

Vortrag beim 4. Augsburger Nachsorgesymposium am 24./25. Juni 2005

## Aufbau und Finanzierung der Nachsorge

Horst Erhardt

Kontakt am Ende des Textes.

### Abstract

**Kennzeichnend für den Aufbau der Nachsorge ist, dass sich die sozialmedizinische Nachsorge an der Schnittstelle zwischen stationärer und ambulanter Versorgung bewegt und zusätzlich an der Schnittstelle Gesundheitswesen – Sozialwesen. In diesem Feld gibt es traditionell kaum Zusammenarbeit, zum Teil sogar Widerstände gegen Zusammenarbeit. Aufbau von Nachsorge bedeutet, eine Organisationsstruktur zu planen und zu realisieren, die diese Schnittstellenarbeit leisten kann, sowie entsprechende MitarbeiterInnen auszuwählen und zu qualifizieren, die geeignet sind, vernetzende, integrierende Patientenpfade einzuführen und zu etablieren.**

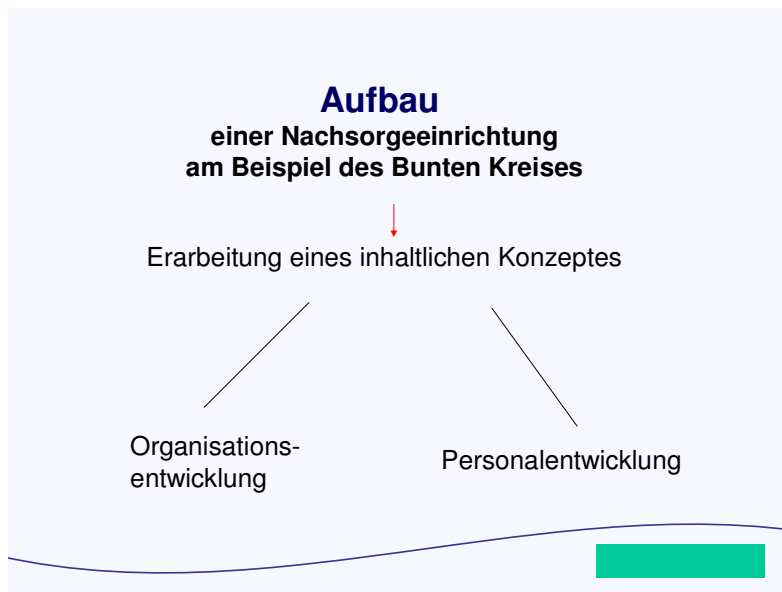
**Zentrale Methode ist hier das Case Management, das diese Schnittstellenarbeit leisten kann und damit systemverändernd wirkt. Aufbau von Nachsorge erfordert strukturiertes Vorgehen – Pauschalrezepte gibt es jedoch keine, da die Nachsorgeeinrichtung immer der regionalen Situation angepasst werden muss. Grundsätzlich gibt es Drin-, Dran- oder Drauß-Modelle sowie Plattformlösungen mit mehreren Trägern.**

**Die Finanzierung sozialmedizinischer Nachsorge in Deutschland zum heutigen Zeitpunkt ist komplex: über die GKV, Jugendhilfe-Maßnahmen, Maßnahmen der Behindertenhilfe (Wiedereingliederung) sowie Fördermittel von Spendern und Sponsoren. Aber mittlerweile haben viele Bunte Kreise in Deutschland gezeigt, dass es geht.**

**Ein wichtiger Schritt ist hier der Beginn der Regelfinanzierung durch § 43, Abs. 2 SGB V – auch wenn die Entwicklung hier erst am Anfang steht. Finanzierung der Nachsorge ist deshalb auch heute immer noch ein Stück Pionierarbeit und fordert dazu auf, neue Wege bei der Erstellung der Finanzierungskonzepte zu gehen.**

Ich möchte direkt an die Ausführungen von Herrn Prof. Löcherbach ([www.betainstitut.de/download/symposium-loecherbach.pdf](http://www.betainstitut.de/download/symposium-loecherbach.pdf)) anschließen: Ich bin ausgebildeter Familientherapeut und habe die Familientherapie dazu genutzt, die Nachsorge systemisch zu verstehen und Systeme zu verändern. Ich glaube, ein Teil des Case Managements, wie es Prof. Löcherbach vorgestellt hat, ist auch ein Beitrag zur systemischen Veränderung dieser unserer jetzt so abgegrenzten Leistungssysteme.

