den Stationen aufgebaut, investierte viel Zeit da hinein, um seinen Prozess des Weiterleitens gut im Griff zu halten. Er ging regelmäßig auf die Stationen und sprach mit den Krankenschwestern. Er sagte, er kennt die Kinder, er kennt die Sorgen und auf diese Weise kriegt er Betten für seine Patienten.

Erwähnenswert war auch die persönliche Bewertung der Patienten durch die Mitarbeiter. Das ist ebenfalls ein Punkt, der nicht offiziell von der Organisation vorgegeben wird, ja der eher unerwünscht ist. Das Krankenhaus bietet für Diagnose, für Symptomerkennung und für die Bereitstellung entsprechende Leistungen an, das ist der offizielle Auftrag. Aber durch die persönlichen Bewertungen der Bewertungen entstanden verschiedene Kategorien von Patienten. Da waren die „wirklich Kranken“, die nach Auffassung der Mitarbeiter auch wirklich in die Notaufnahme bzw. ins Krankenhaus gehören. Dann gab es die „Bagatelkrankten“, die weniger Kranken. Diese Gruppe erzeugte an einem hektischen Tag mitunter Ungehaltenheit, wenn der Eindruck entstand,

Einige Nebeneffekte des People Processing in der Krankenhausaufnahme

- o Explizite und implizite Patientenmerkmale
- o „Wirklich Kranke“, Bagatellkranke, Unangemessene
- o Unzureichende Informationen zu Patientenmerkmalen
- o Prozessfremde Probleme
- o Unzureichende, inadäquate Leistungsbereitstellung
- o Barrieren in der Binnenorganisation
- o Brüche in der Versorgungskette

8

Augsburger Hospiz- und Palliativgespräche, 27. November 2010

Sand ins Getriebe zu bekommen. Und schließlich gab es die Gruppe der „Unangemessenen“, die schon mal ärgerlich machten, diejenigen Patienten, bei denen man fand, dass sie eigentlich in die Arztpraxis hätten gehen können, aber nicht bis zum Montag warten wollten. Für unangemessen hielt man auch Fälle, wo vermutet wurde, dass sich zum Beispiel Altenheime entlasten wollten mit manchen Problemen, die sie dann ins Krankenhaus verschieben, anstatt sie selber zu lösen, wobei sich der Unwillen nicht direkt auf die Person des Patienten gerichtet hat. Später komme ich noch auf das Thema Sterbende zurück.

Es kann in diesem Zusammenhang auch das Problem der unzureichenden Information zu Patientenmerkmalen auftauchen. Bewusstseins-eingetrübte Patienten, Menschen, die sich nicht richtig ausdrücken, inklusive der ganzen Sprachproblematiken bei Patienten mit Migrationshintergrund, können nicht immer die Informationen liefern, die zum „Klassifizieren“ notwendig sind. Das bedeutet oft für die Mitarbeiter, mit prozessfremden Problemen zu kämpfen. Und an diesen Stellen entstehen mitunter kreative Lösungen, die von der Organisation nicht vorgesehen sind. Auf der einen Aufnahme, die ich beobachten durfte, gab es einen gut organisierten Kleiderdienst für die obdachlosen Patienten, die reinkamen. Das haben die Mitarbeiter aus eigener Initiative organisiert, es hatte nichts mit ihrem täglichen Arbeitsauftrag zu tun.

Es kann natürlich auch sehr leicht zu einer unzureichenden, inadäquaten Leistungsbereitstellung kommen. Da ist eine gute Planung sehr gefragt, alles aufeinander abzustimmen. Die adäquate Leistungsbereitstellung ist wie bereits erwähnt auch davon abhängig, wie viel Informationen über einen Patienten zu erhalten ist und von den Barrieren in der Binnenorganisation. Der Fluss muss gesichert werden. Oft genug ist es schwierig, Patienten der passenden Leistung zuzuführen.

Die Brüche in der Versorgungskette möchte ich hier auch noch einmal besonders ansprechen, weil immer wieder daraufhin gewiesen wird, wie schwierig die Übergänge zwischen den verschiedenen Einheiten sein können. Sicher ist es oft so, dass es die Logiken der unterschiedlichen Organisationen nicht schaffen, auf bestimmte Patientenmerkmale zuzugreifen. Und es ist sicher immer wieder eine Herausforderung, die Logiken so aufeinander abzustimmen, dass kein Bruch oder nur minimale Brüche entstehen. Gerade bei der Koordination von Patientenpfaden ist es ein Hauptanliegen, dass der Patient wirklich fallgerecht verschiedene Versorgungsbereiche durchlaufen kann. Koordination muss sich dabei immer wieder gegen die relativ mächtige Eigenlogik der Organisationen behaupten.

Und die Palliativpatienten?

- **Spannungsfeld Bürokratie und existentiell-emotionale Bedürfnisse**
- **Haltung der Mitarbeiter**
- **Den Prozess beeinflussen**

9

Augsburger Hospiz- und Palliativgespräche, 27. November 2010

Was heißt das nun für die Palliativpatienten? Was bedeutet das für sie? Ich denke, dass sich gerade für Palliativpatienten ein Spannungsfeld von Bürokratie ergibt. Die Zuordnung von gegebenen Merkmalen zu gegebenen Leis-

tungen ist in der Tiefe der Dinge ein bürokratischer Prozess. Dieser trifft oft genug auf existenziell emotionale Bedürfnisse. Gerade diese Begegnung wird wahrscheinlich von den unterschiedlichen Organisationen im Gesundheitswesen unterschiedlich gut bewältigt. Eine Krankenhausaufnahme ist in aller Regel nicht wirklich gut auf diese spezielle Spannung eingerichtet. Das Hospiz hingegen wird das sicher besser können, zumal es eine ureigene Leistung des Hospizes ist, diesen Bedürfnissen begegnen zu können. Wie gut die Spannung bewältigt wird, ist auch abhängig von der Haltung der Mitarbeiter. In der einen von mir beobachteten Krankenhausaufnahme wurden Sterbende aufgenommen und aus dem hektischen Prozess rausgenommen, indem man ihnen einen extra Raum gewährte. Das wurde aber nicht eigentlich von der Aufnahme bzw. dem Krankenhaus zugelassen, sondern das wurde von der Haltung der Mitarbeiter, der Ärzte, der Pflegenden vor Ort, durchgesetzt, die sagten, so gehen wir mit den Leuten nicht um, die bleiben dann eben hier, anstatt im letzten Augenblick noch verlegt zu werden.

Im Sinne erfolgreicher Koordination wird man immer versuchen, den Prozess im Hinblick auf die Brüche zu beeinflussen. Manchmal gelingt es auch, Brüche tatsächlich zu flicken. Noch ein Beispiel aus den Aufnahmen: Ein Krankenhaus hatte das Bettenproblem relativ gut geregelt, indem sie nämlich einfach die Verantwortung auf die Stationen verschoben haben. Die Aufgabe, Betten zu suchen wurde umgewandelt in Betten bereitzustellen. Damit wurde dies aus der Aufnahme als Arbeitsschritt rausgenommen und der nachgelagerten Einheit zugeordnet. Das löste das Problem relativ gut.

Als „Take away“ mitzugeben ist, dass die Leistung erbringenden Gesundheitsorganisationen Patienten klassifizieren und damit ihrer Eigenlogik folgen (müssen), was mitunter Phänomen erzeugt, mit denen nach formalen Prozessen nicht zu rechnen ist. Warum? Weil Mitarbeiter ihre individuellen Komponenten mit einbringen. Das kann ganz hervorragende Auswirkungen haben, zum Teil kann man großartiges Engagement beobachten, auf der anderen Seite kann rigides Handeln das Ergebnis sein. Was wichtig sein sollte für alle, die mit Koordination zu tun haben, gerade auch im Palliativbereich, ist die Fähigkeit, diese Unterschiede noch mehr wahrzunehmen und besser zu erkennen, um Brüche besser mildern zu können. Die Aufgabe ist ungeheuer groß, denn es geht ja selten um einzelne Koordinationen, sondern um Koordinationskomplexe, in denen verschiedene Koordinationspfade miteinander koordiniert werden müssen.

Take away message

- o **Leistungserbringende Gesundheitsorganisationen klassifizieren Patienten**
- o **Mitarbeiter bringen individuelle Komponenten ein**
- o **Unterschiede erkennen, Brüche mildern**
- o **Koordinationen koordinieren**

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Augsburger Hospiz- und Palliativgespräche, 27. November 2010

10

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

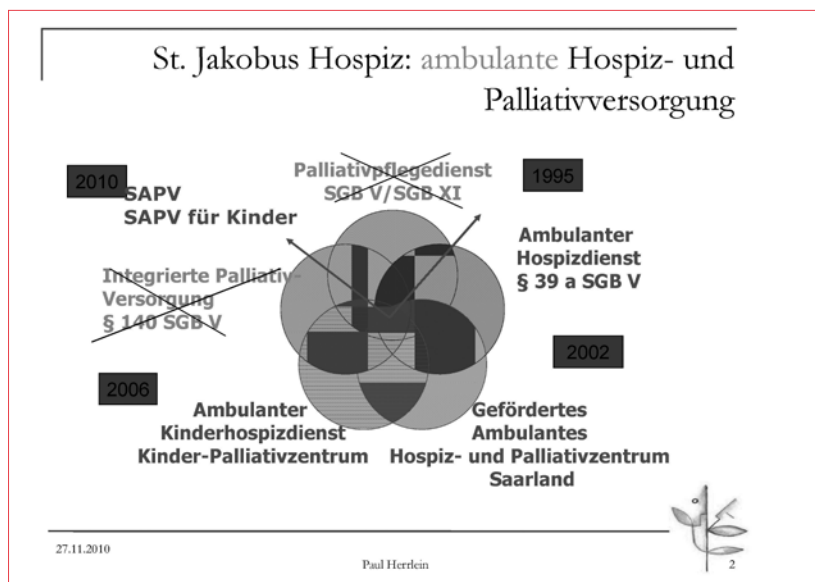
V. Die palliativ-hospizliche Koordination nach §39a SGB V

Paul Herrlein

Als die Anfrage mit dem Thema „Palliativ-hospizliche Koordination nach § 39a SGB V“ kam, habe ich erst einmal gezögert, weil ja „Koordination, Netzwerk usw.“ auch viele andere Aspekte hat. Aber angesichts der Komplexität dieses Themas, das Sie sich heute hier gegeben haben, bin ich natürlich heilfroh, dass ich mich jetzt auf die ambulanten Hospizdienste bzw. auf den § 39a konzentrieren kann.

1. St. Jakobus Hospiz: ambulante Hospiz- und Palliativversorgung

Ich komme vom St. Jakobus-Hospiz, einer rein ambulanten Hospiz- und Palliativ-einrichtung, gegründet 1994, 1995 haben wir die Arbeit aufgenommen.

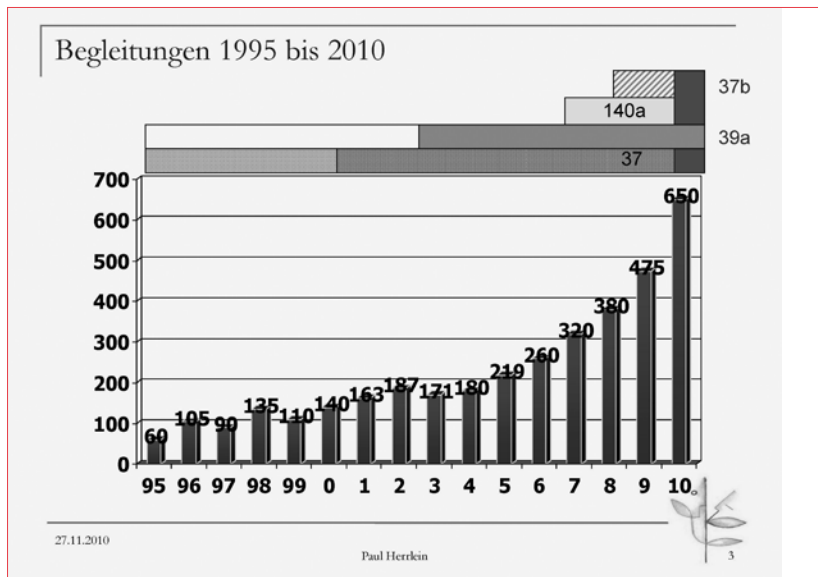


Die Grafik zeigt, was wir im Moment sind: SAPV für Erwachsene und Kinder und drei ambulante Hospizdienste, zwei im Erwachsenenbereich und der Kinderhospizdienst Saar.

Wir waren von Anfang ein ambulanter Hospizdienst und haben als Palliativ-pflegedienst auch gleich mit der palliativ-pflegerischen Versorgung begonnen. Das Thema Koordination war von Anfang an sehr wichtig, weil es in unserer Arbeit – nach meiner Erfahrung – sicher um Haltung geht, um Erfahrung und Fachwissen, um Medizin, Pflege, den psychosozialen Bereich und die Seelsorge. Es geht aber auch um die Frage, wie wir die Versorgung gestalten. Das ist das Entscheidende! Es geht nicht nur um die ethische Haltung von uns als Menschen, sondern immer wieder um die Frage: „Was ist die richtige Organisation, in der wir uns bewegen?“

Deshalb haben wir relativ früh Koordinationskonzepte entwickelt. 2006 beispielsweise schlossen wir zunächst mit den Ersatzkassen, dann mit der AOK im Saarland einen integrierten Versorgungsvertrag. Konzeptioneller Kern dieses IV-Vertrags war ein multiprofessionelles Palliativ-Care-Team, das nur koordiniert, nicht selbst behandelt oder gepflegt hat, das also Palliative Care und Case Management verbunden hat. Leider wurde dieser Vertrag zum 31.12.2009 gekündigt, weil seitdem auch im Saarland die Uhren falsch rum – oder richtig rum – jedenfalls nach SAPV-Bedingungen laufen.

An dieser Stelle ein Einschub: Als wir 2006 mit der Kinderhospizarbeit und dann auch mit der Überlegung zur Kinderpalliativversorgung begannen, da wurde mir damals sehr deutlich, dass die ganze Idee von Koordination und Case Management hier aus Augsburg kommt. Das Stichwort ist „Bunter



Kreis“, denn hier wurde im Bereich der sozialpädiatrischen Nachsorge schon relativ früh genau ein solches Konzept in die Versorgung von schwerkranken Kindern in der stationären Nachbehandlung integriert und als § 43 im SGB V verankert. Dort steht – schon seit 2003 – ein Koordinierungs- und Case-Management-Konzept im Mittelpunkt.

Wir hätten sicher in Saarbrücken nicht diese Fallzahl- und organisatorische Entwicklung machen können, wenn wir uns nicht um die Fragen der Koordination und der Organisation gekümmert hätten. Sie sehen hier die Fallzahlenentwicklung alleine bei unserem Dienst im Raum Saarbrücken mit 300.000 Menschen. Wir werden über das St. Jakobus-Hospiz in diesem Jahr 650 Patienten betreut und begleitet haben, 400 davon in der SAPV.

2. Aspekte von Koordinierung

Dies sind für mich die wichtigen Aspekte von Koordination oder Koordinierung:

Koordinierung: Jedem Schwerkranken steht zur rechten Zeit am rechten Ort die richtige Hilfe zur Verfügung

Steuerungsfunktion in komplexen/differenzierten Sozialsystemen: je weniger Machtausübung durch Hierarchie, umso notwendiger wird Koordinierung

Fortlaufender Abstimmungsprozess über interne und externe Systemgrenzen hinweg, um Entscheidungen und Handlungen kontinuierlich und zweckgerichtet zu gewährleisten sowie die Integration aller notwendigen Maßnahmen zu ermöglichen.

Koordinierung ist notwendige, am konkreten Einzelfall orientierte Vernetzungsarbeit

Koordinierung ist weder „Lenkung“ (Fremdbestimmung) noch Wettbewerb (Konkurrenz), sondern als Kernfunktion von Versorgungsnetzwerken erzeugt sie koordinierte Kooperation: Koordinierung als Kernfunktion des Versorgungsnetzwerkes

Continuum of care (who): kontinuierliche Integration aller Hilfen als obligatorische Voraussetzung für fachliche, humane und wirtschaftliche Krankenversorgung

Rechtsanspruch auf Versorgungsmanagement (§ 11 Absatz 4 SGB V)

Koordination als 5. Säule von Hospizarbeit und Palliativmedizin

27.11.2010

Paul Herrlein



Über allem steht, dass jedem Schwerkranken zur rechten Zeit am rechten Ort die richtige Hilfe zur Verfügung stehen soll. Das ist das Ziel, das uns alle bewegt, wenn wir uns um die Frage der Koordination bemühen.

In soziologischer Hinsicht bewegt man sich mit der Koordination in der Organisationssoziologie, besser noch der Herrschaftssoziologie: Koordinati-

on stellt eine Herrschaftsfunktion in einem sehr differenziert gegliederten System dar. Ein hierarchisch eindeutig strukturiertes System braucht relativ wenig Koordination, also etwa das Militär oder das Krankenhaus der Vergangenheit, in dem es Chefärzte gab.

Koordination bedeutet einen fortlaufenden Abstimmungsprozess. In sehr differenzierten Systemen, und unser Gesundheitswesen ist sehr differenziert, steigen die Koordinationsnotwendigkeiten. Dabei geht es um Vernetzung im konkreten Einzelfall.

Koordinierung hat nichts mit Vorschriften zu tun. Wir koordinieren keine Menschen, wir koordinieren keine Institution sondern Prozesse. Ich komme gleich darauf zurück, um welche Prozesse es in der hospizlich-palliativen Koordination eigentlich geht.

Continuum of care (WHO): Die WHO hat einmal festgelegt, dass zu einer kompletten Krankenversorgung obligatorisch eine kontinuierliche Integration aller Hilfen gehört. Aber wir haben heute in der Hospiz- und Palliativversorgung weder „kontinuierlich“ noch „integrativ“ umfassend etwas erreicht.

Rechtsansprüche auf Koordination: Es gibt den Rechtsanspruch auf Versorgungsmanagement, er ist genauso alt wie der Rechtsanspruch auf SAPV, also seit 01.04.2007 im Gesetz. Dazu gibt es noch überhaupt keine Verträge oder Regelungen, da sind wir mit der SAPV viel viel weiter. Und es gibt aber auch den Anspruch auf Pflegeberatung, der auch einen Rechtsanspruch auf Koordination darstellt.

Koordination ist für mich die fünfte Säule von Hospizarbeit und Palliativmedizin. Wir brauchen die Medizin, wir brauchen die Pflege, natürlich brauchen wir die psychosoziale Begleitung und die Seelsorge, aber wir brauchen eben auch die Koordination im Sinne der Gestaltung und der Versorgung.

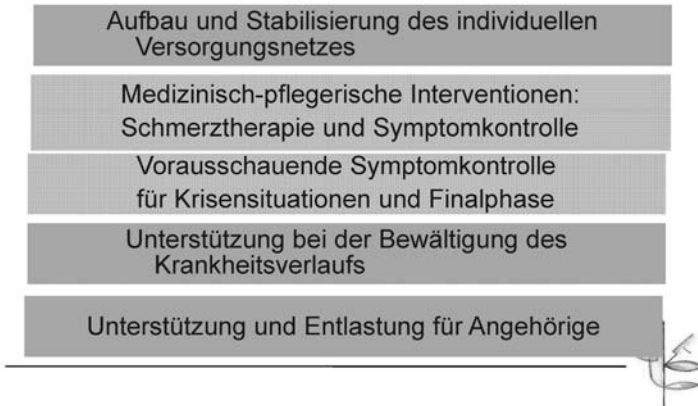
3. Kernprozesse der Hospiz- und Palliativversorgung

§ 39a SGB V besteht aus zwei Teilen,

- der stationären Hospizversorgung (§ 39a Abs. 1) und
- den ambulanten Hospizleistungen (§ 39a Abs. 2).

Meine Ausführungen hier fokussieren auf den § 39a Abs. 2, also auf die ambulanten Hospizleistungen. Was mir hier wichtig ist: In der Hospiz- und Palliativversorgung koordinieren wir keine Ärzte, keine Pflegedienste, keine Seelsorger. Wir koordinieren Versorgungsprozesse.

Kernprozesse der Hospiz- und Palliativversorgung



Es geht darum, für jeden einzelnen Menschen, den wir begleiten und betreuen, ein individuelles Versorgungsnetz zu organisieren und zu stärken; auch die Ressourcen, die er selbst in diesem System hat, zu erschließen. Es geht um die medizinischen und pflegerischen Interventionen, also um Schmerztherapie und Symptomkontrolle, und dabei ganz besonders um die vorausschauende Symptomkontrolle. Nicht nur das Jetzt ist wichtig, sondern auch das, was heute Nacht oder Morgen sein kann, was sich an Symptomen oder Krisen entwickeln kann. Deswegen brauchen wir vorausschauende Symptomkontrolle, für Krisenphasen, für die Finalphase, den Notfallplan etc.

Es geht auch um Unterstützung bei der Bewältigung der schweren Erkrankung und des nahen Sterbens bis hin zur Trauerbegleitung sowie um die Unterstützung und Entlastung der Angehörigen.

Um diese Kernprozesse geht es in der Koordination. Diese müssen wir optimal gestalten, damit die Schwerkranken eine hohe und gute Versorgungsqualität bekommen.