Aufbau und Finanzierung von Nachsorge hat etwas mit Initiative zu tun, mit engagierten Menschen. Wir begleiten seit vielen Jahren Einrichtungen, die Nachsorge aufbauen, und wir haben festgestellt, dass ein Aufbau sich im Wesentlichen auf zwei Bereiche konzentriert. Einmal geht es um den Aufbau einer **Organisationsstruktur**, und zum zweiten um den Aufbau einer **Personalstruktur**.



Beides erfordert mehr als nur einfach irgendwo Mitarbeiter aus der Arbeitslosigkeit zu befreien und mit einer neuen Aufgabe zu versehen. Es erfordert Initiative, denn eine wichtige Herausforderung liegt darin, in die Systeme, so wie sie derzeit bestehen, ein neues System hineinzimplementieren.

Das geht nicht zufällig, dafür braucht man ein Konzept. Und all denen, die damit schwanger gehen eine Nachsorgeeinrichtung aufzubauen, möchte ich über das hinaus, was sie heute gehört haben, noch etwas sehr Wichtiges ans Herz legen: Bevor man handelt, braucht man ein Konzept – und man braucht *noch mehr*.

Einer der größten Fehler in der Entwicklung von neuen Strukturen ist, dass wir glauben, wir könnten handeln, ohne uns über unsere Visionen, Werte und Strategien bewusst zu werden. „Wir tun das einfach mal.“ „Wir legen mal los.“ Das *kann* erfolgreich sein. Aber wenn man eine Nachsorgeeinrichtung aufbauen will, ob nur ein ganz kleines Nachsorgeelement oder eine richtige Einrichtung wie die Bunten Kreise in Augsburg, Duisburg oder Coesfeld, erfordert dies einige Schritte. Bei allen Nachsorgeeinrichtungen, die wir unterstützt haben, haben wir eigentlich immer den gleichen Weg gemacht:

1. **Vision**
2. **Beschreibung der Ausgangssituation**
3. **Bedarfsanalyse**
4. **Umfeldanalyse**
5. **Inhaltliche Nachsorge**

Erst danach ging es in die konkrete Organisations- und Personalentwicklung.

### **Vision**

Die Vision ist das erste, was man für den Start einer guten Initiative braucht. Eine Vision beantwortet die Frage: Wo wollen wir hin? Eine Vision ist nicht zufällig. Sie

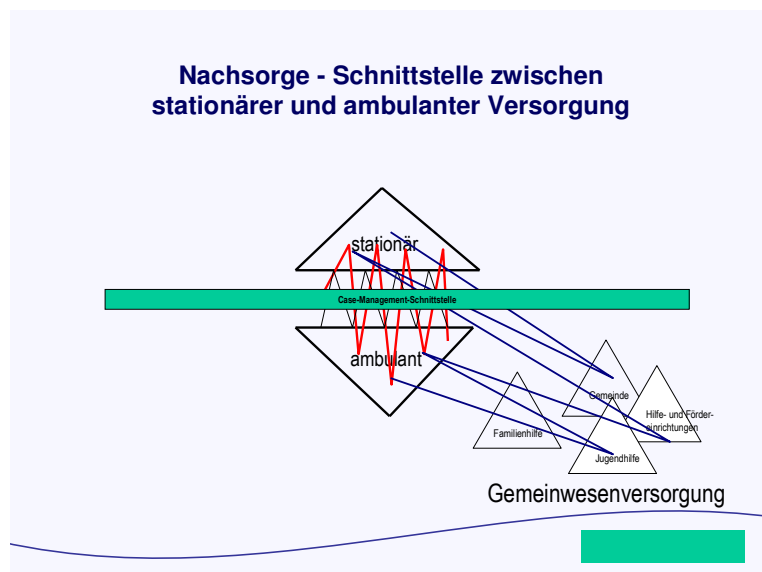
kommt aus unserem Innern und macht bewusst, wo die Initiative hin will. Die Vision formuliert die Ziele, die diejenigen, die sich da gemeinsam in ein Boot gesetzt haben, mittelfristig erreichen wollen. Eine Vision gehört nicht zum Nimmerleinstag und sie gehört nicht nach morgen. Sie braucht einen gewissen Reiz und eine gewisse Faszination und muss Neugierde wecken.

Wenn diese Vision geschaffen ist, wird daraus noch lange nicht das Handeln geboren. In den nächsten Schritten muss man sich darüber klar werden, wo man steht und wo man hin will. Welchen **Bedarf** hat man vor Ort und welche **Bedürfnisse**? Eine **Umfeldanalyse** ermittelt: Welche Menschen stehen um die Initiatoren herum? Wie sieht das Umfeld aus und was wird wirklich an inhaltlicher Nachsorge gebraucht? Jede Region braucht etwas anderes, deshalb erfordert der Aufbau sozialmedizinischer Nachsorge **Ideen**, keine plakativen Standards. Die Vorgehensweise, wie wir sie vermitteln, ist ein individuell angepasstes methodisches Verfahren. Die Nachsorgeeinrichtungen können zum Teil **an** bestehenden Einrichtungen entstehen, **um** bestehende Einrichtungen **herum** oder auch **für mehrere** Einrichtungen.

### Organisationsentwicklung: Aufbau einer Schnittstelle

Um die Aufgabe der Organisationsentwicklung zu verstehen, muss man sich bewusst machen, wie die Case-Management-Schnittstelle aussieht, von der heute schon öfter die Rede war.

Eine Nachsorgeeinrichtung arbeitet primär an der **Schnittstelle zwischen stationärer und ambulanter Versorgung**, Nachsorge ist Schnittstellenarbeit. Heute nennt man dies integrierte Versorgung oder auch sektorenübergreifende Versorgung. Als der Bunte Kreis vor 15 Jahren in Augsburg angefangen hat, gab es diese Begriffe noch nicht. Damals ging es uns einfach darum, eine Brücke von der Klinik nach Hause zu bauen.

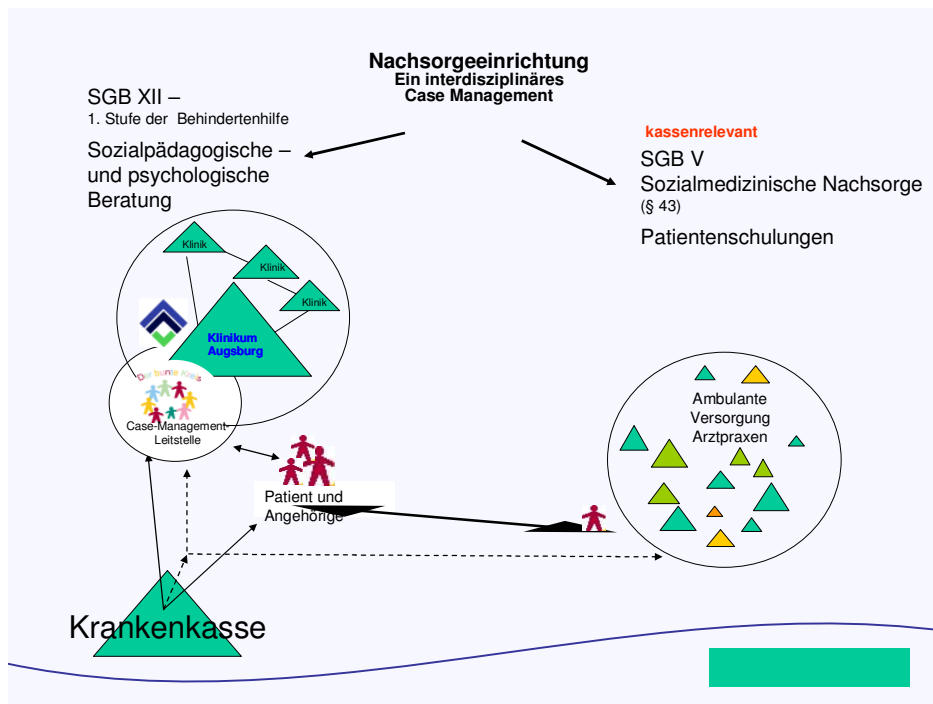


Die Organisationsentwicklung findet also zwischen zwei Sektoren statt. Case Management vernetzt zwischen diesen beiden Sektoren, die sich berühren, aber nicht verzahnen wollen – warum auch immer. Zum Teil gibt es sogar Widerstände gegen diese Verzahnung, auch darauf muss man als Case Manager eingestellt sein.