Wenn man die verschiedenen Institutionen, in denen wir diese Versorgungsprozesse gestalten, vergleicht, wird deutlich, dass der stationäre Hospizbereich seine hohe „Akzeptanz“ oder seine Funktion insbesondere dort erfüllt, wo er die Menschen, die schwer krank sind, vom enorm hohen Organisations- und Koordinationsdruck entlastet. Wer in das stationäre Hospiz geht,

	Zuhause § 39a 2/37b	stationäres Hospiz § 39a 1/37 b	Palliativ- station § 39	Pflegeheim § 39a 2/37b
Versorgungs- aufbau	+++++	+	++++	+++
Symptom- kontrolle	++++	++++	++++	++++
Notfall- planung	+++++	+++	+++	+++++
Auseinan- dersetzung	++++	++++	++++	++++
Angehörige	+++++	+++	+++	++++

27.11.2010

Paul Herrlein

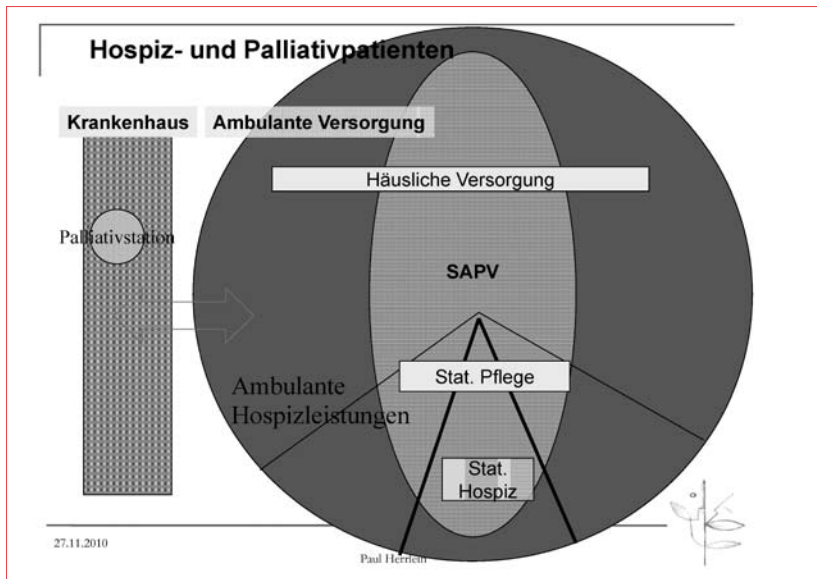
Übersicht: Schwerpunkte der Koordinierung der Versorgungsprozesse in verschiedenen Versorgungsformen

braucht sich nicht mehr Gedanken darüber machen, wie die Pflege integriert wird, wer die hauswirtschaftliche Versorgung organisiert, wann der Seelsorger kommt. Natürlich muss auch das Hospiz dies organisieren, aber der ganze Organisationsdruck, der insbesondere auf der ambulanten Versorgung lastet, damit jemand zu Hause bleiben kann bis zuletzt, ist im stationären Hospiz fast wie weggeblasen. Daraus ergibt sich natürlich eine hohe Akzeptanz oder auch ein klarer Vorteil gegenüber den anderen Versorgungsbereichen.

Um so wichtiger sind in der häuslichen Versorgung oder auch im Pflegeheim die Vorhaltung einer durchgängigen qualifizierten Rufbereitschaft sowie die dazugehörige Notfallplanung, um auch in Krisensituationen verlässlich intervenieren zu können.

4. Verschiedene Versorgungsbereiche

Betrachten wir die ambulanten Versorgungsbereiche mit Blick auf die Menschen, die wir begleiten, pflegen, betreuen, gibt es zwei Gruppen und mehrere sektorale Gliederungen. Die Leistungen der ambulanten Hospizdienste z.B. betreffen alle Menschen, die zu Hause und in Pflegeeinrichtungen leben, aber nicht Menschen im stationären Hospiz. Die SAPV z.B. ist Teil dieser



ambulanten Versorgung und umfasst die häusliche Versorgung, aber auch die Versorgung in Pflegeheimen und für ärztliche Leistungen der SAPV auch die im Hospiz.

Nachfolgend geht es mir darum, wie es erstens mit der Koordination im Bereich der ambulanten Hospizdienste aussieht, und wie es zweitens im Sinne der Integration aussieht, also: Wie funktioniert das Miteinander von ambulanten Hospizleistungen und SAPV. Ich will aber hier nicht das Thema „Koordination in der SAPV“ vorweg nehmen, sondern ich nehme den Blickwinkel des ambulanten Hospizdienstes ein.

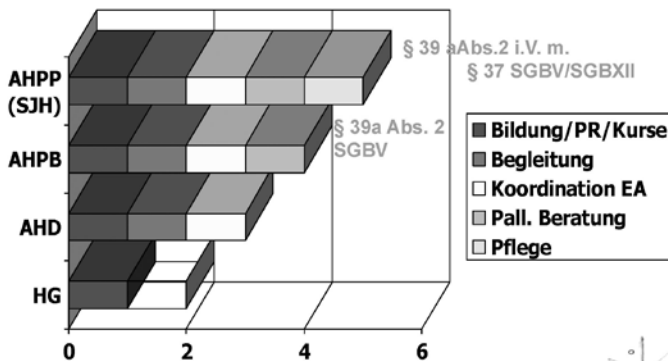
5. Anforderungen nach § 39a Abs. 2

Was ein ambulanter Hospizdienst ist, steht in § 39a Abs. 2. Die ambulanten Hospizdienste

- erbringen qualifizierte ehrenamtliche Sterbebegleitung.
- arbeiten mit palliativmedizinisch erfahrenen Pflegediensten und Ärzten zusammen.
- stehen unter der fachlichen Leitung einer palliativmedizinisch qualifizierten und erfahrenen Pflegekraft.

- erbringen palliativpflegerische Beratung durch entsprechend ausgebildete Fachkräfte.
- stellen die Gewinnung, Schulung, Koordination – und hier taucht das Wort tatsächlich auf – und Unterstützung der Ehrenamtlichen sicher.

Aufbau ambulanter Hospizarbeit (BAG Hospiz 2001)



27.11.2010

Paul Herdein



Ambulanter Hospizdienst ist aber nicht gleich ambulanter Hospizdienst. Diese Grafik zeigt eine Klassifikation der ambulanten Hospizdienste, welche die Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz 2001 erarbeitet hat. Der Hospizdienst nach § 39a SGB V gilt dort als „ambulanter Hospiz- und palliativer Beratungsdienst“, AHPB, im Gegensatz etwa zum ambulanten Hospizdienst, der keine palliativ-pflegerische Beratung anbietet, und als Hospizgruppe oder Hospizinitiative klassifiziert ist. Der AHPB grenzt sich auch ab vom „ambulanten Hospiz- und Palliativpflegedienst“, AHPP, der die palliativpflegerische Versorgung mit einschließt.

Wenn ich nachfolgend von „ambulanten Hospizdiensten“ spreche, dann meine ich die ambulanten Hospiz- und Palliativberatungsdienste, also die Dienste, welche die Strukturanforderungen nach § 39a erfüllen.

Diese Hospizdienste sind hochqualifizierte, hospizlich-palliative Leistungserbringer im Sinne dessen, was der Europarat oder die EU als „spezialisierte Leistungserbringer“ bezeichnet hat: Dort werden Leistungen ausschließlich für

Palliativpatienten erbracht und ausschließlich von entsprechend qualifizierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, zu den auch die Ehrenamtlichen zählen.

Die ambulanten Hospizdienste sind auf Kooperation hin ausgerichtet. Und sie haben ganz klar Aufgaben der Koordination, die in die Koordination eingreifen, sie berühren, manchmal auch zur Koordination genutzt werden. Zu den Aufgaben zählt die palliativ-pflegerische Beratung und, ganz klassisch, die Koordination der qualifizierten ehrenamtlichen Sterbebegleitung.

6. Anforderungen der Rahmenvereinbarung zu § 39a Abs. 2 SGB V

Die Rahmenvereinbarung zum § 39a Abs. 2 streicht diese Koordinationsanforderungen etwas stärker heraus.

Ambulante Hospizdienste

- müssen Teil einer regional vernetzten Versorgungsstruktur sein.
- können Teil der multiprofessionellen Versorgungsstruktur der SAPV im Sinne eines integrativen Ansatzes sein. Bisher hat mir noch niemand gesagt, worin dieser integrative Ansatz bestehen soll.
- sollen bei der Überwindung der mit dem Krankheitsprozess und dem Sterben verbundenen Kommunikationsschwierigkeiten unterstützen. Natürlich kann man hier direkt an die Kommunikationsprobleme von Patienten und Angehörigen denken, das ist der eine Teil. Aber mindestens genauso schwierig ist die Kommunikation der Leistungserbringer rund um einen schwer kranken Patienten, die angesichts der Vielfalt und Vielzahl sehr zu wünschen übrig lässt.
- haben Aufgaben bei der Koordination der ehrenamtlichen Arbeit. Das ist in den Rahmenbedingungen ganz klassisch definiert: Erstbesuch, Einsatzplanung, Einsatzsteuerung, Sicherstellung der ständigen Erreichbarkeit.
- leisten palliativpflegerische und psychosoziale Beratung
- und Zusammenarbeit in den vernetzten Strukturen.

7. Koordination durch ambulante Hospizdienste

Auf dieser Basis stellt sich die Frage: Was können ambulante Hospize denn nun tatsächlich koordinieren? Natürlich koordinieren sie die qualifizierte ehrenamtliche Sterbebegleitung. Aber koordinieren sie auch die Versorgung im Sinne der fünf eingangs genannten Versorgungsprozesse? Hier gibt es Pro und Contra.

Contra:

- Laut Rahmenvereinbarung § 3 Abs. 1 obliegt die Behandlung körperlicher Beschwerden (ich weiß nicht, warum nur körperliche Beschwerden, es gibt ja z.B. auch neurologisch-psychiatrische) den Vertragsärzten. Im § 73 SGB V ist nochmals genauer bezeichnet, was die vertragsärztliche Leistung umfasst: Diagnose, Behandlung und Koordination sind dort den Hausärzten als Aufgabe gestellt. Der Hausarzt hat in der ambulanten Versorgung ganz klar einen Koordinationsauftrag aus seiner hausärztlichen vertragsärztlichen Tätigkeit heraus.
- Im § 39a Abs. 2 ist kein Leistungsanspruch des schwerkranken Menschen begründet. Es gibt damit aus § 39a auch keinen Koordinationsauftrag aus der Krankenversorgung heraus.
- Wenn man das Handlungskonzept Case Management kennt mit seinen umfangreichen Handlungserfordernissen organisatorischer und zeitlicher Art, dann stellt sich die Frage: Wäre es nicht sogar eine zeitliche, konzeptionelle und organisatorische Überforderung, wenn ambulante Hospizdienste mit vielleicht zwei Hauptamtlichen und 50–60 Ehrenamtlichen auch noch die Koordination der Versorgung übernehmen müssten?

Pro:

Es spricht aber auch einiges dafür, dass ambulante Hospizdienste Koordinationsleistungen übernehmen.

- Jede Koordination braucht Beratung. Insofern ist mit der palliativ-pflegerischen Beratung schon ein wesentlicher Bestandteil von Koordination erfüllt.
- Hospizlich-palliative Koordination ist nicht identisch mit dem, was die Vertragsärzte koordinieren sollen. Von den fünf Prozessen her gedacht ist das sehr komplex. Für den Hausarzt ist es schon Koordination, wenn er eine Einweisung ins Krankenhaus schreibt, eine Verordnung über häusliche Krankenpflege oder neuerdings eine Verordnung für die SAPV. Hieraus ergibt sich eine Versorgungslücke in Bezug auf die Koordination, die häufig die ambulanten Hospizdienste schließen – aus Verantwortung für den schwerkranken Menschen.
- Zu fragen ist zudem, woher der Koordinationsauftrag kommt. Der Auftrag für den Arzt mag im Gesetz stehen, aber wenn der Patient sagt: „Lieber Arzt, Du darfst mir eine Spritze geben, aber die Koordination, die machst Du nicht!“ Dann muss sich der Arzt daran halten. Viele Koordinations-

aufträge im ambulanten Hospizbereich kommen direkt vom Patienten. Wir in unserem ambulanten Hospizdienst fragen in der Regel, was wir für den Patienten übernehmen sollen, oder ob es Angehörige gibt, die diese Koordinationsleistungen bis zu einem gewissen Grad übernehmen können. Natürlich verweisen wir auch auf Überleitungsfunktionen, wenn es um die Entlassung aus dem Krankenhaus geht: Pflegeüberleitung, Sozialdienst–viele Menschen wissen nicht, dass es diese Stellen in der Klinik gibt. Aber natürlich haben auch Hospizdienste einen solchen Koordinierungsauftrag. Der beginnt schon, wenn man dem Patienten anbietet, bei der Kasse anzurufen, damit der Antrag auf Pflegegeld zugeschickt wird. Das ist schon mehr als nur Beratung.

Beratung und Koordination in der Versorgungswirklichkeit

Ein ganz wichtiger Punkt ist, wo die Linie zwischen Beratung und Koordination verläuft. Die Situation der ambulanten Hospizdienste bei der Koordination ist oft die, dass sie das übernehmen, Zitat: „Das machen wir doch schon immer!“ Ja, der eine Dienst koordiniert vielleicht mehr, der andere weniger. Aber: Ohne eindeutigen rechtlichen Auftrag und vor allem ohne eindeutig und verbindlich geregelte Einbindung in die Versorgung. Das ist ein Freiraum, den man nutzen kann, der aber auch zu schweren Problemen führen kann, weil es andere gibt, die in diesem Bereich schon entsprechende Aufgaben haben.

Ein zweites Problem in diesem Zusammenhang ist, dass „palliativ-pflegerische Beratung“ überhaupt nicht definiert ist. Natürlich wissen wir innerhalb der Hospizbewegung, was Palliativpflege und psychosoziale Begleitung ist. Aber googeln Sie mal „Beratung und Hospiz“, da bekommen Sie Erstaunliches. Ich habe z.B. mein eigenes Buch zu Palliativversorgung und Vernetzung bekommen, weil da „Handbuch Beratung/Vernetzung in der Hospiz- und Palliativversorgung“ draufsteht. Ein anderer Buchtitel hieß „Letzte Ratschläge“, eine wissenschaftliche Untersuchung von Ratgeberliteratur nach dem Motto „Schöner Sterben“. Aber wirkliche Beratungskonzepte habe ich bisher nicht gefunden. Offensichtlich wurde in unserem Bereich noch nicht konzeptionell darüber nachgedacht, was Beratung eigentlich sein soll.

Das Tätigkeitsspektrum der ambulanten Hospizdienste reicht nach meiner Beobachtung von Informationsweitergabe (da gibt es irgendwo einen Schmerztherapeut, dort vielleicht einen Palliativmediziner, dort können sie Hilfen beantragen, ...) bis hin zu Case-Management-Handlungskonzepten. Das ist sehr heterogen, mindestens so heterogen wie die Struktur der ambulanten Hospizdienste.

8. Koordination – Beratung

Ich glaube es wurde deutlich, dass Beratung und Koordination dringend voneinander unterschieden werden müssen:

Bei der **Beratung** geht es um Problemerkfassung, Informationsweitergabe und Darstellung von Handlungsalternativen, die man im Einzelfall für den Patienten oder seine Angehörigen oder auch einmal für einen Arzt oder einen Pflegedienst, der sich beraten lässt, entwickeln kann. Die Beratung endet vielleicht mit einer Handlungsempfehlung.

Aber der Berater wird *nicht* dafür sorgen, dass die Handlungsempfehlungen umgesetzt werden oder dass entschieden wird, was zu tun ist. Wenn ein Patient entscheidet und sagt „lieber ambulanter Hospizdienst, übernimm du das“ oder wenn der ambulante Hospizdienst anbietet, Dinge zu organisieren, dann geht das über die Beratung hinaus in die Koordination hinein.

In der **Koordination** geht es einerseits um diesen Beratungsteil, dann aber um die Umsetzung im Sinne des Patienten: die Überwachung dieser Handlungsempfehlungen, den Behandlungsplan, den Hilfeplan, die Abstimmung der Leistungen, die Erbringung von Leistungen, das Monitoring (= Beobachten, wie es läuft und dass es gut läuft, damit Probleme frühzeitig aus dem Weg geräumt werden können), bis hin zur Evaluation. Hier greifen dann die entsprechenden Handlungskonzepte, z.B. Case Management.

9. Kollisionen in der ambulanten Hospiz- und Palliativversorgung

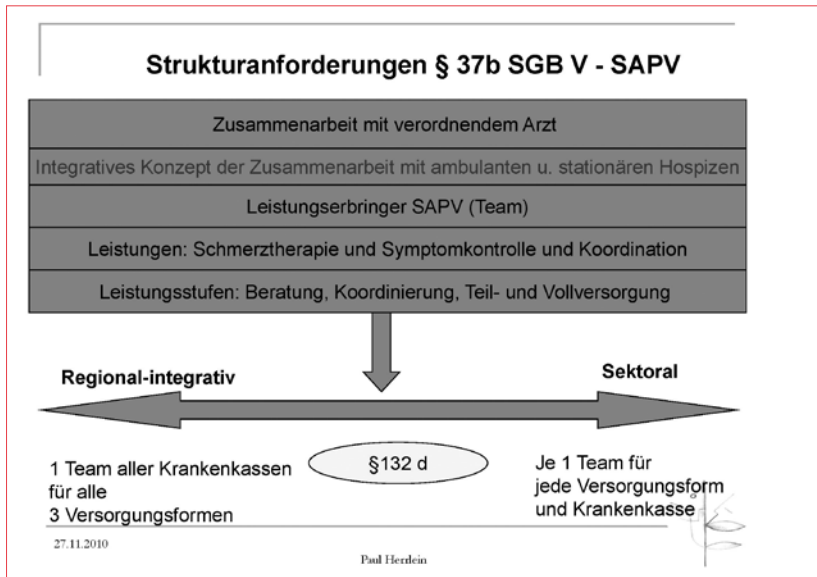
Wenn ein ambulanter Hospizdienst diese Koordinationsaufgabe übernimmt und sich stärker hineinbegibt, muss er aber auch wissen, wohin er sich begibt. Er kommt sehr schnell in Kollision mit anderen Koordinationsinstanzen, z.B.:

- Vertragsärztliche Versorgung
Wer von den ambulanten Hospizfachkräften kennt nicht die Frage eines Arztes: „Ja was wollen Sie denn da?“ Oder: „Warum sagen Sie mir das?“ Dann muss man erst einmal begründen, warum man mit dem Arzt überhaupt Kontakt aufnimmt und warum man es gar für sinnvoll erachtet, die Schmerztherapie umzustellen.
- Ambulanter Pflegedienst
Auch die Koordinationsleistung ambulanter Pflegedienste kollidiert häufig mit der von den ambulanten Hospizdiensten.
- Überleitung der Kliniken

- **Pflegestützpunkte**
Die Pflegestützpunkte sind von Bundesland zu Bundesland unterschiedlich organisiert. In unserer Arbeit ist der Pflegestützpunkt noch nicht aufgetaucht. Er ist direkt im Gebäude neben uns, soll 20.000 Pflegebedürftige koordinieren, wir betreuen „parallel“ 80–100 Patienten. Das sind ganz andere Dimensionen und der Pflegestützpunkt könnte einen Versorgungsprozess mit Koordinationsfunktion gar nicht übernehmen.
- **SAPV-Team**
Neuerdings könnte es auch Kollisionen mit der Koordinierungsleistung der SAPV geben. Das wird im nächsten Punkt näher betrachtet.

10. Koordination in Zeiten der SAPV

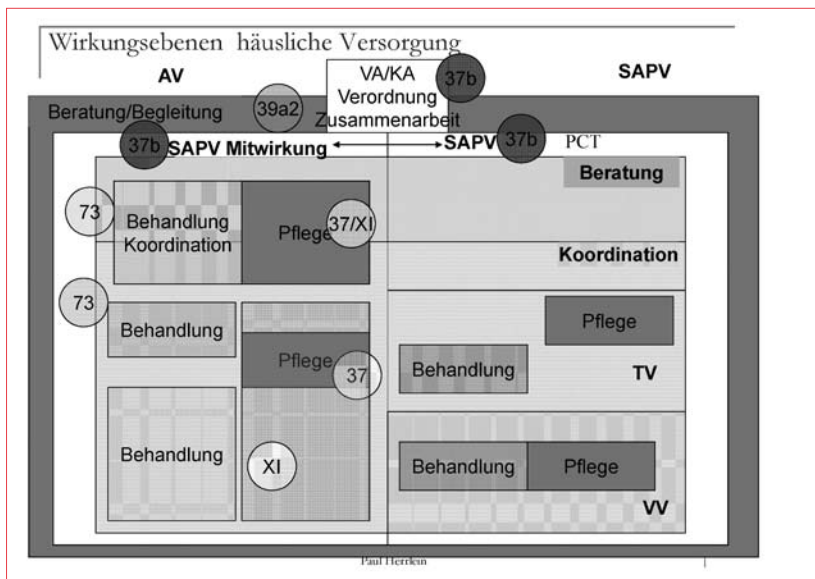
Strukturanforderungen



Der § 37b verlangt von der SAPV ein integratives Konzept der Zusammenarbeit mit ambulanten und stationären Hospizen. Das ist eine Strukturvoraussetzung.

Wenn man sich die ambulanten Ressourcen anschaut (siehe Grafik), dann gibt es viele Zusammenhänge zwischen den Leistungen ambulanter Hospizdienste und der Palliative-Care-Teams. Die Palliative-Care-Teams arbeiten

ja nicht isoliert, sondern ihre Leistungen sind in hohem Maße gekoppelt mit Vertragsärzten, Pflegediensten usw. Palliativversorgung, egal ob innerhalb oder außerhalb der SAPV, ist also immer ein Miteinander dieser Leistungserbringer, nie etwas, was nebeneinander abläuft.



Wie bei der Beratung, ist aber auch hier bisher kaum definiert, was „Integration“ sein kann.

Integration:

- Laut Fremdwörterlexikon:
Herstellung oder Wiederherstellung eines Ganzen, einer Einheit, vervollständigen oder in manchen Integrationsdebatten bei uns auch eingliedern.
- Continuum of care der WHO:
Krankenversorgung muss kontinuierlich und integrativ sein
- Gesetzgebung nach § 140a SGB V:
Die „integrierte Versorgung“ hebt ganz stark auf Interdisziplinarität und sektorenübergreifende Versorgung ab.
- Integration aus unserer Sicht hat zwei Aspekte:
Einbindung aller erforderlichen Hilfen, aber auch Eingliederung der Schwerkranken in die Gesellschaft, damit sie z.B. nicht aus unserem System, aus ihren sozialen Beziehungen herausfallen.