An dieser Schnittstelle sind die Case Manager auch Systementwickler, denn indem sie in diese verschiedenen Systeme hineingehen, sorgen sie dafür, dass auch eine Verzahnung stattfindet. In der Nachsorge arbeiten zum Beispiel Kinderkrankenschwestern, die aus einer Kinderklinik kommen und dort zum Teil auch noch angestellt sind: Als Case Managerinnen nehmen sie Kontakt auf mit niedergelassenen Ärzten, Krankengymnasten, Apotheken oder Sanitätshäusern. Oder es gibt Kinderärzte, die von sich aus auf die Nachsorge zugreifen: Das ist Verzahnung. Case Management erzeugt diese Verzahnung und wirkt damit systemverändernd. Deshalb erfordern Nachsorge und Case Management Interdisziplinarität sowie das Verständnis für Interprofessionalität.

Zudem verzahnt die Nachsorge zu den vielen Hilfeleistungen im **Sozialsystem**. Diese werden im Gesundheitssystem oft vergessen, sie rücken aber bei der Nachsorge für belastete Familie sehr schnell ins Blickfeld. Sie berühren den Geldbeutel der Krankenkassen nicht, stehen aber trotzdem für die Zielgruppe der schwer oder chronisch kranken Kinder zur Verfügung. Das Sozialsystem umfasst das gesamte Gemeinwesen um eine Familie herum und in einer Region. Zum Aufbau einer Nachsorgeeinrichtung gehört es, sich das Wissen zu erarbeiten, welche Hilfen es im Umfeld gibt. Die Region wird dabei gedanklich geclustert: nach Sanitätshäusern, Sozialstationen, Sozial- und Jugendämtern, mobilen und stationären Helfern abgesucht und strukturiert. Case Manager entwickeln diese Strukturen, füllen sie mit Menschen und Adressen und vernetzen diese Strukturen und Leistungserbringer: mit der Nachsorgeeinrichtung, mit den betroffenen Familien oder auch direkt untereinander.

Diese Strukturen sind die Basis für den Weg, den dann ein Kind und seine Familie von der Akutversorgung über alle Versorgungsstufen hinweg bis nach Hause ins Kinderzimmer geht. Die Holländer sprechen hier übrigens von „Ketten-Management“, von „Versorgungsketten-Management“. Aufgabe der Nachsorgeeinrichtung ist es, alle Versorgungsglieder an eine Kette zu reihen, damit der Patient sich wohl fühlt und sich nicht im unübersichtlichen System verlassen vorkommt.



Wie sieht das in der Realität aus?

(Auf den Finanzierungsaspekt wird weiter unten eingegangen.)

Der Bunte Kreis Augsburg – in der Grafik dargestellt – ist ein Konzept **an** einer Kinderklinik und **für** andere Kinderkliniken. Es existiert ein Patientenpfad aus der Klinik heraus über den Bunte Kreis in den ambulanten Versorgungsbereich hinein und unter Umständen auch wieder zurück, zum Beispiel bei krisenhaften Entwicklungen oder onkologischen Serienbehandlungen. Der Bunte Kreis fungiert im Sinne einer Begleit- und/oder Leitstelle hinein in die verschiedenen Kliniken und beteiligt alle Leistungserbringer. Das funktioniert nur, wenn alle Player in diesem System zusammenhalten und dazu – das darf man nie vergessen – gehören auch die **Krankenkassen**.