- Miteinander in der Versorgung:
Hospiz- und Palliativversorgung ist immer ein Miteinander von spezialisierten und nichtspezialisierten Leistungserbringern

Integrationsziele

Es gibt bisher kaum Überlegungen, was die Integrationsziele sein können. Hier einige Ansätze:

- Abgestimmtes, flächendeckendes regional-integratives Versorgungskonzept von Allgemeiner Versorgung (AV) und SAPV
- Versorgungskontinuität (SAPV-AAPV)
- Vermeidung von Über-, Unter- oder Fehlversorgung
- Subsidiarität der SAPV, SAPV als Ergänzung der AV
- Erfüllung der strukturellen gesetzlichen Vorgaben und der Ziele der SAPV gemäß SAPV-Richtlinie
- Erfüllung der Vernetzungskriterien von ambulanten und stationären Hospizen (Rahmenvereinbarungen!)
- Wirtschaftlichkeit: Effizienz, Synergien, Bedarfsstufen

Integrationskriterien

Wenn man Integration mit Blick auf die SAPV-Vorgaben betrachtet, gibt es Vernetzungskriterien, die dort verlangt sind:

- Verbindlichkeit:
Einen SAPV-Vertrag dürfte es eigentlich nur geben, wenn die integrative Zusammenarbeit zwischen ambulanter Hospizarbeit und SAPV vertraglich geregelt ist. Das ist eine gesetzliche Vorgabe ... wir wissen, dass es anders ist.
- Es müsste mindestens geregelt sein, dass das Hospizteam Bestandteil oder wenigstens engster Koordinationspartner des SAPV-Teams ist.
- Das würde eine verbindlich geregelte gemeinsame Versorgung mit gemeinsamer Dokumentation bedeuten.
- SAPV-Konzeption:
SAPV ist grundsätzlich eine Ergänzung der ambulanten Versorgung.

- Subsidiarität der SAPV-Leistungen:
Nur wenn die anderen Versorgungsformen unter Einbindung des ambulanten Hospizdienstes nicht ausreichen, können Behandlung und Pflege vom SAPV-Team erbracht werden.
- Integrative Vergütung:
Es bräuchte vielleicht auch mal eine integrative Vergütung, damit nicht nur die Leistungen der SAPV-Teams vergütet werden, sondern auch die, die mithelfen, damit SAPV Erfolg haben kann. Wir im Saarland haben wenigstens erreicht, dass die Vertragsärzte und Pflegedienste aus der SAPV für ihre Mitarbeit nicht im Team, sondern als Niedergelassener, eine kleine Vergütung bekommen.
- Gewachsene Strukturen:
Integrative Konzepte der Hospiz- und Palliativversorgung vor neuen Strukturen
- Hospiz- und Palliativversorgung: Versorgungsnetzwerke

Integrationsvarianten

Mittlerweile gibt es verschiedene Integrationsvarianten:

- isolierte SAPV-Teams
- einzelfallbezogene Zusammenarbeit
- Kooperationsvereinbarungen als Vertragsbestandteil
- Kooperation und Netzwerkbildung als Voraussetzung für SAPV-Verträge
- integrativ konzipierte Zusammenarbeit
- Alles unter einem Dach
So ist es bei uns im Saarland, das hilft natürlich sehr.
- Eigenständiges Versorgungsnetzwerk
Das ist vermutlich die Organisationsform, die das am Besten realisieren kann.

Ein kleines Beispiel, wie das aussehen kann:

- Unterschiede in der Hospizarbeit und in der SAPV bedeuten wechselseitige Ergänzung. Symptomkontrolle und ehrenamtliche Begleitung sind hier Beispiele.

- Überschneidungen von Hospizarbeit und SAPV sollte man so organisieren, dass man wechselseitig Arbeitsaufwand spart, z.B. bei der Beratung,

11. Perspektiven für eine integrative Hospiz- und Palliativversorgung

Ich glaube, dass es keine Alternative zu einer Integration von SAPV und ambulanter Hospizarbeit gibt. Es darf auch nicht der Fehler begangen werden, so wie es jetzt schon häufig zu lesen ist, dass die allgemeine ambulante Palliativversorgung, die es ja vielleicht in Nordrhein gibt (aber sonst bundesweit wenig), als Konzeption an den ambulanten Hospizdiensten vorbeigeht. Die ambulanten Hospizdienste haben in der ambulanten allgemeinen Versorgung eine Schlüsselrolle. Doch wir müssen alle noch mehr als bisher darauf achten, die Grundlagen der Kommunikation, Kooperation, Koordination und Netzwerke auch für unsere Zusammenarbeit zu entdecken. Das ist für viele ein neues Feld.



VI. Da sind Sie gut beraten!? - Netzwerkerfahrungen

Renate Flach

Mein Beitrag hat die Aufgabe, Ihnen Netzwerkerfahrungen von der Basis zu vermitteln, an der ich seit ca. 17 Jahren im ambulanten Hospizdienst als Leiterin der Hospizgruppe Albatros tätig bin. Wir versorgen im Jahr über 200 Patienten und ihre Familien.

Im vorigen Beitrag wurde bereits beschrieben, was ambulante Hospizarbeit ist. Nach intensiver Vorbereitung auf diesen Vortrag muss ich sagen, dass das Thema Netzwerkarbeit und Beratung nicht „so einfach“ abgehandelt werden kann. Ich verzichte deshalb für meinen Beitrag bewusst auf die Theorien, von denen hier schon viel gesprochen wurde. Meine hauptamtlichen Mitarbeiterinnen haben natürlich – wie ich auch – verschiedene Ausbildungen als theoretischen Hintergrund, u.a. in der Koordination. Doch hier soll es um die Praxis gehen.

1. Beteiligte im Netz

Gabriele Koch definiert in einem Praxishandbuch Folgendes:

„Ambulante Hospizarbeit als Netzwerkarbeit.

Ein Netz wird gebildet, um zu halten, zu tragen und aufzufangen. Netzwerke in der Hospizarbeit werden aus diesem Grund geschaffen. Ziel der Vernetzung in der Hospizbewegung ist es, schwerstkranken, sterbenden und trauernden Menschen und ihre Angehörigen aufzufangen, zu halten und wenn nötig auch zu tragen – und zwar in ihren physischen, psychischen, sozialen und spirituellen Bedürfnissen.“

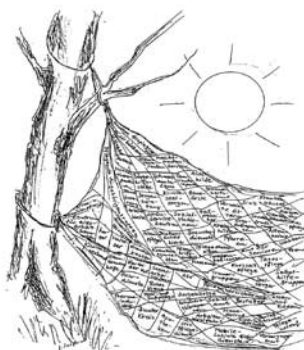
Das ist eine große Aufgabe, die wir uns da gesetzt haben.

Alle, oder ich glaube zumindest die meisten, Hospize haben sich schon Gedanken über Netzwerkarbeit gemacht.



Hier eine 20 Jahre alte Zeichnung von meiner Vorgängerin Gertraud Pöhlmann, die noch Netze gezeichnet hat.

Acht Jahre später sah das Netz folgendermaßen aus – ein deutlicher Entwicklungsschritt.



Ohne Anspruch auf Vollständigkeit hier meine Sammlung von Antworten auf die Frage: Welche Menschen und Institutionen sind rund um einen Menschen, um einen Patienten in der Versorgung tätig – neben den Angehörigen und Freunden, die meistens automatisch dazuhören.

Es werden bei einem einzelnen Patienten natürlich nie alle sein, die ich hier aufgezeigt habe. Aber wenn ein Mensch einen längeren Krankheitsprozess durchläuft, sind unserer Erfahrung nach meist ganz viele dieser Institutionen und Menschen beteiligt. Und die meisten von ihnen *können* beraten und *wollen* auch beraten.



Diese Grafik zeigt bereits, wie schwierig es ist oder sein kann, diese alle miteinander zu verknüpfen. Auf theoretischer Ebene stellt sich Vernetzung dabei manchmal sehr viel klarer dar als wenn man dann in der praktischen Arbeit erlebt, wie es tatsächlich läuft. Häufig rutschen die Menschen oder Institutionen durch, die wir nicht so gut kennen oder die sich nur am Rand bewegen.

Fallbeispiel 1

Wir hatten eine Begleitung, an der waren ein Pflegedienst, ein Hausarzt, das Hospiz eher am Rande sowie eine Institution für die Portversorgung und Ernährung beteiligt; und es gab Angehörige. Die Begleitung lief ruhig ohne größere Probleme. Als ich zum Hausbesuch kam, sagte der Patient zu mir:

„Wir brauchen Sie jetzt wahrscheinlich weniger, aber meine Frau wird Sie in der Trauerzeit brauchen.“ So kam es auch. Nach dem Trauergedenkgottesdienst (ca. 2 Wochen nach dem Tod) unterhielt ich mich mit der Ehefrau und sie sagte: „Die Heilpraktikerin sagt, mein Mann sei so schnell gestorben, weil die Ernährung am Lebensende, also die letzten Tage, abgesetzt worden sei.“ Von der Heilpraktikerin wusste ich gar nicht, dass sie beteiligt war.

Seitdem versuchen wir wirklich sehr intensiv, in jeder Betreuung alle Beteiligten zu erreichen und abzufragen. Hier hatten wir vermeintlich mit allen Kontakt, aber von dieser Heilpraktikerin wussten wir einfach nichts, wussten nicht, dass sie mit eingebunden ist. Das hat zu einem großen Missverständnis geführt, ohne dass jemand etwas versäumt und vergessen hätte.

Was ich damit ausdrücken will ist, dass das Vorhandensein einer Vielzahl von Menschen und Institutionen nicht unbedingt ein Qualitätskriterium für die Begleitung von schwer kranken und sterbenden Menschen sein muss. Manchmal ist es sogar hinderlich. Ich erlebe das gerade auch bei sehr jungen Patienten.

Fallbeispiel 2

Wir bekamen die Versorgung einer 28-jährigen Frau mit fortgeschrittenem Mammakarzinom. Die Versorgung hatte zuerst mit einem Pflegedienst begonnen, dann kam die Patientin in die Klinik, wir wurden als Hospizdienst eingeschaltet. Eine bekannte Sozialarbeiterin kam dazu, die dann einen Heiler empfahl. Dazwischen gab es 3 Krankenhausaufenthalte. Diese Vielzahl von Menschen rund um diese Patientin konnten wir gar nicht fassen, denn manchmal sind die Krankheitsverläufe so schnell und dramatisch, dass es angesichts der vielen Institutionen eine große Schwierigkeit ist, ein Miteinander zu finden.

An dieser Stelle eine Anmerkung: Wenn ich hier vor allem Betreuungen beschreibe, die schwierig waren oder sind, dann bedeutet das nicht, dass wir in Augsburg keine gute Netzwerkarbeit betreiben. Ich bin nur überzeugt, dass wir gerade an Situationen, die nicht so gut oder auch gar nicht gut laufen, miteinander lernen können.

2. Die eigene Brille

Was uns in der Beratung immer bewusst sein muss ist, dass jeder durch seine eigene, berufsspezifische Brille berät. Der Pflegedienst z.B. hat in der Beratung den Schwerpunkt auf der Pflege, ich vom ambulanten Hospiz habe

einen hospizlichen, der Hausarzt einen medizinischen Schwerpunkt. Dadurch entsteht eine spezifische Sichtweise, die aber nicht die ganze Wirklichkeit vermitteln kann. Das muss uns bewusst sein.

Beratung


Hospiz-Gruppe „Albatros“
Augsburg e.V.

Jeder Berater sieht gemäß seiner Ausbildung die Situation durch eine bestimmte Brille. Dadurch entsteht eine spezifische Sichtweise, die aber nicht die ganze Wirklichkeit vermitteln kann. Nur durch ein Zusammentragen der verschiedenen Blickwinkel entsteht eine möglichst umfassendes Bild.



Vielleicht kann man sich von diesem Bild ausgehend auch vorstellen, wie interessant es wäre, durch die Brille des anderen zu schauen. Es geht nicht darum, ob der eine recht hat und der andere nicht, sondern es geht darum, dass wir ein möglichst breites Bild von der Situation bekommen, indem wir die Vielzahl der Blickwinkel zusammentragen.

3. Stolpersteine in der Netzwerkarbeit

3.1. Das ist mein Patient

Ein großer Stolperstein, den wir alle kennen, ist die Haltung bzw. Aussage: „Das ist mein Patient!“ Diesen Satz hört man gar nicht so selten und oft ist er auch gar nicht ungut gemeint. Wir müssen das nur klären.

In unserer Hospizgruppe Albatros laufen in der Regel 30 bis 35 Begleitungen. Es gibt eine hauptverantwortliche Fachkraft für eine bestimmte Anzahl von Begleitungen, aber alle sind Patienten der Hospizgruppe Albatros. Auch in unserem Team fällt manchmal dieser Satz: „Das ist mein Patient!“ Das passiert ganz schnell. Das ist kein Fehler, denn in den helfenden Berufen wollen

Stolpersteine



Bild Folie 8: Pflaster von Montepulciano

Stolpersteine

„Das ist mein Patient“



wir uns gerne ganz einbringen, für diesen Menschen sorgen und da sein. Aus dieser Haltung heraus ist das Folgende passiert.

Fallbeispiel 3

Wir wurden von einer wirklich sehr alten Lebensgefährtin angerufen, deren Lebensgefährte sehr krank war. Er hatte ein fortgeschrittenes Pankreas-Karzinom und sie sagte am Telefon schon: „Wir können eigentlich nicht mehr. Ich kann nicht mehr schlafen, er ist so unruhig und und und.“ Wir haben dann beim Hausbesuch erfahren, dass es einen Hausarzt gibt, die Sozialstation und einen Sohn, der aber keinen so guten Kontakt hat.

Dies bedeutet zunächst: Unsere Aufgabe ist immer erst zu schauen und zu klären, wer an dieser Versorgung beteiligt ist und in Kontakt steht. Unsere zweite Aufgabe in dieser Versorgung war es dann, z.B. mit dem Hausarzt zu besprechen, wie die Unruhe in der Nacht behandelt werden kann.

Eine weitere Aufgabe unseres ambulanten Hospizdienstes war es, in der ersten und zweiten Woche ein- bis zweimal Hospizhelferinnen zu Nachtwachen zu schicken. Dabei kam meine Kollegin irgendwann ins Gespräch mit der Lebensgefährtin, die einfach wirklich nicht mehr konnte, und sagte zu ihr – das hat sich so ergeben: „Sie hätten uns schon früher anrufen sollen. Darauf die Lebensgefährtin: „Ich wollte schon, aber die von der Pflege haben gesagt, ihr seid Konkurrenz!“

So etwas passiert und ist kein Vorwurf an die Pflege, aber trotzdem sind dies natürlich Erfahrungen, bei denen man genau hinschauen muss: Wo kommt eine solche Aussage her? Ist da mal was schief gelaufen zwischen Pflege und ambulantem Hospiz? Oder ist da wirklich jemand gar nicht förderlich für die Versorgung von schwer kranken Patienten, indem er sagt: „Das ist mein Patient, ich mach nach außen alles zu und kann alles selber?“ Das können wir nicht. Wir können es wirklich nicht. Wir brauchen in der Regel immer mehrere Menschen und Institutionen in solchen Versorgungssituationen.

Jeder in der Hospizarbeit kennt diese Stolpersteine Konkurrenzdenken – wie ich es eben beschrieben habe – und auch Kompetenzgerangel. Das passiert vor allem dann, wenn zwei Institutionen das Gleiche oder Ähnliches anbieten. Ist der Pflegedienst genau wie das ambulante Hospiz sehr fit in Beratung und Durchführung von Schmerztherapie und Symptomkontrolle, dann ist es ganz wichtig, dass man sich eng abspricht. Denn wenn jeder irgend etwas macht oder nur ein bisschen was oder sich nicht abspricht, ist es immer zum Nachteil des Patienten und seiner Familie.

3.2. Unachtsamkeit – Nichtwissen

Was wahrscheinlich uns allen auch immer wieder passiert, ist so etwas wie Unachtsamkeit oder Nichtwissen – ein großer Stolperstein. Hier ein Beispiel, bei dem wir als Hospiz-Gruppe „Albatros“ einmal sehr unachtsam waren.

Fallbeispiel 4

Ein Mann aus Norddeutschland rief an, der Bruder eines schwer kranken Patienten: „Kann bitte bald jemand kommen, meinem Bruder geht es sehr schlecht. Er ist ganz alleine zu Hause. Wir wissen nicht, wie es in der Versorgung weitergeht.“ Eine unserer Hospizschwestern fuhr hin. Es zeigte sich eine Situation, in der die Versorgung im häuslichen Bereich nicht mehr machbar war. Der Patient war sehr schwach, er hatte verschiedene Symptome, von denen er sagte, dass diese hier in einer Klinik schon behandelt worden waren. Ganz kurz wurde auch ein Kontakt zu einem Pflegedienst erwähnt – aber nur ganz am Rande.

Und dann kam etwas in Gang, was ganz schnell passiert, denn wir alle sind ja auch irgendwie Macher und Organisationstalente. Meine Kollegin hat den Hausarzt angerufen, dieser hat eine Einweisung geschrieben, wir haben ein Bett in der genannten Klinik organisiert und der Patient war in kürzester Zeit in dieser Klinik. Am späten Nachmittag kam ein wenig erfreuter Anruf vom Pflegedienst – von dem wir angenommen und gehört hatten, dass er nur einmal kurz zur Beratung da war, zu einem Zeitpunkt, zu dem der Betroffene nichts brauchte. Dem war aber nicht so: Der Pflegedienst hatte schon viermal Kontakt mit dem Patienten, es waren Medikationen mit dem Hausarzt besprochen, die Hauswirtschaftshilfe war organisiert.

Nach dieser Betreuung haben wir vereinbart, dass wir uns informieren, sobald wir voneinander wissen. Lieber telefonieren wir einmal zu viel als zu wenig, damit so etwas nicht wieder passiert.

3.3. Führungsposition nicht abgeben wollen

Beim Case Management im Zusammenhang mit Palliative Care war ich ganz erstaunt, wie das evtl. funktionieren könnte. Wenn jetzt Begleitungen laufen, gibt es zu ganz unterschiedlichen Punkten Menschen, die die Führungsposition wirklich übernehmen wollen, können und auch sollen. Wir erfragen das mit dem Satz: „Wer hat gerade den Hut auf?“ Denn das ist nicht immer dieselbe Person. Es kann zum Beispiel eine Begleitung sein, bei der wir relativ frühzeitig angerufen werden. Der Patient wird von uns über einen längeren Zeitraum besucht, dann verschlechtert er sich. Wir sind mit ihm in Kontakt und haben Vertrauen bei ihm aufgebaut. Dann ist es häufig so, dass wir einen

Pflegedienst einschalten, zusätzlich Hospizhelfer holen, andere Hilfsmöglichkeiten erschließen und bis zum Schluss die Führungsrolle innehaben, mit allem was dazugehört.

Aber ebenso kann es sein, dass wir in der letzten Lebenswoche gerufen werden, zur Begleitung eines Patienten, der schon rundum versorgt ist: mit Palliativpflegedienst, Hausarzt und weiteren Diensten. Diese brauchen einzig und ausschließlich eine Hospizhelferin. In dieser Begleitung habe ich in der Führungsrolle nichts zu suchen, trete drei Schritte zurück und frage: „Was wird hier gebraucht, wer hat hier den Hut auf?“ Und bringe mich als Ergänzung ein.

Die Führungsposition hat auch viel mit Macht zu tun, da müssen wir alle sehr aufpassen: Wie wichtig ist mir die Macht, um wichtig zu sein?

All dies sind letztendlich Dinge, die meiner Erfahrung nach am besten geregelt werden können, wenn wir uns gut absprechen.

3.4. Schwierigkeit von Institutionen, „schneller“ zu reagieren

Ein weiterer Stolperstein in der Netzwerkarbeit ist, dass Institutionen manchmal nicht schnell genug reagieren können.

Fallbeispiel 5

Ein Anruf von Angehörigen, die schon seit vielen Wochen ihre schwer kranke Großmutter versorgen. Das ging bisher ganz gut, doch jetzt kam der Einbruch: Sie kann nicht mehr aufstehen und nicht mehr schlucken. Das Pflegebett ist schon beantragt, aber die Familie wartet schon seit zwei Wochen darauf ... Mittlerweile brauchen die Angehörigen die Hilfsmittel dringend und das Wochenende steht vor der Tür. Manchmal bekommen Sie ein Pflegebett innerhalb von zwei Stunden, doch in diesem Fallbeispiel lief es anders: Ich habe den ganzen Vormittag telefoniert, mit der Krankenkasse, einem Sanitätshaus, einem Sachbearbeiter, dessen Chef und weiß Gott mit wem noch, bis irgendwann ein gütiger Mensch das Bett für Samstag zusagte. Es kam am Dienstag Mittag. Doch die Patientin ist am Dienstagmorgen verstorben.

Jetzt könnte man sagen: „Es ist ja bloß ein Bett.“ Aber die Angehörigen und vor allem auch die Patientin haben sich wirklich plagen müssen, weil sie in einem niedrigen Ehebett versorgt werden musste, das der Situation einfach nicht angemessen war.

Auch solche „kleinen“ Dinge können das Leben und das Sterben schwer machen, und auch leichter.

3.5. Verschiedene Ziele, unterschiedliche Wertmaßstäbe

Verschiedene Ziele und unterschiedliche Wertmaßstäbe können immer ein Stolperstein sein. Wenn z.B. der Case Manager im Krankenhaus sagt, dass die Versorgung stationär sein, bleiben oder werden muss, wir aber aus unseren Gesprächen mit Patient und Angehörigen den Eindruck haben – stellen Sie sich wieder die Brillen vor –, dass die Versorgung auch zu Hause möglich ist. Da hilft keine Systematik oder sonst irgendetwas, es hilft nur, dass wir uns alle zusammensetzen und miteinander reden.

3.6. Verschiedene Wahrheiten

Es gibt verschiedene Wahrheiten. Das ist mir ein ganz wichtiger Punkt – und es ist ein ganz, ganz schwieriger. DIE Wahrheit gibt es nicht. Das folgende Fallbeispiel soll illustrieren, was ich meine – und was ganz oft passiert.

Fallbeispiel 6

Ein schwer krebserkrankter Patient sagt zum Hausarzt: „Ich mach noch eine Chemotherapie, denn ich will, dass es mir wieder besser geht.“ Zwei Tage später sagt er zur Hospizschwester: „Ich mag eigentlich gar nicht mehr, ich kann auch nicht mehr. Ich mache gar nichts mehr, und wenn es noch schlimmer wird, möchte ich ins stationäre Hospiz zum Sterben.“ Derselbe Patient, zwei Tage dazwischen. Hier hat keiner Recht oder Unrecht, solche Dinge passieren. Da hat sich nicht der eine oder der andere verhört. Wir müssen uns austauschen und den anderen ernst nehmen. Nur weil einer etwas anderes gehört hat, hat er trotzdem nichts Falsches gehört.

Ein weiterer Stolperstein in der Zusammenarbeit ist, die Meinung des anderen nicht genügend anzuerkennen. Das heißt, dass wir meinen, wir wüssten doch *besser*, wie es geht und *wir* wüssten doch, wie die Patienten gut versorgt seien.

Überforderung und zu wenig Zeit als Probleme im Netzwerk sind Punkte, die vermutlich jeder kennt.

4. Der Patient führt

Offen gesagt nehmen wir uns ja Großes vor, wenn wir – wie selbstverständlich – sagen: „Das System hat sich den Menschen anzupassen, die es betreut.“ Und daraus folgend der Satz: „Der Patient führt.“ Patientenautonomie, davon sprechen wir alle. Der Patient bestimmt also, wo es lang geht ... Dass uns das aber manchmal an Grenzen bringt oder in der praktischen

Arbeit ganz schwierig ist, das wissen wir auch alle. Hierzu ein Beispiel einer sehr autonomen Patientin.

Fallbeispiel 7

Wir haben die Patientin in relativ gutem Zustand aufgenommen, sie wohnte ganz allein. Es gab einige Dinge für sie zu erledigen und zu beraten, z.B. konnte ihr Arzt keine Hausbesuche machen. Ihr wurde eine Hospizhelferin zur Seite gestellt, ein Pflegedienst eingeschaltet und die Betreuung lief gut. Dann stürzte sie und musste in die Klinik.

Ihr Zustand war nun deutlich verschlechtert und es stellte sich die große Frage, wie es weitergehen könnte, denn sie ja lebte ganz allein. Es gab zwar Angehörige in der Nähe, aber die konnten sich nicht intensiv um die Patientin kümmern. Wir haben viel hin und her überlegt und tendierten eher zu einer stationären Versorgung. Das wollte die Patientin aber nicht: „Ich gehe heim!“ Also beschlossen wir, dass wir versuchen wollen es mitzutragen.

Sie bekam ein Pflegebett, einen Nachtstuhl, eine zweite Hospizhelferin kam dazu, der Pflegedienst kam zweimal am Tag, die Angehörigen waren da. Ein Thema für sich – das will ich hier kurz einschieben – war das Pflegebett. Mit der Patientin abgesprochen war, dass sie ein Pflegebett braucht. Aber als sie nach Hause kam, akzeptierte sie das Bett nicht. Wir haben versucht, ihr das Bett schmackhaft zu machen, aber es gelang nicht. Die Patientin hat dann als schwer kranke Frau zusammen mit ihrem 90-jährigen Nachbarn das Pflegebett abgebaut, weil sie auf der Couch liegen wollte.

Die Begleitung lief eine Zeitlang, aber der Zustand der Patientin verschlechterte sich weiter, mittlerweile waren drei Hospizhelferinnen engagiert: morgens und abends Pflegedienst, mittags Hospizhelferin, abends spät die Angehörigen. Die Patientin sollte nicht mehr alleine aufstehen, sollte nachts den Nachtstuhl nutzen. Sie stand aber trotzdem allein auf, stürzte dann wieder, brach sich den Arm und kam in die Klinik.

In der Klinik konnte sie nicht lange bleiben, sie hatte ja nur einen Armbruch, also was sollten wir machen? Die Angehörigen sagten: „Das geht gar nicht mehr. Bringt die Frau nicht mehr heim, das schaffen wir nicht, das geht nicht, sie muss stationär betreut werden.“ Sowohl der Pflegedienst als auch wir wussten nicht recht weiter, wir hatten alle Bauchweh, aber die Patientin hat gesagt: „Und ich gehe heim!“

Was wollen Sie denn da machen? Die Patientin war ganz klar, in keiner Form verwirrt. Sie ging also wieder heim, doch ihr Zustand hat sich weiterhin ver-

schlechtert. Eines Tages kam der Anruf einer der Hospizhelferinnen, die Patientin sei am Lebensende angelangt – was immer das bedeutet. Das kann noch Tage oder eine Woche gehen. Die Patientin hatte erbrochen, konnte sich aber nicht abwischen. Die Hospizhelferin war sehr erschrocken. Der Pflegedienst sagte „Die Pflege zu Hause geht nicht mehr.“ und organisierte auf die Schnelle ein Bett in einem Pflegeheim, damit wir gleich eines haben, falls die Patientin nun in die stationäre Versorgung einwilligt. Meine Kollegin fuhr zur Patientin und zeigte ihr auf, was alles passieren könne. Sie habe zwar einen Notruf, aber wir wissen nicht, was alles passiert, wenn Sie mal stundenweise allein ist. Die Patientin war weiterhin ganz klar und antwortete: „Ich bleibe in diesem Bett.“ - Mittlerweile war sie übrigens im Pflegebett, nicht mehr auf der Couch.

So ist es dann auch gelaufen: Sie war eine Zeit allein, dann kamen zwei Hospizhelferinnen, dann waren noch die Angehörigen da. Die Patientin ist in derselben Nacht gestorben – und hier muss ich aber gestehen: Das ist gerade nochmal gut gegangen. Wenn die Patientin noch ein oder zwei Wochen gelebt hätte, weiß ich nicht, wie wir das geschafft hätten. Diese Begleitung hat uns alle an Grenzen gebracht – und das muss man auch sagen dürfen und können. Wenn es länger gegangen wäre, hätten wir die Patientin vielleicht doch in irgendeiner Form stationär legen müssen - gegen ihren Willen.

5. Netzwerkarbeit fördern

Wie kann man Netzwerkarbeit fördern? Hier nur ein kurzer Überblick, denn dazu wurde schon vieles gesagt.

- Angebote und Möglichkeiten der Partner kennen (Leistungsangebot)
- regelmäßiger Austausch
- bei neuen Netzwerkpartnern:
hingehen – vorstellen – Vertrauen schaffen
- Kooperationen vor allem leben und nicht nur schreiben
- Flexibilität – schnell umstellen auf eine neue Situation
- Offenheit und Toleranz
- Humor
- Wertschätzung und Akzeptanz

Was mir zusätzlich wichtig ist, ist das Zuhören. Bei Konflikten nutzt nichts anderes als miteinander zu reden und zuzuhören. Vor allem zuhören.

Bei Konflikten:

zuhören – miteinander reden - zuhören – miteinander reden -
zuhören – miteinander reden ...



Dieses chinesische Zeichen für Zuhören zeigt ganz viel, denn reden tun wir alle lieber, aber zuhören fällt uns allen manchmal schwer.

Sei nicht so streng mit Deinen Partnern!



Grafik Folie 16: Lehrer Lempel: „Sei nicht so streng!“



Abschließend möchte ich eine netzwerkförderliche Erfahrung weitergeben – dazu habe ich das Bild vom Lehrer Lempel gefunden. In Bezug auf die Netzwerkarbeit müsste man sagen: „Sei nicht so streng mit Dir und mit Deinen Partnern!“ Denn wenn etwas schief läuft, wenn etwas falsch läuft, wenn Dir jemand auf die Zehen tritt – und das passiert alles, denn wir sind alle Menschen, wir machen Fehler, wir wollen allmächtig sein und wichtig – wenn also etwas vorfällt, dann lasst uns miteinander reden und nicht so streng zueinander sein.

VII. Koordination als Teil der SAPV

Martina Kern

1. Einführung SAPV

Ich werde die Besonderheiten der Koordination als Teil der SAPV an zwei Fallbeispielen aus der Praxis aufzeigen. Vorab möchte ich jedoch den leistungsgesetzlichen Hintergrund der SAPV skizzieren:

Die SAPV gilt nicht nur für gesetzlich Versicherte im ambulanten Bereich, sondern grundsätzlich auch für Versicherte in stationären Pflegeeinrichtungen. Es ist mit dieser neuen Regelung gelungen, nicht nur den ambulanten Bereich zu erfassen, sondern auch in Einrichtungen der stationären Pflege hineinzureichen.

Die SAPV findet ihre Anwendung bzw. gewährt Leistungsansprüche für Versicherte – auch in stationären Pflegeeinrichtungen – mit

- nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankungen
- begrenzter Lebenserwartung (Wochen bis Monate)
(diese Einschränkung ist für eine Patientengruppen bzw. Situationen sehr problematisch)
- besonders aufwändiger Versorgung

Besonders berücksichtigt sind lebensverkürzend erkrankte Kinder.

Die GBA-Richtlinie¹ zur Verordnung von SAPV differenziert dann weiter. SAPV wird ausschließlich von Leistungserbringern nach § 132d SGB V erbracht, und das entweder

- stufenweise,
- intermittierend oder
- durchgängig.

1 Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) ist das vom Gesetzgeber beauftragte Gremium, das durch Richtlinien die konkrete Anwendung und Ausführung von Gesetzen im Wirkungsbereich der Gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V) und der Gesetzlichen Pflegeversicherung ((SGB IX) bestimmt.

- Die ambulante Palliativversorgung erfolgt in drei Ebenen (siehe Abbildung 1):

-
- Ambulante Palliativversorgung in drei Ebenen**
- Patient / Familie Leistungserbringer
- Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV)
- Allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV)
- Regelversorgung
- Patientenbedürfnisse / Versorgungsbefehl
- Komplexität
- Versorgungsaufwand
- Patientenzahl
- Komplexität
- Vernetzung/Koordination
- Versorgungsstruktur
- Mod. nach T. Montag

Abb. 1 Versorgungsebenen der Palliativversorgung

Mit Blick auf die Patientenzahl geht man davon aus, dass im Rahmen der SAPV zwar nur relativ wenige Palliativpatienten versorgt werden, dass diese Patienten aber sowohl eine hohe Komplexität im Versorgungsaufwand als auch eine hohe Komplexität in der Vernetzung und Koordination mit sich bringen. Die entsprechenden Dienste haben also verhältnismäßig mehr Arbeit für eine kleinere Patientengruppe zu erbringen.

Was bedeutet nun „besonders aufwändig“, also die Voraussetzung, die eine medizinisch-pflegerische Intervention erfordert. In der GBA-Richtlinie ist die besonders aufwändige Versorgung durch folgende Punkten charakterisiert:

- ... soweit die anderweitigen ambulanten Versorgungsformen
- sowie ggf. die Leistungen des ambulanten Hospizdienstes nicht oder nur unter besonderer Koordination ausreichen würden,
- um die Ziele der SAPV (§ 1 Abs. 1) zu erreichen.

Jedoch, was heißt das jetzt im Detail?

„Besonders aufwändig“ ist an eine – durch bestimmte Symptome ausgelöste – hohe Komplexität gebunden worden, die dann wiederum folgendermaßen beschrieben ist:

Ein Symptomgeschehen ist in der Regel komplex, wenn mindestens eines der nachstehenden Kriterien erfüllt ist:

- ausgeprägte Schmerzsymptomatik
- ausgeprägte neurologische/psychiatrische Symptomatik
- ausgeprägte respiratorische Symptomatik
- ausgeprägte gastrointestinale Symptomatik
- ausgeprägte exulzierende Wunden oder Tumore
- ausgeprägte urogenitale Symptomatik

Hier haben zum großen Leidwesen der in die GBA-Diskussion eingebundenen Experten der Palliative Care nur die medizinischen Komplexbereiche Eingang gefunden und nicht das, was häufig unsere Arbeitswirklichkeit kennzeichnet. Dazu stelle ich jetzt zwei Fallbeispiele vor und erläutere, was Koordination im Zusammenhang von SAPV sein mag.

Fallbeispiel 1: Ich will und kann nicht mehr

Herrn Schäfer² ist 42 Jahre alt, leidet an einer ALS, ist verheiratet, und hat zwei Kinder. Er hat eine Tetraplegie, eine Atemmuskeldysfunktion und wird über ein Tracheostoma bei Bedarf invasiv beatmet. Aufnahmegründe waren u.a. Unruhe, Angst und Luftnot sowie Probleme mit der 24-Stunden-Betreuung. Er war mit dem versorgenden Dienst nicht zufrieden und hatte Fragen zur Patientenverfügung. Er kommunizierte über einen Computer und sagte uns: „Ich habe eine Patientenverfügung, die muss verändert werden, denn ich möchte nicht mehr länger leben.“ Herr Schäfer lebte räumlich getrennt von seiner Familie d.h.: er war mit seinem Pflegedienst aus der Wohnung ausgezogen, weil die Belastung für die Familie einfach zu hoch war, weil immer noch jemand, nämlich das ganze „System Pflegedienst“, mit im Haus war.

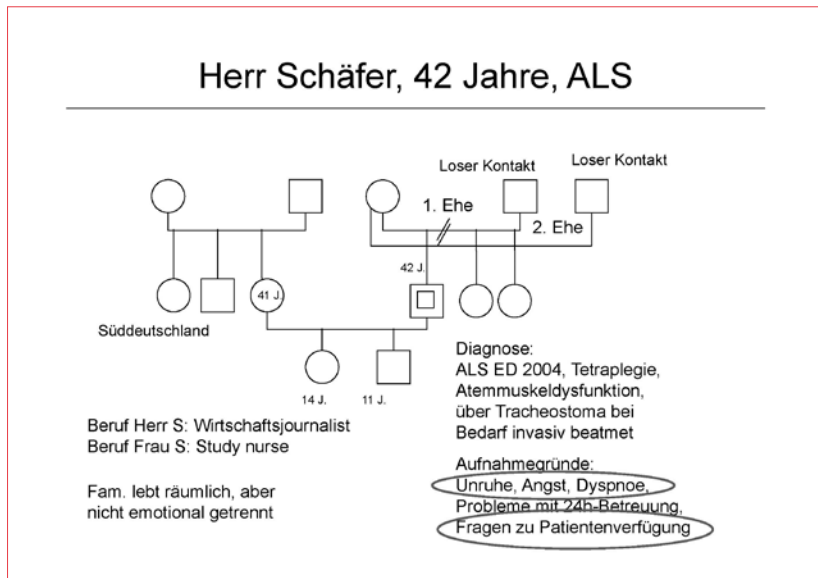


Abb. 2 Genogramm von H. Schäfer

Wir haben ihn als SAPV-Patient eingestuft, weil ein komplexes Symptomgeschehen vorlag und Beratung im Hinblick auf die Patientenverfügung erforderlich war.

Bevor Herr Schäfer SAPV-Leistungen nutzte, waren bereits viele Akteure in der Begleitung aktiv: Mitarbeiter des ambulanten Pflegedienstes, Hausarzt,

2 Der Name wurde verändert, damit die Anonymität des Patienten gewahrt bleibt.

Pulmonologe, Neurologe, Sanitätshaus, Fachbetrieb für Medizintechnik, Physiotherapie, Mutter und Schwester von Herrn Schäfer (siehe Abb. 3).

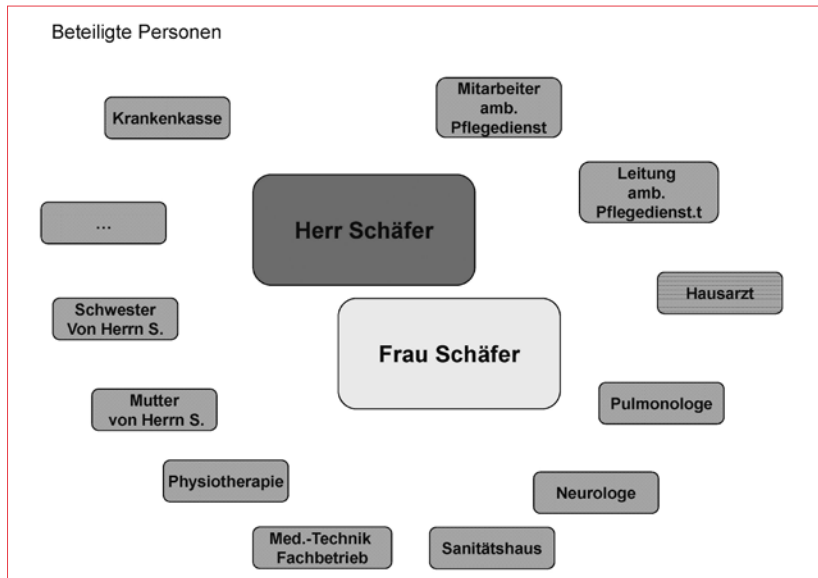


Abb. 3 Beteiligte Personen und Dienste bei der Versorgung von Herrn Schäfer

Die Abbildung vermittelt einen ersten Einblick in die Komplexität des Helfersystems, allerdings erscheinen mir diese Grafiken mit den Patienten und Angehörigen in der Mitte zunehmend unpassend. Denn wenn man sie unter dem Aspekt der Koordination betrachtet, erwecken sie den Eindruck, als ob die Menschen, die da in der Mitte sind, das bestens koordinieren können und als ob bei denen die Fäden zusammenlaufen. Und dies stellte in der Familienkonstellation eine große Überforderung dar

Um in der hohen Komplexität eine Priorisierung vornehmen zu können und um die Prozessqualität beurteilen zu können, haben wir gemeinsam mit Herrn Schäfer seine Wünsche verifiziert und eine Zielpyramide erarbeitet (siehe Abb. 4):

Hauptziel: Herr Schäfer lebt optimal medizinisch und pflegerisch versorgt in seiner Wohnung, so lange es geht und so lange er es wünscht.

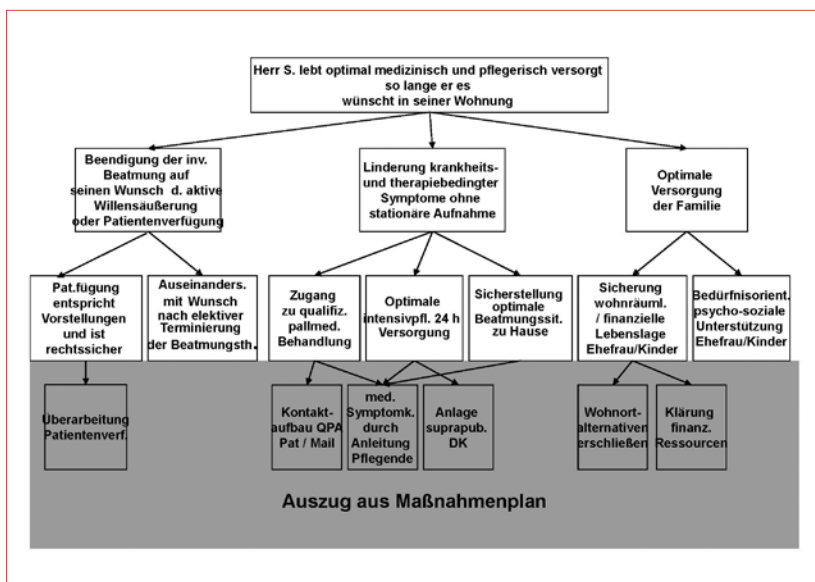


Abb. 4 Ausschnitte aus der Ziel- und Maßnahmenplanung für Herrn Schäfer

Für die Erreichung des Hauptzieles hatte Herr Schäfer auf einer „darunter“ liegenden, konkreteren Ebenen drei weitere Ziele:

- Beendigung der invasiven Beatmung auf seinen Wunsch durch aktive Willensäußerung oder Patientenverfügung;
- Linderung der krankheits- oder therapiebedingten Symptome – ohne stationäre Aufnahme
- Optimale Versorgung der Familie.

In Abbildung 4 stehen unter diesen drei Zielen im Maßnahmenplan die Arbeitspakete, die wir Stück für Stück verwirklicht haben.

Ein entscheidendes Element war dabei die Überarbeitung der Patientenverfügung. Ausgangspunkt war der klare Wunsch des Patienten: „Ich möchte selbst bestimmen, wann die Beatmung abgestellt wird.“ Auf genau diesen Wunsch hin musste nun die Patientenverfügung präzisiert werden.

So stand beispielsweise in seiner bestehenden Patientenverfügung: „Die Bedienung des Computers ermöglicht mir ferner, weiterhin geistig aktiv zu sein und in freiberuflicher Tätigkeit am Arbeitsleben teilzunehmen.“ Realität war jedoch, dass er das bereits nicht mehr konnte. Infolge unserer Beratung prä-

zisierte er dann: „Der Computer ermöglicht mir ferner, weiterhin geistig aktiv zu sein (...), auch wenn mir die Bedienung zunehmend schwerer fällt.“

Auf diese Weise haben wir die Patientenverfügung Schritt für Schritt präzisiert, und der Patient hat durch diesen Prozess der aktiven Auseinandersetzung mit der Patientenverfügung neue Wahlmöglichkeiten erhalten. In diesem Bereich ist die Beratung gut gelungen, so dass mit der Patientenverfügung sein Wunsch nach Selbstbestimmung gesichert werden konnte.