Ich will etwas näher auf die Einbindung der Krankenkassen eingehen. Wir haben derzeit im Gesundheitssystem eine groteske Situation: Der Patient, den alles betrifft, entscheidet relativ wenig. Der, der etwas entscheiden kann, der Arzt, hat kein Geld und entscheidet unabhängig vom Geld. Der, der das Geld hat, darf nicht entscheiden, weil ihm die Daten dazu fehlen, er soll nur bezahlen – und das sind die Krankenkassen.

Unter betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten ist dieses System nicht sehr sinnvoll und von „Partnerschaft“ kann hier kaum gesprochen werden. Eigentlich müsste der Kunde, der Patient, entscheiden dürfen – nach vorheriger Beratung durch den Experten, den Arzt. Der Entscheider müsste ein gewisses Geld zur Verfügung haben, um entscheiden zu können, und am Ende müsste der, der das Geld zur Verfügung stellt, mitreden dürfen.

In unserem System der Nachsorge holen wir diesen Geldgeber ganz bewusst mit ins Boot. Wir tun es deswegen, weil auch er ein **Leistungspartner** ist: Kassen haben nämlich auch Netzwerke, haben Beratungsnetzwerke und haben Möglichkeiten, die man mit ihnen ausdiskutieren und aushandeln kann. Auf alle Fälle sind die Krankenkassen als Versicherer unserer Patienten auch ein Leistungserbringer – das wird viel zu oft vergessen. Häufig wird gegen die Kassen polarisiert: Die Kassen sind die, die man nicht dabei haben will. Im Sinne von Case Management ist das überhaupt nicht hilfreich.

### **Drin-, Dran-, Drauß-Konzept**

Grundsätzlich können die Konzepte für eine Organisationsentwicklung sehr unterschiedlich sein, wie die Fallbeispiele heute Vormittag gezeigt haben. Da gibt es die Nachsorge an einem SPZ, die Nachsorge *an* einer Kinderklinik und die Nachsorge *in* einer Kinderklinik. In Duisburg wurde eine Plattform über mehrere Kinderkliniken hinweg gebildet und es wird eines Tages vielleicht kleine Leistungsambulanzen an den Universitäten geben. Dort gibt es dann vielleicht nur eine oder eineinhalb Case-Management-Stellen, aber es gibt welche.

Drin-, Dran-, oder Drauß-Modelle nennen wir das und wegen dieser Unterschiedlichkeit können wir keine Standards festlegen, wie Nachsorgeeinrichtungen zu sein haben. Alles ist möglich – entscheidend ist das methodische Vorgehen, wie wir es tun, und dass wir die Organisationslogistik und -struktur so aufbauen, dass der Patient wirklich erreicht und begleitet werden kann.

### **Interdisziplinäre Personalentwicklung**

Die Personalentwicklung einer Nachsorgeeinrichtung ist darauf ausgerichtet, ein interdisziplinäres Team aufzubauen. Welche Disziplinen sind erforderlich? Sicher ist: Die Pflege und die Sozialpädagogik gehören ins Zentrum des Handelns, sie stellen die Case Manager. Aber die beiden Professionen können nicht ohne ärztliche Begleitung und Betreuung handeln. Sozialpädagogen, Kinderkrankenschwestern und Pädagogen sind also die zentralen Berufsbilder der sozialmedizinischen Nachsorge. Darüber hinaus können noch viele weitere eine wichtige Rolle spielen, zum Beispiel Pädagogen, Psychologen, Seelsorger. Das ist aber nicht von vornherein festzulegen und soll den einzelnen Nachsorgeeinrichtungen vorbehalten sein. Entscheidend beeinflusst wird die Zusammensetzung der Professionen von der Situation vor Ort. Welche Angebote stehen zur Verfügung und müssen „nur“ verzahnt werden, welche müssen einrichtungsintern aufgebaut und vorgehalten werden?

Die Qualifizierung der Case Manager ist ein wesentlicher Aspekt des Aufbaus von Nachsorge. Darauf will ich jedoch nicht nochmal eingehen und kann hier auf den Vortrag von Prof. Löcherbach verweisen: [www.betainstitut.de/download/symposium-loecherbach.pdf](http://www.betainstitut.de/download/symposium-loecherbach.pdf).