Das Ziel, das weit schwieriger umzusetzen war betraf den Punkt „Optimale Versorgung der Familie“: Die Familie war durch den Besitz der beiden Wohnungen ziemlich hoch verschuldet. Der Patient wollte in seiner Wohnung bleiben und hat dies im Zuge der Überarbeitung der Patientenverfügung auch eindeutig ausgedrückt: „Ich habe mich entschieden, noch ein Jahr in meiner Wohnung zu leben. ... Dann will ich neu entscheiden.“ Die Ehefrau hingegen sagte uns: „Es muss ihm jemand sagen, dass auch wir ein Recht auf Leben haben! ... Wir sind finanziell am Ende.“ Die Ehefrau hatte – aufgrund dieser Erschöpfung im System und aufgrund des Wunsches des Patienten – auch gehofft, dass diese Begleitung zu Ende geht, dass ihr Mann stirbt. Doch der Patient hat sich infolge dieser Beratung und Auseinandersetzung neu entschieden: „Ich möchte noch ein Jahr, und dann entscheide ich neu.“ Hier manifestiert sich zum einen ein ganz hoher Autonomiewunsch.

Im Hinblick auf SAPV stellt sich jedoch eine andere Frage: Wenn es jetzt keine begrenzte Lebenserwartung mehr gibt, weil der Patient aller Wahrscheinlichkeit nach länger als ein halbes Jahr lebt, wie stellt sich das Thema der Leistungsgerechtigkeit dar? Hätten wir diesen Patienten in unsere intensive Beratung, Begleitung und Versorgung aufgenommen, wenn er nicht den Wunsch geäußert hätte: „Ich will nicht mehr leben“? Tatsächlich war es so, dass wir für ihn zu dem Zeitpunkt genau die richtige Beratungsstelle bzw. der richtige Dienst waren. Aber wie ist das in der SAPV mit der zeitlichen Beschränkung Wochen bis Monate? Zu diesem Punkt werden jetzt sicher Verhandlungen mit den Krankenkassen erforderlich, die klären, ob wir diese Leistung finanziert bekommen oder nicht. Insgesamt handelt es sich bei Herrn Schäfer um folgende Leistungen:

Betreuungstage durch SAPV Team: 245 Tage

- 12 Hausbesuche durch eine Case Managerin: 18,4 Stunden
- Beratung zur Patientenverfügung: 12 Stunden
- Telefonkontakte zu Kooperationspartnern: 13 Stunden

- Vernetzung/Koordination: 16 Stunden
- 2 Fallkonferenzen insgesamt: 1,5 Stunden
- eine Helferkonferenz: 1 Stunde

Was ist bei Herrn Schäfer erreicht worden?

Der Patient lebt bis zum heutigen Tag (länger als 1 Jahr nach Betreuungsbeginn) zu Hause. Die Ehefrau ist derzeit in einer eigenen flankierenden psychologischen Begleitung durch unseren Dienst. Die Familie ist nach 245 Tagen aus dem SAPV-Prozess entlassen worden und wir sind sehr gespannt, ob uns die Leistungen erstattet werden oder nicht. Auf jeden Fall haben wir mit der Zielerreichung eine neue, selbst gesetzte Lebenserwartung und Lebensqualität für Herrn Schäfer erreicht und neue Perspektiven geschaffen..

Fallbeispiel 2: „Mir kann ja eh’ keiner helfen!“

Auch Herr Fischer (66) ist ein Patient, den wir eindeutig in die SAPV einschließen würden. Er hat folgende Diagnose(n):

- Prostatakarzinom (ED 2007)
- Knochenmetastasen (HWS, Rippen, Becken)
- Schmerzdiagnose: somatischer Nozizeptorschmerz, wechselnd neuropathischer Schmerz
- Schmerzbeschreibung: stechend, bohrend, zeitweise brennend, NRS 6-7 in Ruhe und NRS Schmerzattacken in Ruhe 9-10 und bei Belastung

Das Hauptproblem des Patienten waren die Schmerzen, und angefragt war die Optimierung der Schmerztherapie.

Fallbeispiel Patient Herr F., 66 Jahre

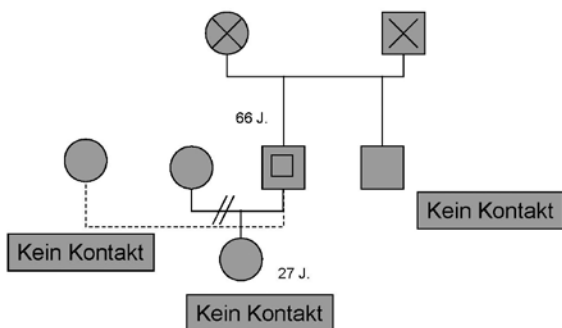


Abb. 5 Genogramm (stark vereinfacht) für Herrn Fischer

Der Patient ist geschieden, hat eine Freundin, zu der er aber keinen mehr Kontakt hat; er hat einen Bruder, zu dem er keinen Kontakt hat, und eine Tochter, zu der er auch keinen Kontakt hat (siehe Abb. 5). Man ahnt, dass diese Begleitung die Berater bzw. Begleiter sehr schnell vor große Herausforderungen stellt.

Beim Assessment wurden erst einmal Art und Ausmaß der Schmerzen festgehalten mit Blick auf Dauerschmerz und Durchbruchschmerz. Zudem lag bei Herrn Fischer eine problematische psychosoziale Situation vor.

Schlussfolgerung des ersten Assessments war: Herr Fischer passt zu unserem SAPV-Kriterienkatalog.

Wir haben auch hier Ziele formuliert und haben dem entsprechend Herrn Fischer behandelt und begleitet.

Der Wunsch des Patienten war, schmerzarm, gut versorgt und finanziell abgesichert in seinem Haus zu leben. Daraus ergaben sich sehr viele unterschiedliche Ziele:

- Stabile wirtschaftliche Sicherung
- Linderung krankheits- und therapiebedingter Symptome
- Soziale Integration (lebt nicht mehr allein)
- Akzeptable Wohnsituation
- Aufrechterhaltung größtmögliche geistiger und körperlicher Beweglichkeit bis zum Lebensende

Insgesamt wurde im Ergebnis komplex, was sich aus dieser primären Anfrage nach einer Schmerztherapie verbarg. Nimmt man das Ziel „Linderung krankheits- und therapiebedingter Symptome“ im Detail an, dann ergeben sich hierfür ein Reihe von „Unterzielen“:

- Reduktion der täglichen nächtlichen Notarzteinsätze und der immer wieder erfolgenden Krankenhauseinweisungen, die der Patient eigentlich nicht wünschte.
- Schmerzreduktion VAS 3-5.
- Reduktion der Nebenwirkungen der Analgetika.

An diesem speziellen Fall wird deutlich, wie wichtig generell die Berücksichtigung und Integration der Notärzte ist, denn es geht auch um die Frage, wie unsere Aufträge im Hinblick auf das Netzwerk lauten. Notarzteinsätze lösen in der Regel eine Handlungskette mit unterschiedlichem Behandlungseinsatz aus, häufig sind die Krankenhauseinweisungen die Folge.

Die Frage ist allerdings, was der Patient will. Wir haben deshalb mittlerweile alle Patienten, die wir begleiten und die das wünschen, mit einem „Palliativausweis“ versorgt. Darin ist vermerkt, welche Handlungsoptionen gewünscht sind, wer der konkrete Ansprechpartner ist, was passieren und was nicht passieren soll. Den Ausweis haben die Patienten in der Tasche und auch unsere Kooperationspartner sind darüber informiert.

Darüber hinaus gibt es aber zwei weitere Dinge zu regeln.

Zum einen braucht es eine Sensibilisierung bzw. Fortbildung für die Rettungssanitäter. Zum anderen versuchten wir, vorbeugend mit der Rettungszentrale zu sprechen, denn es wäre ja sinnvoll, wenn wir die Daten von Patienten vorab melden, bei denen wir Notarzteinsätze erwarten, damit eine schnelle Rückkopplung mit uns erfolgen kann.

Notfallmedikation: behaltene Schmerz- von Notarzt MSK 10mg s.c. bzw. funktionell i.v. behaltene Laktat von Notarzt wieder bei Unruhe im Bett Tausch Saug- abhängig	  universität bonn © Zentrum für Palliativmedizin Bonn	Palliativausweis Zentrum für Palliativmedizin Malteser Krankenhaus Bonn/Rhein-Sieg von-Hompesch-Str 1 53123 Bonn-Hardtberg Palliativstation 0228 - 6481 - 468 Ambulanter Palliativdienst 0228 - 6481 - 597
Patient Frau / Herr: Fischer Geb. Datum: Vorsorgebevollmächtigter: Fischer (Partner) Tel.: Intensivbehandlung gewünscht ja ☐ nein ☒	Diagnosen: ED 19.12.08 Peripherie - Ca mit Knochenmetastasen Medikation: Palladon 2x4mg Oxycodin 5mg 2x Tausch Saug-	Bemerkungen: Wiederentnahme n. Katakomben Nachbehandlung Zustand mäßig Tel. 0228/6481468 HA: ... Tel.

Abb. 6 Beispiel für Notfallausweis des Zentrums für Palliativmedizin am Malteser-Krankenhaus in Bonn

Und die nächste Frage folgt auf dem Fuß: Gehört ein solches Handeln zu den Aufträgen der SAPV in Bezug auf Koordination? Reicht unser Koordinationsauftrag auch für Dinge, die wir auf einer strukturellen Ebene langfristig erreichen wollen und müssen?

Im Beispiel von Herrn Fischer gut gelungen ist der pflegerische Bereich, z. B. die Behandlung der Mundtrockenheit. Der Patient hat sehr gerne Wassereis genommen: Wir haben ihm Orangensaft eingefroren und er lutschte mit Genuss auch Gummibärchen.

Schwieriger war das Ziel, eine akzeptable Wohnsituation zu erreichen und die Entrümpelung des Hauses durchzuführen. Der Patient gelangte nur über eine steile Treppe und einen engen Ausschnitt in der Decke nach oben sein Schlafzimmer...

Dort lag nur eine Matratze auf dem Boden. Doch es war Teil seiner Autonomie, dort versorgt werden zu wollen. Die Frage nach einem Pflegebett stellte sich überhaupt nicht, denn das hätte nicht nach oben transportiert werden können. Der Patient wollte unbedingt dort bleiben – was für uns ein hartes Ringen bei den Fragen nach der Pflegequalität und den Rahmenbedingungen und die Zumutbarkeit für Pflege bedeutete.

Der komplette Zielbaum zeigt die ganze Komplexität der Leistungen bei diesem Patienten. Auch hier wird man fragen müssen, wofür die Koordination in der SAPV gedacht ist, und ob das alles, was wir darunter verstanden und auch durchgeführt haben, damit gemeint und refinanzierbar ist (siehe Abb. 7).

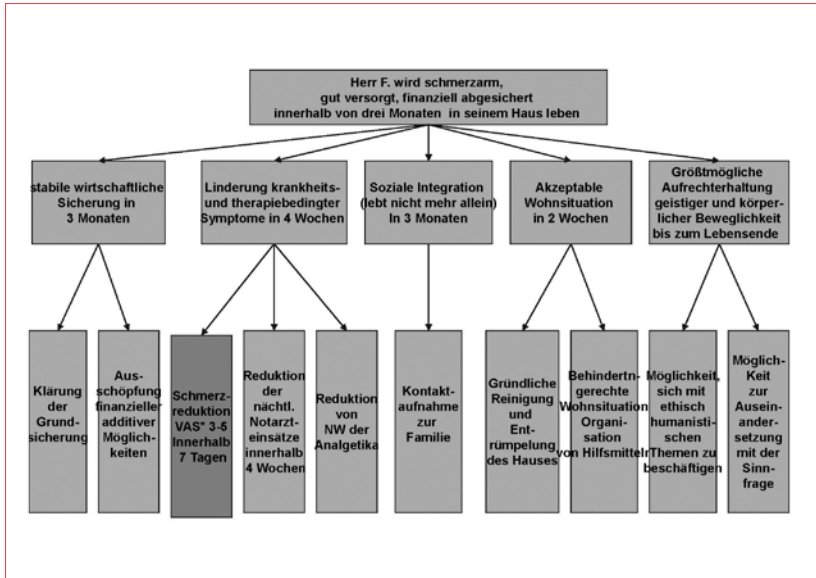


Abb. 7 Zielbaum für Herrn Fischer

In dieser Begleitung waren viele Dienste involviert, und wir haben diese Dienste sehr intensiv auf die die konkrete Situation eingestimmt. Es war für alle klar, dass wir der Ansprechpartner sind und dass keine neuen oder besondere Aktionen oder Interventionen initiiert werden, ohne dass die Planungen dafür über unseren Schreibtisch gehen - ausgenommen davon waren natürlich Unteraufträge, die schon im Vorfeld vereinbart wurden. Das hat bei diesem Patienten sehr gut funktioniert.

Die Komplexität der Koordination war hier sehr hoch, was man gut in Abbildung 8 erkennen kann. Sie zeigt die insgesamt eingebundenen und von uns koordinierten Dienste, Dienstleistungen und unterstützenden Personen mit der Dauer ihres jeweiligen Beitrags.

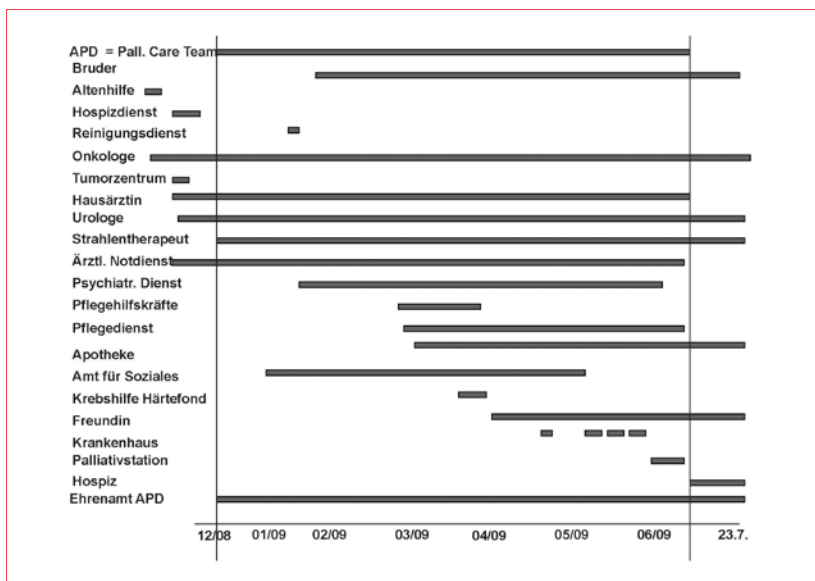


Abb. 8 Übersicht zu Diensten und Einsatzdauer bei Herrn Fischer

Wir konnten die bei Herrn Fischer trotz der sehr unsicheren und gefährdeten Ausgangslage Versorgung und die ambulanten palliativen Therapien fortführen, aber das System war nicht immer stabil. Wir hatten immer das latente Gefühl, dass es jeden Moment kippen oder zusammenbrechen könnte. In den Situationen, in denen dann etwas tatsächlich nicht gelungen war, wurde mehrmals ein Re-Assessment erforderlich. Aber angesichts der gegebenen Diagnose war es auch kaum möglich, eine stabile Versorgung zu erreichen.

Diese Begleitung dauerte insgesamt 193 Tage, und zwar:

- 70 Stunden Begleitung durch das Palliative-Care-Team
- Zusätzlich 158 Stunden ehrenamtliche Tätigkeit durch den Hospizdienst
- Insgesamt waren 22 unterschiedliche Dienste im Verlauf involviert

Aus Sicht der SAPV stellen sich hier folgende Fragen:

- Wer koordiniert einen solchen komplexen Prozess? Das muss ausgehandelt werden.

- Wer ist (und nicht nur: wer fühlt sich) für die hier skizzierte Care-Management-Ebene verantwortlich? Wer trägt dafür Sorge, dass die Kooperation mit den Notarztzentralen und Rettungssanitätern zukünftig funktioniert, damit Informationen schon vorliegen können und Notärzte entsprechend vorbereitet sind?

Wer kann – wer muss – wer darf in der ambulanten Palliativversorgung koordinieren?

Damit komme ich zu einem kritischen und zentralen Punkt der Netzwerkarbeit: zur Kontrolle. Wer hat das Mandat für die Kontrolle unserer Arbeit? Wenn wir in der SAPV Kontrollaufgaben haben, welchen Teil umfasst das wirklich? Ist es mehr als die Kontrolle in unserem eigenen Dienst? Hat die koordinierende Stelle im Zusammenspiel der Anbieter untereinander auch die Verantwortung für deren Handeln bzw. deren Beiträge zum Gesamtgelingen? Ich glaube, dass man diese Frage mit „Ja“ beantworten muss, wenn denn eine komplexe Begleitung gut gelingen soll. „Es“ funktioniert nicht einfach so.

Wer also kann, wer muss, wer darf in der ambulanten Palliativversorgung koordinieren? Schaut man in das Sozialrecht, dann ergeben sich unterschiedliche Koordinationsansprüche und -verpflichtungen, deren Zusammenspiel bisher nicht explizit geregelt worden ist:

- Hausarzt (§ 73b SGB V)
- Ambulanter Hospizdienst (§ 39a SGB V)
- Pflegekasse (z. B. Pflegeberatung nach SGB XI in Pflegestützpunkten)
- Palliativdienste (z.B. Palliativpflegedienste, Brückenpflege, Palliativberatungsdienste usw.)
- SAPV-Teams (§ 37b SGB V)
- Sozialarbeit in stationären Einrichtungen (Krankenhäuser und Altenheime)
- Palliativnetzwerke (Netzwerkkoordinatoren)

Das wird – und das sollte – uns in der Hospizarbeit beschäftigen. Denn wenn wir dies als Anbieter von Dienstleistungen nicht selbst lösen, wird es keiner für uns oder in unserem Sinne lösen. Wir müssen uns fragen, wie viel Koordination verträgt und verlangt eine Hospizarbeit, in der sich jeder nur für kleine Häppchen und Stückchen an Dienstleistungen verantwortlich fühlt und kaum einer sich die Frage stellt, wer die Leistungen koordiniert.

Auch der „Problembereich“ der Koordination ist in der SAPV bisher nicht näher beschrieben. Doch es sind schon vielfältige Koordinationsleistungen in der allgemeinen Palliativversorgung vorhanden. Welche Berufsgruppe ist zuständig für die Koordination? Und in Bezug auf das Netzwerk: Wer knüpft mit am Netz? Wer schaut, welches Netz im jeweiligen Fall geeignet ist?

Das Entscheidende für die SAPV ist, - wenn wir hier wirklich die „spezialisierte Versorgung“ mit den hochkomplexen Situationen in den Fokus nehmen -, wie wir unsere Arbeit reflektieren. Wie bringen wir die Netzwerkpartner zusammen, um wirkungsvoll miteinander in Helferkonferenzen zu besprechen, wie die Begleitung abgelaufen ist, um daraus die richtigen Schlussfolgerungen zu ziehen? Das bedeutet auch, ein echtes Interesse an einer kritischen Reflexion zu haben. Das erlebe ich als hilfreich, es ist aber nicht immer einfach.

Ich bin aber fest davon überzeugt, dass dieses der nächste Schritt sein wird, den wir bei der Verwirklichung der SAPV zu leisten haben.



VIII. „Netzwerkarbeit als Koordination – von der Idee zur Realisierung von ALPHA –

ALPHA - Ansprechstelle im Land NRW zur Palliativversorgung, Hospizarbeit und Angehörigenbegleitung 1992 - 2010

Monika Müller

1. Der Anfang: eine persönliche Erfahrung

Am Anfang unserer Ansprechstelle stand eine Erfahrung: Dr. Birgit Weihrauch, heute die Vorsitzende des Deutschen Hospiz- und Palliativverbandes (DHPV), damals Abteilungsleiterin im Düsseldorfer Gesundheitsministerium, musste erleben, wie eine Freundin infolge einer Tumorerkrankung starb. Sie war tief betroffen von den Umständen und davon, dass es unmöglich war, die Freundin zu Hause zu versorgen, bei ihren Kindern. Mit dieser bitteren Erfahrung wandte sie sich an ihren Staatssekretär und sagte: „Wir müssen in Nordrhein-Westfalen etwas verändern.“ Das war der Anfang dieser Ansprechstelle ALPHA, die jetzt im 20. Jahr existiert.

2. Zur Ausgangssituation

Ich selbst bin zu dieser Stelle gekommen wie „die Jungfrau zum Kind“. Ich kannte Professor Klaschik aus dem Arbeitskreis „Sterben in Bonn“. Dort war ich als Vertreterin von Fort- und Weiterbildung, Prof. Klaschik war für Fragen der Palliativmedizin verantwortlich. Eines Abends bei einem Bier erzählte er mir, dass die Landesregierung in Düsseldorf (er war dort als Berater tätig) eine „Ansprechstelle“ bei ihm einrichten wolle, eine für die Regionen in Nordrhein und eine für Westfalen-Lippe. Ob ich nicht Lust hätte, das zu machen? Ich hatte damals keine Idee, was eine Ansprechstelle ist, aber mit Professor Klaschik wollte ich gerne arbeiten. Nach drei schlaflosen Nächten habe ich dann zugesagt – und an dieser Stelle bin ich bis zum heutigen Tag. Leider ist Professor Klaschik vor zwei Jahren emeritiert, aber wir haben in Professor Lukas Radbruch einen wunderbaren Nachfolger in Bonn.

Unsere Ansprechstelle war also eine Idee von Frau Dr. Weihrauch, die sich wünschte, dass jeder uns ansprechen soll, wenn er irgendeine Not hat. Der Name hat sich im Laufe der Jahre leicht verändert, wir werden seit einiger Zeit auch Koordinierungsstelle des Landes NRW für Hospizarbeit genannt.

Welche hospizlichen und Palliativ Care-Strukturen gab es 1992 in NRW? Es gab ein stationäres Hospiz, eine Palliativstation und 19 ambulante Hospizdienste.

All diese Einrichtungen arbeiteten damals ohne vereinbarte Qualitätskriterien. Frau Dr. Weihrauch hat zu Beginn alle 21 Einrichtungen eingeladen und erfragt, was zur Verbesserung der Versorgung Sterbender und ihrer Angehöriger notwendig wäre. Die Antwort der Dienste: „Wir bräuchten jeder mindestens eine hauptamtliche Mitarbeiterstelle.“ In den ambulanten Diensten arbeiteten damals ausschließlich Ehrenamtliche. Nach dem Konzept von Omega koordinierten sie die Beratung und die Maßnahmen irgendwie ehrenamtlich und machten auch die Sterbebegleitung ausschließlich ehrenamtlich.

Den Wunsch nach einer Stelle für jeden Dienst konnte das Ministerium aus finanziellen Gründen nicht erfüllen. Stattdessen wurden zwei zentrale Ansprechstellen geschaffen, eine eben bei Professor Klaschik, die andere in Westfalen-Lippe bei Professor Rest. Bis zum heutigen Tag haben wir in jeder dieser beiden Stellen eine Vollzeitkraft und eine halbe Sekretariats- bzw. Sachbearbeiterstelle. Das ist seit 20 Jahren nicht erhöht worden.

3. Zu den Aufträgen und Zielen der ALPHA-Stellen

Zu Beginn ging es zunächst um die Vereinbarung von Aufträgen und Zielen, und die Frage lautete nicht nur *welche* Ziele, sondern vor allem *wessen* Ziele. Ich selbst war beseelt von der Hospizidee, hatte meine berufliche Lebensaufgabe gefunden und wollte die Situation sterbender Menschen verbessern. Ich hatte also ein eigenes, persönliches Ziel. Auch die Landesregierung hatte ein Ziel, nämlich dass ich aus meiner Stelle konzeptionell und strukturell etwas positiv Wirkendes machte. Welche Ziele die Dienste (Hospizdienste, Wohlfahrtsverbandliche Dienste usw.) hatten, wusste ich anfangs überhaupt nicht.

Das Ministerium gab uns als Aufgabe vor, die Voraussetzungen für ein menschenwürdiges und selbstbestimmtes Sterben sowie die Betreuung und Unterstützung der Angehörigen zu verbessern.

4. Abenteuerlicher Start

Nun waren wir also eine Ansprechstelle mit einem vom Ministerium vorgegebenen, groben Ziel und brauchten eine geeignete Infrastruktur, d.h.: Wir mussten erst einmal die bestehende Infrastruktur an den beiden jeweiligen Dienstorten erkunden.

Konkret sah es so aus, dass uns die Bereitschaftszimmer der Seelsorge zur Verfügung standen. Wir hatten weder ein richtig funktionierendes Telefon noch eine zuverlässige Klingel. Wer uns erreichen wollte, musste ans Fenster klopfen. Die ersten Wochen waren abenteuerlich und dann ... rief keiner an. Das war wirklich trostlos: Wir waren die Ansprechstelle, aber keiner sprach uns an, über Wochen, wenn nicht gar Monate. Wenn das Telefon klingelte, hatte sich jemand verwählt.

5. Der erste Anrufer

Wir waren schon fast so weit, die Ansprechstelle wieder zu schließen und das Konzept nicht weiter zu verfolgen, bis – ich werde das nie vergessen – abends nach 17 Uhr ein Mann anrief, der unsere Ansprechstelle mit der Deutschen Gesellschaft für Humanes Sterben verwechselt hatte. Er sagte zu mir, ohne Einleitung: „Ich brauche die Tablette für die Schublade.“ Ich dachte erst, er sei falsch verbunden, aber dann erzählt er, dass er schwerst erkrankt sei, dass er alleine lebe, niemanden habe und im Radio von der Deutschen Gesellschaft für Humanes Sterben gehört habe. Irgendwie war er auf uns gestoßen und dachte, bei uns bekäme er Hilfe in seinem Sinne. Das war eines der berührendsten Erlebnisse, die ich hatte. Obwohl ich gestehen muss, dass ich zunächst den Verdacht hatte, da testet mich jemand und versucht herauszufinden, ob ich auch wirklich hospizlich berate.

Nach der ersten Zurückhaltung am Telefon entstand ein sehr berührender Kontakt über mehrere Wochen hinweg. Wir schickten Informationen über die Leistungen von Hospizdiensten und ich erinnere mich besonders an eine Frage: Ob denn beim Hospizdienst nur junge hübsche Schwestern seien? Warum interessiert das einen Schwerstkranken? Die Antwort: Wissen Sie, ich möchte mich bei den jungen Leuten nicht mehr zeigen, ich sehe schrecklich aus.

Später habe ich in der Zeitung gelesen, dass er zu Hause gestorben ist, sein Bruder hatte die Anzeige in die Zeitung gesetzt. Eines seiner letzten Worte zu mir war: „Wissen Sie, die Materialien, die Sie mir geschickt haben, waren genau so gut wie die Pillen. Ich wollte sie ja gar nicht nehmen, ich wollte sie nur in der Schublade haben für den Fall des Falles.“

Das war mein erstes Gespräch in der Ansprechstelle.

6. Situationsanalyse

Am Anfang stand die strukturelle und inhaltliche Situationsanalyse. Es war klar, wir haben 21 Angebote, aber wie arbeiten sie, was brauchen sie? Wir haben uns also in's Auto gesetzt und haben alle Dienste besucht. In den 20

Jahren der ALPHA-Stelle in Bonn haben wir 325.000 km abgefahren, und ich kenne jede Autobahnabfahrt in NRW, in deren Nähe ein Hospizdienst oder ein Hospiz sitzt. Das ist bis heute so – entsprechend hoch ist unser Reisekostenbudget.

Kurz ein Wort zum Budget: Wir haben im Jahr ungefähr 140.000 € Personal- und Verwaltungskosten und 30.000 bis 70.000 € Projektgelder zur Verfügung. Also bis zu 200.000 € im Jahr, wobei die Reisekosten immer einen sehr hohen Anteil hatten.

7. Skeptische Zurückhaltung

Wir wurden nicht nur freundlich empfangen. Damals gab es noch keine Landesarbeitsgemeinschaft. Die Wohlfahrtsverbände waren der Hospizidee gegenüber noch sehr zurückhaltend. Und dann kamen da so Leute, vom Ministerium geschickt. Auf der ersten Hospizkonferenz, an der ich teilnahm, wurde ich begrüßt mit: „Da kommt das Mädel vom Land.“

Nun, „Mädel“ fand ich sehr schmeichelhaft, aber mit „Land“ war die Landesregierung gemeint und die könnte ja spionieren wollen. Also wir stießen wirklich auf sehr viel Zurückhaltung – und auf Enttäuschung, weil die Dienste nicht die gewünschten Personalstellen bekommen hatten. Positiv hat sich ausgewirkt, dass wir – meine Kollegin aus Westfalen-Lippe und ich – zwei Frauen waren. Wir haben viele vertrauensbildende Maßnahmen gemacht, haben Vorträge gehalten und Fortbildungen veranstaltet, um zu zeigen, dass wir was von der Sache verstehen, dass wir nicht tatenlos zusehen und dass wir nicht spionieren.

8. Aufgaben: „Irgendwie dazwischen“

Irgendwie dazwischen – das war unser Status. Wir standen irgendwie immer zwischen der Basis und unserem Geldgeber, dem Land NRW. Das Land erwartete von uns, dass wir die Situation verbesserten. Die Dienste erwarteten von uns, dass wir das Land überzeugten, dass ihre Arbeit wichtig sei.

Ein wichtige Aufgabe der ALPHA-Stellen ist die Beratung. Wir beraten Patienten und Angehörige, Dienste und Institutionen, das Ministerium, Politiker, Städte und Gemeinden.

Ein Beispiel aus der Beratung des Ministeriums aus dem vorletzten Jahr: Unser damaliger Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann stellte fest, es gäbe viele Todesfälle, bei denen nicht eindeutig wäre, ob die Menschen eines natürlichen Todes gestorben seien. Er hatte Unterlagen aus Krankenhäusern,

anhand derer man anzweifelte, ob die Menschen wirklich eines natürlichen Todes gestorben seien oder infolge medizinischer Fehler. Das brachte den Minister auf die Idee, in Zukunft für Todesbescheinigungen nicht nur den Hausarzt oder diensthabenden Arzt heranzuziehen, sondern zudem einen neutralen Sachverständigen, z. B. vom Gesundheitsamt.

Als Palliativfachkräfte können Sie sich gut vorstellen, was das bedeutet hätte: Wenn z. B. ein Sterbender im Altenheim auf Ernährung verzichtet und stirbt – und der Arzt begutachtet mal schnell „kachektischer Ernährungszustand, keine natürliche Todesursache, Untersuchung“. Oder man denke an die Bereiche Schmerztherapie und palliative Sedierung: welchen Unfug dieser neutrale Todesbescheiniger hätte anrichten können. Hier war es unsere – nicht leichte – Aufgabe, den Minister von dieser Idee wieder abzubringen.

Ein weiterer wichtiger Arbeitsbereich ist die Befähigung, Beratung und Begleitung von ehrenamtlichen Mitarbeitern. Wir haben – glaube ich – sogar das erste Konzept für ehrenamtliche Befähigung überhaupt geschrieben, weil wir davon überzeugt waren und wussten, dass wir dieses Thema auf eine Multiplikatorenebene bringen müssen, weil wir nicht alle Qualifizierungskurse auf Dauer selber machen konnten.

Öffentlichkeitsveranstaltungen gehören ebenfalls zu unserer Arbeit, und Gremienarbeit gehört bis heute zu meinen am wenigsten geliebten Arbeiten. Beratungen mit Krankenkassen – das ist wirklich mühsam. Es sitzen immer wieder andere Partner am Tisch, und immer wieder fängt man bei Null an. Trotzdem machen wir weiter.

Ganz wichtig war die Fort- und Weiterbildung der Hauptberuflichen. Hier bin ich eingebunden in das Zentrum für Palliativmedizin und kann in meinen Bereichen sehr viel machen. Zudem haben wir natürlich auch Verwaltungsaufgaben in unserer kleinen Ansprechstelle zu erledigen.

9. Schaffung einer geeigneten Infrastruktur

Wir fanden eine Vielfalt vor – und das sollte und soll auch eine Vielfalt bleiben.

Allerdings haben wir versucht, diese Vielfalt zumindest zu ordnen. Das heißt: Spatzen dürfen Spatzen bleiben, Amseln bleiben Amseln, sie müssen nicht alle weiße Möwen werden, aber wir wollten Sie doch irgendwie einander zuordnen und in eine vernünftige und überschaubare Reihe bringen.

Es ging um die Schaffung eines Netzwerks. Wir begannen mit Konferenzen,

in denen wir – alle an einem Tisch – fragten, welche Ausstattung die Hospizdienste benötigten. Sehr bald war klar, dass wir aus der rein ehrenamtlichen Struktur in eine professionelle Struktur mit Ehrenamtlern und hauptamtlichen Koordinatoren kommen mussten. Das wiederum erforderte Beratung beim Ministerium, denn dort wollte man eigentlich bei der rein ehrenamtlichen Struktur bleiben.

10. Sicherstellung eines hohen Qualitätsstandards

Neben der strukturellen Veränderungen war uns wichtig, mit allen Diensten einen hohen Qualitätsstandard zu erreichen. Es ging nicht nur darum, **dass** Sterbende begleitet werden, sondern dass sie **gut** begleitet werden. Was es da an „schiefen“ Vorstellungen, Fehlern und Missverständnissen gab und teilweise immer noch gibt, das kennen Sie genau so wie ich.

Als Marksteine sind hier zu nennen:

- Adäquate Qualifikation der hauptamtlichen Kräfte
- Befähigung, Beratung und Begleitung (BBB) der ehrenamtlichen Kräfte
- Einsatz von geeigneten Qualifizierungskonzepten
- Durchführung qualifizierter Supervision
 - ☞ für Hauptamtliche in den Hospizen
 - ☞ für Ehrenamtliche in den Hospizen (Multiplikatorenkonzepte)
- Durchführung von Maßnahmen zu Koordination, Dokumentation, Qualitätssicherung

All dies sind strukturbildende Maßnahmen in Diensten der Qualität, angesichts derer wir uns heute vielleicht manchmal nach den Anfangszeiten zurücksehnen ... als wir zwar kein Geld hatten, aber noch sehr frei waren in unserem Tun.

Zu den Qualitätsstandards kamen die Anforderungen an die Koordinatoren. Bis zum heutigen Tag werde ich angerufen von Krankenkassen in NRW, die fragen: „Wir haben hier eine Frau mit den und den Voraussetzungen, die passen nicht ganz zum § 39a SGB V, was halten Sie davon?“

11. Erhöhung der Akzeptanz und Inanspruchnahme für die Hospizbewegung durch die Bevölkerung und von Institutionen des Gesundheitswesens

Ein weiteres wichtiges Ziel war die Erhöhung der Akzeptanz für die Hospizbewegung. Deshalb haben wir in den 20 Jahren sechs große Fachtagungen in NRW mit insgesamt mehr als 1.000 Teilnehmern veranstaltet, viele Interviews für Zeitungen und Radio gegeben und Öffentlichkeitsarbeit betrieben. Es war uns wichtig, dass die Hospizdienste in den Medien vorkamen. Und weil wir eine bezahlte Stelle waren, wurden wir von den Hospizdiensten auch oft gebeten, Anfragen für sie zu beantworten. Sie können hieraus auch erkennen, dass das Vertrauen der Hospizdienste in uns wuchs, denn sie trauten uns zu, dass wir sie gut vertreten.

12. Haltung in der Zusammenarbeit

Meine Tätigkeit bestand und besteht vor allen Dingen darin, Anstöße zu geben, und das macht mir sehr viel Freude: Ideen zu entwickeln, andere nach ihrer Einschätzung zu befragen, etwas auszuprobieren.

Die Ehrenamtlichen im ganzen Bundesgebiet (oder in ganz Deutschland) haben mittlerweile verstanden, dass sie nicht nur „begleiten“, sondern dass sie hochwertige, kompetente Arbeit leisten, mit einem eigenen Aufgaben- und Kompetenzprofil.

Wir haben versucht zuzuordnen, wer ist eine Hospizinitiative, was ist ein ambulanter Dienst? Wer pflegt auch und wer begleitet.

Dann haben wir all die Ergebnisse aus der Dokumentation sortiert. Ich glaube, das wirkte auch auf andere Bundesländer weiter – nicht, weil wir so gut waren, sondern weil wir für diese Arbeit schlicht und einfach bezahlt wurden. Eine Arbeit, die die Hospizdienste mit ihren ehrenamtlichen Kräften nicht leisten konnten, aber wir konnten stellvertretend für sie da sein.

Und wir haben natürlich auch Empfehlungen und Regeln formuliert:

Hierbei besteht natürlich die Gefahr, dass man zum regelnden Polizisten und zur Aufsichtsperson wird. Das haben wir vermeiden wollen und ich glaube, das ist uns auch gelungen.

*„Hunde sind an der Leine zu führen!
Ausgenommen Blindenhunde“*

[Verbotsschild einer deutschen Stadt]

Diese Schild finde ich sehr schön: „... ausgenommen Blindenhunde“ Ausgerechnet die müssen doch aber an der Leine geführt werden. Aber das spricht für die große Kompetenz der Blindenhunde, die schaffen das irgendwie auch ohne Leine – und diese Kompetenz haben wir auch den Hospizdiensten zugesprochen. Wir wollten sie nie an der Leine führen. Sie sind ausreichend befähigt, um ihre Aufgaben zu erfüllen.

Wir haben versucht, und ich glaube, das ist uns auch gelungen, mit den Diensten auf Augenhöhe zu gehen und nicht von oben nach unten anzuordnen und zu regeln. Das wäre vielleicht möglich gewesen – mit der Rückendeckung durch das Ministerium – aber wir haben lieber gemeinsam danach geschaut, wo der Schuh drückt und wo Probleme auftauchen. Die daraus resultierenden Bedürfnisse haben wir dann wieder nach oben weitergegeben, oder wir haben in Krisensituationen beraten.

Zudem sind wir ja mit den Diensten groß geworden. Wir waren die ALPHA-Stellen in den Kinderschuhen und die Dienste steckten in Kinderschuhen. Es gab kein oben und unten, wir wuchsen gemeinsam auf.

Persönlicher Einsatz

Ich machte im ersten Jahr 700 Überstunden und dachte, es ist nicht mehr weit bis zur Psychiatrie. Im zweiten Jahr habe ich einfach aufgehört, die Stunden zu zählen.

Manchmal dachte ich, ich brauche den Kopf gar nicht mehr in den Sand zu stecken, sondern sollte mich vielleicht gleich ertränken. Aber dann haben wir doch immer wieder hingeschaut, haben unsere Möglichkeiten ausgelotet, haben immer wieder umgestellt. Aber irgendwann waren wir so weit, dass wir nicht mehr alles machen konnten und wir begannen, regionale Netzwerke einzurichten. Ich habe z. B. Supervision für alle Koordinatoren in NRW angeboten, immer in drei Gruppen à 5 Terminen – aber irgendwann kamen 100 Leute zu den Terminen. Da ist keine Supervision mehr möglich. Also haben wir eine Multiplikatorenebene eingeführt, die wir für Fallbesprechungen befähigten, und wir kümmerten uns „nur noch“ um die Multiplikatoren.

Wir sind ein Projekt

Wir sind bis zum heutigen Tag selber ein Projekt. Wir stellen jedes Jahr einen Projektantrag und haben viele, viele Projekte gemacht, z. B.

- „Wenn daheim ein Heim ist“ – über die Versorgung im Altenheim
- Implementierung von Hospizarbeit in die Arbeitsabläufe eines Pflegeheims
- Curricula (Wir haben unzählige Curricula geschrieben)
- Rahmenprogramme
- Wirksamkeit von Trauerbegleitung
- Handreichung für Pflegedienste

Wenn Sie interessiert sind, finden Sie vieles auf unserer Website www.alpha-nrw.de, auch alle Veröffentlichungen, die Sie bestellen können.

Beziehungen

„Beziehung ist, gemeinsam Probleme zu lösen, die man alleine nicht hätte.“

Natürlich sind dadurch, dass jetzt die Anlaufstellen im Geschäft waren, auch neue Probleme entstanden – darum mussten wir uns kümmern, z. B. um den Aspekt der „Konkurrenz“. Irgendwann gab es eine „Landesarbeitsgemeinschaft Hospiz“, die Wohlfahrtsverbände kamen thematisch in die Schuhe – und wir wurden einer unter vielen, waren nicht mehr die einzige Ansprechstelle oder Koordinierungsstelle am Horizont. Die Landesvertretung hatte die Idee, man könnte jetzt die Alphastelle integrieren und sie zur von den Hospizdiensten bezahlten Geschäftsstelle machen und ähnliches. Das haben wir abgelehnt.

Vielfalt

Die Vielfalt der Dienste war und ist uns ein Anliegen. Sie dürfen so verschieden bunt sein und doch haben alle einen gemeinsamen Kern, der sie auszeichnet: nämlich das Ideal der Hospizarbeit und die Begleitung Sterbender. Und die Qualität.

Supervision

Wir haben sehr früh und sehr ausführlich Supervision angeboten: nicht als

Selbstbespiegelung, sondern als Gesundheitsmaßnahme für die Menschen, die haupt- und ehrenamtlich in diesem Bereich stehen.

Ich will Ihnen noch ein Beispiel aus unsrem Einzeldienst aus dem letzten Jahr vorstellen:

Ein sterbender Patient verfiel einige Tage vor seinem Tod auf die Idee, seiner Familie zu bekennen, dass er jahrelang als Pädophiler kleine Jungen missbraucht hatte. Wir konnten ihn nicht davon abbringen – und die Reaktionen waren heftig. Die Familienmitglieder wollten ihn keinen Tag mehr länger pflegen. Der eine Sohn verließ die Familie. Die Tochter kam immerhin noch und besuchte ihn. Aber es war völlig desolat. Und der Hospizdienst – ich zitiere: „Zu dem Schwein kann ich keinen Schritt tun.“ Es brauchte acht Supervisionseinheiten vor Ort und Unterstützung, damit der Hospizdienst die Begleitung aufrecht erhalten konnte. Der Mann ist dann begleitet zu Hause gestorben. Das ist selbstverständlich kein Votum für oder gegen seine Neigung und seine Tat, aber wir haben die Begleitung so ermöglicht und vor allem hinterher die Familie über ein Jahr engmaschig begleitet.

13. Heutige Position

Irgendwie, das gilt bis heute, stehen wir immer dazwischen. Aber ich glaube, dass wir heute unsere Position als Berater der Landesregierung gefunden haben und das Vertrauen der Dienste gewonnen und erhalten haben.

Dabei war und ist ganz wichtig, dass wir eine neutrale Position haben. Man kann bei uns nicht Mitglied werden und wir beraten alle.

Es ist manchmal ein steiler Weg.

Häufig ist die Alphastelle ein Rettungsring, ein Rettungsanker, wenn gar nichts mehr geht: wenn Menschen ausgebrannt sind, wenn sie erschöpft sind, wenn ein Dienst nicht mehr bezahlt wird, wenn die Finanzierung eines Hospizdienstes auf der Grundlage nach § 39a SGB V nicht stimmt. Dann müssen wir den Rettungsring auswerfen und uns kümmern. Ich glaube, dann geben wir richtigen Support oder machen vielleicht auch Case Management, gehen zu den Kassen, versuchen, diese stellvertretende Arbeit zumachen.

Es gibt eine Nostalgie bei den Hospizen: „Ach, wäre doch alles wie früher“. Die viele Arbeit und die Pionierzeit sind – 20 Jahre danach – vorbei. Heute machen wir nicht mehr so viel Organisationsberatung, dafür Krisenmanagement – bei den Diensten, die sagen, es muss alles so sein wie vor 20 Jahren.