## **Finanzierung**

Grundsätzlich teilt sich die Finanzierung der Nachsorge in drei Säulen der öffentlichen Finanzierung und eine vierte, private Säule.

### ***GKV, §43 SGB V***

Neu in der Finanzierung der Nachsorge ist der § 43, Abs. 2 SGB V. Details dazu enthält das Referat von Herrn Podeswik:

<http://www.betainstitut.de/download/symposium-podeswik.pdf>.

### ***SGB XII (früher BSHG)***

Die Sozialhilfe ermöglicht im Rahmen der Eingliederungshilfe die Finanzierung der sozialpädagogischen und psychologischen Beratung.

### ***SGB VIII: Kinder- und Jugendhilfe***

Etwas am Rande stehen – aus Sicht des Gesundheitswesens – die Leistungen nach dem SGB VIII (Kinder- und Jugendhilfe). Allerdings muss man hier einschränkend sagen: Wo Recht ist, ist noch lange kein Geld. Grundsätzlich kommen alle Formen der Erziehungshilfe in Frage (§§ 27 - 35). Speziell relevant für die Finanzierung im Rahmen von Nachsorge kann dabei der § 35 a sein: für Kinder, die von seelischer Behinderung bedroht sind. Gerade bei Kindern, die von Sozialpädiatrischen Zentren betreut werden, kommen Finanzierungen nach der Kinder- und Jugendhilfe öfter in Betracht, zum Teil auch für die Folgebetreuungen nach dem SPZ.

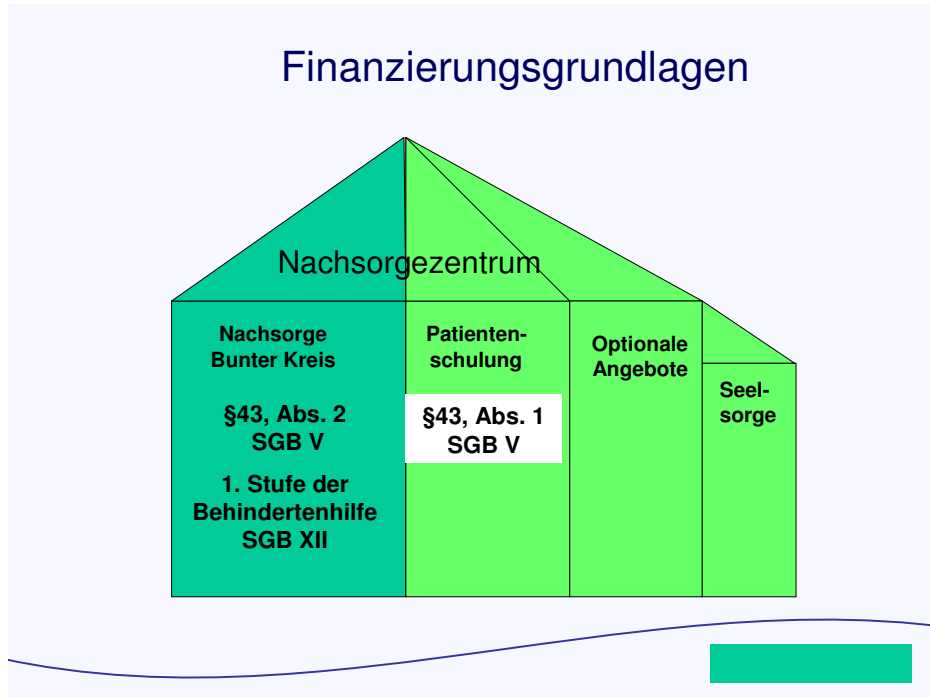
Allerdings geht es in der Regel nicht darum, dass das Jugendamt Case Management finanziert, sondern dass die Case Managerin weiß, dass sie bei Erziehungsproblemen infolge der schweren Erkrankung auch Hilfen nach dem KJHG einbeziehen kann. Grundsätzlich ist denkbar, dass solche Hilfen auch eine Sozialpädagogin der Nachsorgeeinrichtung erbringt, wenn sie entsprechend qualifiziert ist und alle Beteiligten (Jugendamt und Familie) damit einverstanden sind.