Aber damals gab es (nur) ein stationäres Hospiz, eine Palliativstation und 19 ambulante Hospizdienste

Heute sind palliative und hospizliche Dienste flächendeckend vertreten.

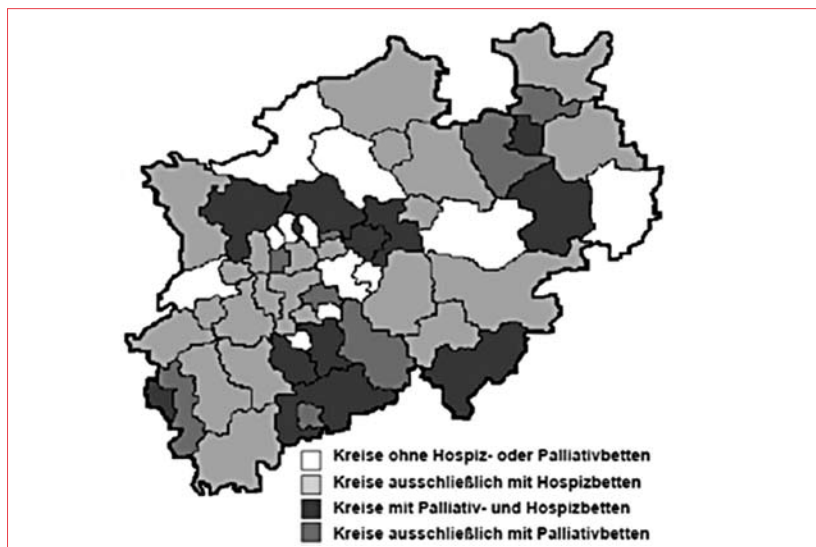


Abb. 20 Stationäre palliative und hospizliche Einrichtungen in NRW in 2003

Heute (2010) haben wir in NRW:

- 7.970 Ehrenamtliche,
- 288 ambulante Hospizdienste, davon 19 für Kinder,
- 122 palliativpflegerisch tätige Dienste,
- 46 Palliativstationen mit 308 Betten und
- 57 stationäre Hospize mit 530 Betten.

Ein Blick auf die Krankheitsverteilung:

- Tumor: Hospiz 94 %, Palliativstation 95 %
- AIDS: Hospiz 88 %, Palliativstation 44 %
- Neurologische Erkrankungen: Hospiz 92 %, Palliativstation 83 %

- Kinder mit Tumorerkrankungen: Hospiz 33 %, Palliativstation 11 %

Wir haben 2009 in NRW,

- 7817 Patienten ambulant begleitet (von 288 Diensten)
- für 924 Patienten palliative Pflege geleistet
- auf Palliativstationen 4530 Patienten und in
- den stationären Hospize 5879 Gäste begleitet.

Ich will nicht sagen, dass das den ALPHA-Stellen zu verdanken ist, aber doch daran erinnern, dass da auf einer mittleren Strukturebene auch ALPHA-Stellen und die darin wirkenden Menschen beteiligt waren.

Zwei Aussagen zum Schluss:

Auch mir selbst hat die Arbeit sehr viel gebracht, ich habe auch inwendig viel koordiniert. Ich habe immer wieder abstimmen müssen zwischen beruflicher Kompetenz und Ängsten in mir, denn so viel Dabeisein bei Sterben und Trauer löst auch Ängste aus. Das bedeutete viel eigene und innere Koordinierungsarbeit, die mich aber weitergebracht hat.

Und: Es sind die Fantasten, die die Welt in Atem halten, nicht die Erbsenzähler. So gesehen gebührt Frau Dr. Weihrauch und Herrn Dr. Bodenbänder ein hohes Lob. Sie hat wirklich etwas bewegt und dafür bin ich ihr dankbar.

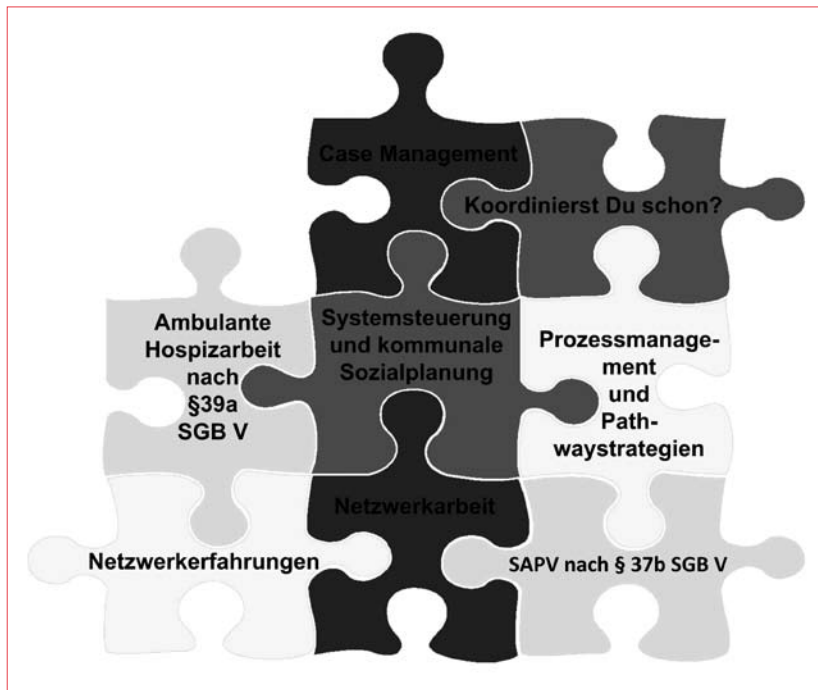
IX. „Miteinander arbeiten – Voneinander lernen“ – Koordination als Chance

Eckhard Eichner

1. Einleitung

Ursprünglich war dieser Beitrag am Ende der Tagung geplant – er fiel jedoch dem Zeitmangel zum Opfer. Im vorliegenden Tagungsband jedoch soll er erscheinen und einerseits die Tagung kursorisch zusammenfassen, andererseits die Beiträge auf die konkrete Augsburger Situation beziehen.

Um eine Veranstaltung wie die vorliegende zu konzipieren und durchzuführen, muss man sich Gedanken machen, welche Konzepte und Vorstellungen von Koordination in der palliativen und hospizlichen Arbeit vorhanden sind. Trotz des identischen Begriffs unterscheiden sich die zugrundeliegende Konzeptionen stark – ohne dass dies im Alltag wahrgenommen oder in das Miteinander der beteiligten Dienste integriert werden könnte.



Zudem haben wir Akteure, die im Alltag kaum in Erscheinung treten, aber vielfältig auf die konkret zu koordinierende Versorgung einwirken. Ein Beispiel hierfür ist die Sozialplanung, deren Rolle kaum wahrgenommen wird und deren Einfluss auf Angebote für Schwestern, Ärzte und andere Handelnde vor Ort nicht in Erscheinung tritt. Es ist eine große Chance, unter dem Eindruck unterschiedlicher Perspektiven von Koordination auf die Augsburger Palliativversorgung und Hospizarbeit zu blicken. Dabei ist zu erkennen, dass die Versorgung sterbender Menschen und die damit zusammenhängende Fürsorge nicht alleine in den konkreten Handlungen stattfindet. Vielmehr findet sich ein Puzzle von Akteuren, Organisationen und anderen, die ebenfalls auf die Versorgung und Fürsorge einwirken. Nur wenn alles ineinander greift und sich zu einem größeren Ganzen verbindet, gelingt es, gemeinsam ein umfassenderes Verständnis zu entwickeln und in die Realität der einzelnen Versorgung zu integrieren.

2. Koordinierst Du schon?

(Werner Schneider)

Werner Schneider beschäftigt sich aus soziologischer Perspektive mit dem Thema. Die Themen Handlung, Handlungskoordination und Handlungskooperation bilden ein Kernelement des soziologischen Denk- und Forschungsgebäudes. Dabei werden die Interaktionen der Akteure im Sinne eines Abstimmens der jeweiligen Handlungsweisen betrachtet. Aus Sicht der Soziologie soll durch Koordination bzw. Kooperation ein möglichst tragfähiges, stabiles Betreuungsnetz geschaffen werden, das dem Patienten – gemäß seinen Bedürfnissen, Erwartungen und Wünschen – Hilfe und Unterstützung bietet und ihm ggf. ein Sterben zuhause ermöglicht. Schneider unterscheidet Handlungskoordination und Handlungskooperation. **Handlungskooperation** ist erst dann gegeben, wenn die Interaktionen, bestehend aus wechselseitigen **Handlungskoordinationen**, eine gemeinsame Handlung darstellen, die auf wechselseitigem Verstehen basiert.

Handlungskoordination kann nur durch Reduktion von Ungewissheit über die Reaktionen der anderen Beteiligten und die Handlungsergebnisse erreicht werden, so dass kalkulierbares und aufeinander abgestimmtes Handeln möglich wird. Hierfür bedarf es *Konventionen*, die *meist* institutionell vorliegen und sowohl formell als auch informell vorliegen können.

In jedem Fall entsteht durch Kooperation ein neues soziales System mit einer ihm eigenen Entwicklungsdynamik und Unberechenbarkeit. Im Bereich der Hospizarbeit und Palliativversorgung geht es letztlich um das Zusammenspiel von Organisationsstrukturen der Dienste, der regionalen Infrastruktur sowie der sozialen und kulturellen Faktoren vor Ort bis hin zu den Merkmalen des

jeweiligen Patienten, dessen lebensweltlichen Situationen (Angehörige etc.) und Krankheitsverlauf. Im Zusammenhang von Koordination und Kooperation muss aber auch der Aspekt der Macht berücksichtigt und mitgedacht werden.

3. Koordination im Sinne des Case Managements

(Michael Wissert)

Michael Wissert weist darauf hin, dass „Koordination“ und „Case Management“ im Zusammenhang mit der Versorgung kranker, pflegebedürftiger oder sterbenskranker Menschen in den Sozialgesetzbüchern an mehreren Stellen erscheinen und uneinheitlich verwendet werden. Er stellt für die Koordination im Sinne des Case Managements drei Thesen auf.

1. These: Case Management (CM) ist nicht nur eine Methode, sondern ein umfassendes Konzept, das Koordination immer mit einschließt, jedoch über Koordination weit hinausreicht. Konzeptionell umfasst CM sowohl die Steuerung von Maßnahmen für einzelne Menschen (speziell in komplexen Problemen) als auch Elemente der Systemsteuerung im regionalen Bezug oder innerhalb von sozialen Organisationen. Die wesentlichen Grundfunktionen des CM sind Gate Keeping, Brokering, Advocacy und Social Support. Die Prinzipien des CM orientieren sich am Konzept „People Processing“, d.h. der kontinuierlichen Begleitung von Menschen durch eine kritische Lebenslage hindurch, das drei Prinzipien kennt:

- One Desk Service – Alles aus einer Hand
- Across the Services – Über die bisherigen solitären Zuständigkeitsregelungen der Dienste „hinweg“
- Over Time – Zeitliche Kontinuität der Handelnden

CM koordiniert, indem es Beratung aus einer Hand gewährleistet, indem es „quer“ zu den bisherigen Zuständigkeiten koordiniert und indem für einen gewissen Zeitraum, nämlich bis zur Stabilisierung der Situation, die Kontinuität als Ansprechpartner, Ansprechstelle und Koordinierungsstelle gewährleistet wird.

2. These: Case Management ist ein inhaltlich weiter reichendes und komplexeres Konzept als Koordination, da es sehr unterschiedliche Handlungs- und Wirkungsebenen und unterschiedliche inhaltliche Aufgaben von „diversen Koordinationen“ umfasst und in sein Gesamtkonzept integriert.

3. These: Case Management bietet einen generellen „Masterplan“ für un-

terschiedliche Koordinationsbedarfe und unterschiedliche Koordinationsstrategien in den unterschiedlichen Handlungsfeldern der Versorgung kranker, pflegebedürftiger und sterbender Menschen.

Zusammengefasst gibt es mehr als eine Möglichkeit der Koordination, da es viele unterschiedliche Koordinationszusammenhänge gibt.

4. Koordination als Teil von Systemsteuerung und kommunaler Sozialplanung

(Michael Monzer)

Wie für Werner Schneider ist auch für Michael Monzer der Koordinationsbegriff wichtig. Im Handlungskonzept Case Management (CM) ergänzt er Michael Wisserts Beitrag um zwei wichtige weitere Aspekte: den Unterschied zwischen den **Adressaten** und den **Diensten** und die richtige **Verortung** von CM in der Hospizarbeit und Palliativversorgung. Auch er stellt Thesen auf: jedoch aus der Perspektive der Sozialplanung.

In der Kooperation geht es ihm um die Aspekte der **Klientenbeteiligung**. Auch in der Hospizarbeit und Palliativversorgung müssen fallspezifische Strategien entwickelt werden, mit denen die Klientenbeteiligung eingesetzt (Partizipation) und gefördert (Empowerment) werden kann. CM erschließt in diesem Zusammenhang die Komplexität des Falls und vermittelt in der einzelfallbezogenen Steuerung Angebote. Es entsteht ein in sich schlüssiges Paket von Leistungen, in dem die Hilfen inhaltlich und zeitlich aufeinander bezogen sind. Die Kooperation zwischen den verschiedenen Leistungsanbietern dreht sich vor allem um Leistungsabsprachen zu konkreten Fällen, aber auch um das Management der Fälle insgesamt.

Michael Monzer sieht allerdings CM nicht im Zentrum der Begleitung sterbender Menschen und ihrer Angehörigen, sondern an seinen „Rändern“, den Schnittstellen und den Behinderungen. Das Zentrum gehört den Betroffenen und denjenigen, die die Hilfen erbringen. Vom Zentrum müssen die Impulse ausgehen. CM hat das Ziel, diese Initiativen weiter zu fördern und den impulsgebenden Handlungsraum zu erweitern. Dabei hat CM eine selektierende Funktion, das die richtigen Fälle und die richtigen Angebote zusammenführt.

Im Kontext von Hospizarbeit und Palliativversorgung entwickelt Sozialplanung ein Verständnis der kritischen Faktoren, um zu erkennen, wo das bestehende Versorgungssystem „an seine Grenzen“ kommt. Dabei soll Sozialplanung die Ziele für eine passende Versorgung ableiten, die notwendig ist – und nicht für die, die vorrätig ist. Über den Einzelfall hinaus ist die Unterbrechung zwischen

Problem und Maßnahme in Form von Zielformulierungen eine entscheidende Voraussetzung, tatsächlich Ideen für neue Strukturen zu entwickeln, diese in Form von Versorgungspaketen umzusetzen, während der Umsetzung weiter anzupassen und in ihren Wirkungen zu kontrollieren. Schließlich müssen die gewonnenen Erkenntnisse auf eine Entscheidungsebene transferiert werden: vor allem dann, wenn es im Versorgungssystem nicht klappt, wenn Angebote fehlen, wenn die Versorgungspakete nicht richtig funktionieren oder wenn Ziele nicht erreicht werden. Andersherum wird die Sozialplanung direkt von der Politik beauftragt und beschäftigt, um Themen wie Umsetzung neuer Gesetzgebungen (z.B. SAPV oder Pflegestützpunkte), regionale Modell- und Konzeptentwicklungen oder Entwicklung regionaler Kooperationen aufzugreifen und zu realisieren. Sozialplanungen sind meist bei Sozial- oder Landratsämtern angesiedelt und entsprechend den jeweiligen Instanzen (Stadtrat, Gemeinderat; Amtsleitungen/Verwaltungen; autorisierte Netzwerkgruppen) verpflichtet.

Monzers Ansicht nach könnte die Augsburger Hospiz- und Palliativversorgung e.V. in den Entwicklungsphasen neuer und vernetzter Angebote die strukturskritischen Fälle beschreiben und zu einer gelingenden Weiterentwicklung beitragen.

Aus seiner Perspektive eines Sozialplaners sind für die regionale Entwicklung mehrere Punkte eminent wichtig:

1. Alle Beteiligten müssen sich auf verbindliche Prozesse einigen.
2. Der Hilfeprozess steht im Mittelpunkt.
3. Evaluation und Controlling sind unverzichtbar.
4. Der Hilfeplan als Instrument zur Beantragung der Kostenübernahme darf nicht einseitig missbraucht werden.
5. Fallorientiertes Denken darf Konflikte auslösen.
6. CM braucht Sozialplanung und Sozialplanung braucht CM.

Letztendlich muss sich die Region Augsburg fragen, ob hier die Bereitschaft besteht, sich in der Hospizarbeit und Palliativversorgung den bestehenden Systemlücken zu stellen und daraus neue oder angepasste Angebote abzuleiten.

5. Koordination bei Prozessmanagement und Pathwaystrategien

(Bernadette Klapper)

Bernadette Klapper fokussiert ihren Beitrag auf Koordination in Organisationen, die Brüche zwischen Organisationen und beleuchtet deren Einflussnahme auf die Versorgung. Für sie bleibt Koordination auf der operativen Ebene beliebig, wenn unklar ist, wer in welchem Auftrag und mit welchem konzeptionellem Selbstverständnis handelt. Dies ist ein wichtiger Hinweis für eine gewisse Verbindlichkeit in kooperativen Systemen.

Klapper stellt Koordination als Handeln im Prozess dar. Eine Betrachtung ohne Umfeld und ohne Prozess ist zu statisch. Unter Umfeld versteht sie das Gesundheitssystem, die Gesundheitsversorgung und die Palliativversorgung im Einzelnen. Ebenfalls Einfluss nehmen die jeweiligen Organisationseinheiten einer Organisation, die federführend für einen bestimmten Zeitraum Leistung bereitstellen. Soziologisch betrachtet ist es erforderlich, den Patienten „für die Einheit verwertbar zu machen“, also im Sinne der Organisation bearbeitbar zu machen. Dies passiert im Allgemeinen über Klassifizierungsprozesse, indem Patienten mit einem spezifischen Profil bestimmte Leistungen zugeordnet werden. Es findet also prinzipiell ein Vermittlungsprozess statt: zwischen dem Patienten und der Funktion/Logik der Organisationseinheiten, in die der Patient aufgenommen wird.

Die jeweilige, individuelle Problemdefinition und -lösung in den beteiligten Organisationen sind aufgrund ihrer Uneindeutigkeit immer in gewissem Maß ungewiss. Dies ist eine Herausforderung für die beteiligten Akteure, die sich in Organisationen prinzipiell in Macht- und Abhängigkeitsbeziehungen befinden. Wer einerseits über relative Abhängigkeit verfügt, verfügt andererseits über relative Autonomie, eigene Belange zumindest teilweise durchzusetzen und das Gesamtgeschehen zu beeinflussen – auch auf Kosten anderer Akteure oder Organisationen. Die spezifische Lösung eines Problems wird somit tatsächlich von relativ autonomen Akteuren mit den jeweiligen Ressourcen und Fähigkeiten „erfunden“ und eingesetzt.

So betrachtet kann die Koordination auf drei Punkte fokussiert werden: Entscheidungsfindung, Sicherung des Handlungsflusses und seiner expliziten und impliziten Merkmale.

Übergänge zwischen einzelnen Versorgungssettings bergen die Gefahr, zum Bruch in der Versorgung zu führen. An diesen Brüchen zeigt sich, wie schwierig die Übergänge zwischen den verschiedenen Einheiten sein können und wie aufwendig die jeweiligen Organisationslogiken so aufeinander abgestimmt werden müssen, dass keine oder nur minimale Brüche entstehen.

Gerade bei der Koordination von Patientenpfaden soll ein Patient fallgerecht verschiedene Versorgungsbereiche durchlaufen können, ohne dass es zum Bruch kommt. Koordination muss sich dabei immer wieder gegen die relativ mächtige Eigenlogik der Organisationen behaupten.

Auch für Palliativpatienten mit ihrer begrenzten Lebenszeit stellt die Zuordnung von gegebenen Merkmalen zu gegebenen Leistungen in der Tiefe der Dinge einen bürokratischen Prozess dar. Dieser trifft oft auf existenzielle, emotionale Bedürfnisse. Hierin liegt eine der großen Herausforderungen.

6. Die palliativ-hospizliche Koordination nach §39a SGB V

(Paul Herrlein)

Paul Herrlein nähert sich dem Begriff der Koordination von seinen praktischen Erfahrungen bei einem ambulanten Hospizdienst und Palliativpflege-dienst. Das Thema Koordination war dort von Anfang an sehr wichtig, weil es in dieser täglichen Arbeit nicht nur um Haltung geht, um Erfahrung und Fachwissen, um Medizin/Pflege, um den psychosozialen Bereich und um die Seelsorge, sondern auch um die Frage, wie konkret Handelnde die Versorgung gestalten und was die richtige Organisation sein könnte.

Das Globalziel zu erreichen, dass jedem Schwerkranken zur rechten Zeit am rechten Ort die richtige Hilfe zur Verfügung stehen soll, ist hier eine Frage der Koordination. Koordination stellt eine **Herrschaftsfunktion** in einem sehr differenziert gegliederten System dar. Koordination bedeutet hier einen fortlaufenden Abstimmungsprozess bei der Vernetzung im konkreten Einzelfall.

Paul Herrlein bezeichnet deshalb die Koordination als fünfte Säule von Hospizarbeit und Palliativmedizin. Zu Medizin (1), Pflege (2), psychosozialer Begleitung (3) und Seelsorge (4) kommt die Koordination (5) im Sinne der Gestaltung und der Versorgung hinzu. Was Michael Monzer sozialplanerisch beschreibt, ist bei Paul Herrlein konkrete Versorgung: Für jeden einzelnen Menschen ein individuelles Versorgungsnetz zu organisieren, seine Ressourcen zu stärken und ihm die Ressourcen, die er selbst in diesem System hat, zu erschließen. Es geht um die medizinischen und pflegerischen Interventionen und dabei ganz besonders um die vorausschauende Symptomkontrolle. Nicht nur das Jetzt ist wichtig, sondern auch das, was heute Nacht oder morgen sein kann, was sich an Symptomen oder Krisen entwickeln kann. Deswegen werden vorausschauende Symptomkontrolle und Notfallpläne für Krisenphasen, für die Finalphase etc. benötigt.

Neben der Koordination sind in der häuslichen Versorgung oder auch im Pflegeheim die Vorhaltung einer durchgängigen qualifizierten Rufbereitschaft

sowie die dazugehörige Notfallplanung von hoher Bedeutung, um auch in Krisensituationen verlässlich intervenieren zu können. Die ambulanten Hospizdienste sind von Anfang an auf Kooperation hin ausgerichtet. Sie erfüllen Aufgaben der Koordination wie palliativ-pflegerische Beratung und – ganz klassisch – die Koordination der qualifizierten ehrenamtlichen Sterbebegleitung.

Des Weiteren trennt Herrlein klar zwischen Beratung und Koordination:

Bei der **Beratung** geht es um Problemerkfassung, Informationsweitergabe und Darstellung von Handlungsalternativen, die man im Einzelfall für den Patienten oder seine Angehörigen oder auch für einen Arzt oder Pflegedienst, der sich beraten lässt, entwickeln kann. Die Beratung endet vielleicht mit einer Handlungsempfehlung. Ein Berater wird jedoch *nicht* dafür sorgen, dass die Handlungsempfehlungen umgesetzt werden oder dass entschieden wird, was zu tun ist.

In der **Koordination** geht es einerseits um diesen Beratungsteil, dann aber vor allem um die Umsetzung im Sinne des Patienten: die Überwachung der Handlungsempfehlungen, den Behandlungsplan, den Hilfeplan, die Abstimmung der Leistungen, die Erbringung von Leistungen, das Monitoring (= Beobachten, wie es läuft und dass es gut läuft, damit Probleme frühzeitig aus dem Weg geräumt werden können) bis hin zur Evaluation. Hier greifen dann die entsprechenden Handlungskonzepte, z.B. das Case Management.

Aus dem Konfliktpotential von Koordination leitet Herrlein auf den Begriff der Integration über, die gerade für Hospizgäste und Palliativpatienten eine große Bedeutung hat und über den Einzelfall deutlich hinausgeht (im Sinne des Care Managements). Hierunter fallen z.B. ein abgestimmtes, flächendeckendes regional-integratives Versorgungskonzept von allgemeiner Versorgung (AV) und SAPV, Versorgungskontinuität (SAPV–AAPV), Vermeidung von Über-, Unter- oder Fehlversorgung, Subsidiarität der SAPV, SAPV als Ergänzung der AV, Erfüllung der strukturellen gesetzlichen Vorgaben und der Ziele der SAPV gemäß SAPV-Richtlinie, Erfüllung der Vernetzungskriterien von ambulanten und stationären Hospizen (Rahmenvereinbarungen!) oder die Wirtschaftlichkeit (Effizienz, Synergien, Bedarfsstufen).

Im Verhältnis von SAPV und ambulanter Hospizarbeit gibt es für Herrlein keine Alternative zur Integration. Auch die allgemeine ambulante Palliativversorgung sollte in ihrer Konzeption nicht an den ambulanten Hospizdiensten vorbeigehen, da Letztere in der ambulanten allgemeinen Versorgung eine Schlüsselrolle innehaben.

7. Da sind Sie gut beraten!? – Netzwerkerfahrungen

(Renate Flach)

Renate Flach erweitert die bisher teilweise sehr systemisch orientierten Beiträge um persönliche Netzwerkerfahrungen aus 17 Jahren ambulanter Hospizarbeit und ca. 200 Patienten und deren Familien/Jahr. Sie knüpft nahtlos an Herrlein an, aber auch an die Grenzen, wie sie Monzer eingebracht hat.

Zum einen sind für sie rund um einen Patienten neben den Angehörigen und Freunden eine Fülle von Institutionen und Menschen in der Versorgung tätig. Insbesondere wenn ein Mensch einen längeren Krankheitsprozess durchläuft, sind viele Institutionen und Menschen beteiligt. Alleine die Vielzahl von Menschen und Institutionen muss nicht unbedingt ein Qualitätskriterium für die Begleitung schwer kranker und sterbender Menschen sein.

In der Theorie stellt sich Vernetzung dabei manchmal sehr viel klarer dar als in der praktischen Arbeit. Häufig werden an der Versorgung beteiligte Menschen oder Institutionen im Alltag nicht wahrgenommen oder übersehen. Da jeder durch seine eigene, berufsspezifische Brille berät, entstehen jeweils spezifische Sichtweisen, von denen keine die ganze Wirklichkeit vermitteln kann.

Flach weist auf die vielen unterschiedlichen Stolpersteine in der Versorgung von Menschen hin. Zum einen sind dies Besitzansprüche Einzelner oder Konkurrenzdenken bzw. Kompetenzgerangel. Das tritt vor allem auf, wenn zwei Institutionen Gleiches oder Ähnliches anbieten. Hier können nur enge Absprachen helfen, denn wenn jeder irgendetwas macht oder nur ein bisschen etwas oder sich nicht abspricht, ist es immer zum Nachteil des Patienten und seiner Familie.

Weitere Stolpersteine nach Flachs langjähriger Erfahrung in Augsburg sind:

- Unachtsamkeit – Nichtwissen
- Führungsanspruch/Machtanspruch
- Nicht abgeben wollen oder können
- Schwierigkeit von Institutionen, „schneller“ zu reagieren
- Verschiedene Ziele und unterschiedliche Wertmaßstäbe
- Verschiedene Wahrheiten

- Fehlende Anerkennung
- Überforderung
- Zu wenig Zeit

Für diese Stolpersteine nennt sie auch Lösungsansätze. Ein solcher könnte die Betroffenenorientierung sein, in der der Patient und nicht das System führt. Dass dies aber manchmal die Helfer an Grenzen bringt oder in der praktischen Arbeit schwierig sein kann, ist hinlänglich bekannt. Ein weiterer Lösungsansatz ist, die Netzwerkarbeit zu fördern. Hierzu gehören Kenntnisse der Leistungsprofile der Anderen, regelmäßiger Austausch, vertrauensbildende Maßnahmen, gelebte Kooperationen, Flexibilität, Offenheit und Toleranz, Humor, Wertschätzung und Akzeptanz.

Von großer Bedeutung jedoch ist ihr das Zuhören – insbesondere bei Konflikten.

Renate Flach schließt ihre Ausführungen mit einem sehr ermutigenden Spruch: „Seid nicht so streng mit Euch und mit Euren Partnern!“ Wenn etwas vorfällt, dann sollte man miteinander reden und nicht so streng zueinander sein.

8. Koordination als Teil der SAPV

(Martina Kern)

Martina Kern schließt an Flach an und erläutert die Besonderheiten der SAPV-Koordination an zwei Fallbeispielen aus ihrer Praxis. Sie bringt für die Augsburger Versorgung hilfreiche Instrumente in die Diskussionen zur Koordination ein. Im Rahmen der SAPV müssen nur relativ wenige Palliativpatienten versorgt werden, doch diese Patienten weisen eine hohe Komplexität sowohl im Versorgungsaufwand als auch in der Vernetzung und Koordination auf. Die entsprechenden Dienste haben also verhältnismäßig mehr Arbeit für eine kleinere Patientengruppe zu erbringen.

In ihrem ersten Fallbeispiel beschreibt Kern die Chance, die Wünsche eines Patienten zu verifizieren und in einer **Zielpyramide** festzuhalten, um eine Priorisierung vornehmen zu können. Im zweiten Fallbeispiel beschreibt sie den Bonner **Palliativausweis**: Darin ist vermerkt, welche Handlungsoptionen gewünscht sind, wer der konkrete Ansprechpartner ist, was passieren und was nicht passieren soll. Diesen Ausweis haben die Patienten in der Tasche. Die Kooperationspartner sind darüber informiert.

Für die Darstellung der sehr komplexen Fälle verwendet Kern Mittel wie Geno-

gramm, Abbildungen des Helfersystems, der Dienste und der Einsatzdauern. dies sind ebenfalls sehr interessante Erfassungsmöglichkeiten von Komplexität auf der einen und Handlungsmöglichkeiten auf der anderen Seite.

Neben diesen Hilfsmitteln ist für Kern die Frage der Kontrolle und Reflexion des eigenen Handelns ein kritischer und zentraler Punkt der Netzwerkarbeit. Wer kann, wer muss, wer darf in der ambulanten Palliativversorgung koordinieren? Im Sozialrecht gibt es hierzu vielfältige Koordinationsansprüche und -verpflichtungen, deren Zusammenspiel bisher nicht explizit geregelt worden ist. Das Entscheidende für die SAPV ist – wenn hier wirklich die „spezialisierte Versorgung“ mit hochkomplexen Situationen in den Fokus genommen wird – wie diese Dienste ihre Arbeit reflektieren. Wie werden die Netzwerkpartner zusammengebracht, um wirkungsvoll miteinander in Helferkonferenzen zu besprechen, wie die Begleitung abgelaufen ist, um daraus die richtigen Schlussfolgerungen zu ziehen?

Gerade diese Helferkonferenzen scheinen ein wichtiges Instrument zu sein, setzen aber ein echtes Interesse an einer kritischen Reflexion voraus.

9. Netzwerkarbeit als Idee – das Alpha?

(Monika Müller)

Im letzten Beitrag berichtet Monika Müller von alpha Rheinland als Ansprechstelle im Land NRW zur Palliativversorgung, Hospizarbeit und Angehörigenbegleitung. Dort ging es zunächst um die Vereinbarung von Aufträgen und Zielen, und die Frage lautete nicht nur **welche** Ziele, sondern vor allem **wessen** Ziele.

Sie erzählt von den schwierigen Anfängen einer landesweit agierenden Anlaufstelle, den Schwierigkeiten beim Aufbau einer geeigneten Infrastruktur, der initial notwendigen strukturellen und inhaltlichen Situationsanalyse und der großen Skepsis, die dieser Anlaufstelle anfangs entgegengebracht wurde.

Als Anlaufstelle standen sie „irgendwie dazwischen“ – also zwischen der Basis und dem Land NRW als Geldgeber. Zudem wurden ihnen viele Aufgaben übertragen:

- Beratung (Patienten, Angehörige, Dienste, Institutionen, das Ministerium, Politiker, Städte und Gemeinden)
- Befähigung, Beratung und Begleitung von ehrenamtlichen Mitarbeitern
- Öffentlichkeitsveranstaltungen

- Gremienarbeit
- Fort- und Weiterbildung der Hauptberuflichen

Sehr schön beschreibt sie den Sinn einer solchen Anlaufstelle in ihrer Aussage:

„Wir fanden eine Vielfalt vor – und das sollte und soll auch eine Vielfalt bleiben.“

Allerdings wurde vonseiten der Anlaufstelle versucht, diese Vielfalt zumindest zu ordnen und ein Netzwerk zu schaffen. Neben diesen strukturellen Veränderungen war wichtig, mit allen Diensten einen hohen Qualitätsstandard zu erreichen. Es darf also nicht nur darum gehen, **dass** Sterbende begleitet werden, sondern dass sie **gut** begleitet werden. Ein weiteres wichtiges Ziel der Anlaufstelle ist die Erhöhung der Akzeptanz für die Hospizbewegung.

Ein Aspekt, der bis dahin nicht erwähnt wurde, ist ihr wichtig: Das Angebot der Supervision – nicht als Selbstbespiegelung, sondern als Gesundheitsmaßnahme für die Menschen, die **haupt- und ehrenamtlich** in diesem **Be-reich** stehen.

Ihre beeindruckende Erzählung - meiner ganz persönlichen Meinung nach - zu einer der schönsten Knospen, die die Hospizarbeit und Palliativversorgung in Deutschland ausgetrieben haben – eben besagter alpha Rheinland Anlaufstelle – beendet sie mit einem Zitat von Erich von Däniken:

„Es sind die Fantasten, die die Welt in Atem halten, nicht die Erbsenzähler.“

10. Synopsis

Was bleibt am Ende einer Tagung zum Thema „Koordination(en) im Kontext von Palliative Care“ im Rahmen eines Augsburger Hospiz- und Palliativgesprächs für die Region, was für die Menschen, die dort leben und arbeiten?

Zum einen zeigt sich, dass das Thema Koordination zu umfassend ist, als dass es in einer Tagung erschöpfend behandelt werden könnte: zu vielfältig die Einzelaspekte, zu komplex das Thema. Insbesondere die Koordination „hinter“ der Einzelfallkoordination, also die Systemkoordination, erscheint angesichts mehrerer Beiträge in neuem Licht.

Zudem wird deutlich: Die unterschiedlichen Ausprägungen der Beiträge ergänzen sich zu einem Puzzle ganz besonderer Art und fügen sich zu einem größeren Ganzen. Dessen Teile mögen die einzelnen Beiträge sein. Das Puzzlebild jedoch, das sich zeigt, wenn alle Teile an ihrem Platz liegen, ist

wohl eher die Erkenntnis, dass Hospizarbeit und Palliativversorgung ohne Koordination auf den unterschiedlichen Systemebenen und innerhalb der unterschiedlichen Versorgungsformen stückhaft bleiben, wenn es nicht gelingt, in größeren Zusammenhängen zu denken und zu handeln.

Diese Erkenntnis ist sicherlich nicht ganz neu. Interessant bleibt jedoch, dass aus so vielen unterschiedlichen Vorträgen immer wieder diese eine Botschaft kommt: Koordination ist ein elementarer Bestandteil der Arbeit.

Betrachtet man die Vielfalt der Koordination, könnte einem schwindelig werden. Doch eine Botschaft dieser Tagung -ohne die anderen schmälern zu wollen - ist mir besonders aufgefallen:

*Koordination findet an den Rändern statt.
Das Zentrum gehört den Betroffenen.*

In diesem Sinne erhoffen wir uns von den Ergebnissen dieser Tagung Impulse für die weitere Entwicklung in der Region Augsburg.



Referenten

Referent	Beitrag
Dr. Eckhard Eichner AHPV / Klinikum Augsburg	Einführung; IX. „Miteinander arbeiten – Voneinander lernen“ – Koordination als Chance
Renate Flach AHPV / Hospiz-Gruppe „Albatros“	VI. Da sind Sie gut beraten!? - Netzwerkerfahrungen
Dr. Gabriele Hartl Bayerisches Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit	Grußwort
Prof. Dr. Rolf Harzmann Stadtrat, Augsburg	Grußwort
Martina Kern Malteser Krankenhaus, Bonn	VII. Koordination als Teil der SAPV
Dr. Bernadette Klapper, Robert Bosch Healthcare GmbH, Waiblingen	IV. Koordination bei Prozessmanagement und Pathwaystrategien
Paul Herrlein St. Jakobus Hospiz, Saarbrücken	V. Die palliativ-hospizliche Koordination nach §39a SGB V
Michael Monzer, Sozialplanung, Stadt Stuttgart	III. Koordination als Teil von Systemsteuerung und kommunaler Sozialplanung
Monika Müller (M. A.), alpha NRW, Bonn	VIII. Netzwerkarbeit als Idee - das Alpha? - ALPHA - Ansprechstelle im Land NRW zur Palliativversorgung, Hospizarbeit und Angehörigenbegleitung 1992 - 2010
Alexander Schmidtke Vorstand, Klinikum Augsburg	Grußwort



Prof. Dr. Werner Schneider
Universität Augsburg

I. Koordinierst Du schon? - Koordination und Kooperation als Handlungsproblem aus soziologischer Perspektive

Prof. Dr. Michael Wissert
Hochschule Ravensburg-Weingarten

II. Koordination im Sinne des Case Managements

Moderation

Prof. Dr. Rolf Harzmann

Schirmherrschaft

Staatsminister Dr. Markus Söder MdL
Bayerisches Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit

Unterstützung

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin
Mundipharma Vertriebsgesellschaft mbH & Co. KG

Augsburger Hospiz- und Palliativversorgung e.V.

Augsburger Hospiz- und Palliativversorgung e.V.
 Stadtberger Str. 21
 86157 Augsburg
 info@ahpv.de
 www.ahpv.de

Telefon 0821 45 55 50 0
 Telefax 0821 45 55 50 20

Augsburger Hospiz- und Palliativversorgung e.V. (AHPV)
 Registernummer/Vereinsregister Augsburg – VR 200615
 Steueridentifikationsnummer 103/107/11883

Zweck und Ziele des Vereins (gemäß § 2 der Satzung)

(1) Zweck des Vereins ist es, eine einvernehmliche sektorenübergreifende Vernetzung, also die Vernetzung stationärer und ambulanter hospizlicher und palliativer Versorgungsstrukturen insbesondere in Stadt und Landkreis Augsburg auf Basis der jeweils aktuellen Definition von Palliative Care der WHO zu erreichen.

(2) Ziel ist, eine individuelle Betreuung für Sterbende und deren Familienangehörige zu realisieren. Der Verein lehnt aktive Sterbehilfe ab.

(3) Die Verwirklichung dieses Zwecks wird u. a. im Bereich der allgemeinen Palliativversorgung durch Vernetzung mit den bestehenden Anbietern realisiert und kann im Bereich der spezialisierten Versorgung (SAPV) als eigene Leistung des Vereins durch ein oder mehrere Palliative Care Teams (im Sinne eines Leistungserbringers nach § 132d SGB V) realisiert werden.

(4) Eine Konkurrenz zu bestehenden Anbietern und untereinander ist nicht gewünscht. Der Verein wird mit Ausnahme von Leistungen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (§§37b, 132d SGB V) keine weiteren Versorgungsleistungen erbringen.

(5) Der Verein kann seine Mittel für eine andere gemeinnützige Körperschaft (z. B. eine Stiftung) zur Verwirklichung steuerbegünstigter Zwecke beschaffen und verwenden (§58 Nr. 1 AO). Er kann sich an anderen Körperschaften beteiligen, wenn dies zur Erreichung des Vereinszwecks erforderlich ist.

(6) Der Verein ist politisch, konfessionell und weltanschaulich grundsätzlich neutral. Das jeweilige Selbstverständnis der einzelnen Mitglieder wird gegenseitig respektiert.

Vorstand der AHPV (2009-2011)

Dr. Eckhard Eichner (Vorsitzender)	Geschäftsführer / Leitender Arzt der Augsburger Palliativversorgung gemeinnützige GmbH
Dr. Margarethe Beck (stv. Vorsitzende)	Fachgebietsleitung Hospiz, Caritas- verband der Diözese Augsburg
Renate Flach (stv. Vorsitzende)	Vorsitzende, Hospiz-Gruppe „Albatros“ e.V.
Christine Deschler	Geschäftsführerin, Pflegedienst Deschler GmbH
Dr. Herbert Dorn	Hausarzt, Ärztlicher Kreisverband

Beirat der AHPV (2009-2011)

Andreas Claus	Geschäftsführer, Ökumenische So- zialstation Schwabmünchen
Dr. Carsten Oetzel	Onkologe, Ärztlicher Kreisverband
Ralf Otte	Geschäftsführer, Bunter Kreis
Eckard Rasehorn	Geschäftsführer, AWO Kreisver- band Augsburg Stadt e.V.
Michael Strauß	Geschäftsführer / Leitende Pflege- kraft der Augsburger Palliativver- sorgung gemeinnützige GmbH









3. Augsburger Hospiz- und Palliativgespräch

Koordination(en) im Kontext von Palliative Care

Im Arbeitsfeld von Palliative Care und Hospizarbeit gibt es so viele unterschiedliche und damit zu klärende und zu verbindende Themenbereiche bzw. Begriffsbedeutungen von „Koordination“:

Zunächst wäre da die hospizliche Koordination nach §39a SGB V zur psychosozialen Begleitung durch Ehrenamtliche, ergänzt durch die allgemeine hospizlich-palliative Koordination in Verbindung von 39a SGB V und den zu erbringenden allgemeinen palliativärztlichen und -pflegerischen Leistungen.

Mit Einführung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) kam eine weitere Versorgungsform als intermittierendes oder kurzzeitiges Handeln mit hohem Koordinationsbedarf hinzu - zumindest zur allgemeinen Palliativversorgung und zur Hospizarbeit.

Koordination spielt binnenorganisatorisch zudem eine Rolle im Zusammenhang mit Prozessmanagement und Pathwaystrategien z. B. im Akutkrankenhaus. Koordination im Sinne des Case Management beinhaltet schon lange Anbahnung, Planung, Organisation, Realisierung und Evaluierung von umfassenden Versorgungs- und Unterstützungssettings im Einzelfall (Fallführung), deren Inhalte allerdings weit über den unmittelbaren palliativen Bereich hinausgehen können.

Koordination entwickelt als Systemsteuerung von Diensten in einem spezifischen Handlungsfeld und in der Schnittstelle zur kommunalen Sozialplanung Bedeutung für die regionale, laufende Angebotssteuerung und -entwicklung sozialer Leistungen.

Zukünftig wird noch die konzeptionelle und strukturelle Brücke zur Pflegeberatung und zu den Pflegestützpunkten zu schaffen sein (SGB XI).

Koordination auf der operativen Ebene bleibt jedoch beliebig, wenn unklar ist, wer was in welchem Auftrag mit welchem konzeptionellen Selbstverständnis mit welchem Anspruch auf eine bestimmte organisatorische und inhaltliche Reichweite denn nun koordinieren soll und wird.

All dies in Ruhe zu betrachten und zu systematisieren nur für den Bereich des palliativ-hospizlichen Handelns - das ist unser Ziel des dritten Augsburger Gesprächs.

Wir danken der

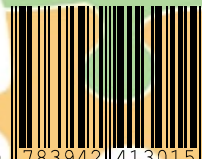
Mundipharma

Vertriebsgesellschaft mbH & Co. KG

für ihre Unterstützung



9,80 Euro



9 783942 413015

ISBN 978-3-942413-01-5