### ***Spenden und Sponsoring***

Spenden und Sponsoring sind ein wichtiges Thema für die Nachsorge. Der Bunte Kreis Augsburg hat heute ein großes Spendenaufkommen, das im Laufe von 15 Jahren gewachsen ist. Dieses Volumen ist für manchen, der heute mit Nachsorge beginnen will, entmutigend, aber ich möchte Ihnen sagen: Als wir in Augsburg anfangen, hatten wir überhaupt kein Geld. Wir hatten eine Idee und wir fanden einige Unterstützer. Die erste Nachsorgeschwester haben wir mit 27.000 Mark in der Tasche angestellt. Wir haben angefangen, es auszuprobieren, und wir haben uns bemüht, möglichst viele Menschen zu gewinnen. Unser Motto, unsere Devise war: Lasst es uns doch tun, denn wir sollen aus der Not eine Chance machen. Auch wenn wir heute Förderer ansprechen, plädieren wir immer in diesem Sinne: Wir haben eine Chance, die wir nur nutzen können, wenn wir gewisse finanzielle Unterstützung bekommen.

Grundsätzlich bin ich der Meinung, dass die vierte Säule der Finanzierung im Sozialsystem nicht mehr wegzudenken ist. Auch Einrichtungen wie Caritas und anderen Leistungsträgern der Sozialhilfe werden die Fördermittel der öffentlichen Hand nicht mehr reichen. Sie werden Mittel der privaten Hand, nämlich Spenden und Sponsoring, brauchen. Wir in Augsburg haben hier bereits einen weiteren Schritt getan, hin

zum Corporate Citizenship – darauf kann ich hier aber nicht im Detail eingehen. Ich bin jedoch überzeugt davon, dass es in der Industrie immer mehr Verantwortliche geben wird, die es ähnlich wie betapharm machen: Die sich ihrer sozialen Verantwortung bewusst werden, die konsequent und intensiv ins bürgerschaftliche Engagement einsteigen, die Teile ihre Marketingmittel in dieses Feld verlagern und darin eine Chance sehen: Die Chance, in unserer Gesellschaft etwas zum Positiven zu verändern.



Neben der sozialmedizinischen Nachsorge macht ein voll ausgebautes Nachsorgezentrum weitere Angebote:

- Patientenschulungen, finanziert über den § 43, Abs. 1 SGB V. Details im folgenden Referat von Frau Dr. Fromme: [www.betainstitut.de/download/symposium-fromme.pdf](http://www.betainstitut.de/download/symposium-fromme.pdf).
- Optionale Angebote, für die es im Einzelfall auch Finanzierungen geben kann, zum Beispiel häusliche Kinderkrankenpflege, Psychotherapie, Logotherapie, Ergotherapie, ...
- Seelsorge

Abschließend zur Seelsorge: Die Seelsorge war für uns immer ein entscheidender Teil der Nachsorge. Wir haben niemals unsere Arbeit ohne die Seelsorge gemacht und wir haben niemals einer Einrichtung geraten, Nachsorge ohne Seelsorge aufzubauen. Denn bei allem sozialpädagogischen oder psychologischen Verständnis – es gibt auch einen anderen Teil, der in diesen schweren Krisen die Betroffenen begleitet. Das ist eine andere Dimension, das hat mit seelsorgerischem Betreuen zu tun und das ist eine eigene Profession.

### **Fragen aus dem Publikum**

*Gibt es eine Verbindung zwischen Case Management und den Komplexleistungen nach SGB IX?*

Ralph Otte, Jurist und Geschäftsführer Bunter Kreis Augsburg: Das SGB IX lässt keinen eigenen Leistungsanspruch entstehen. Es regelt nur die Zusammenarbeit, wenn Leistungen der Krankenkasse, der Berufsgenossenschaft und der Rentenversicherungsträger möglich sind, also zum Beispiel bei Kuren oder bei Leistungen zur Wiedereingliederung.

*Es gibt für Angehörige, die alte Menschen pflegen, Schulungen. Das gibt es für Kinder nicht, weil es kaum pflegebedürftige Kinder gibt. Aber es existiert die Möglichkeit der Einzelberatung im Elternhaus nach SGB XI. Könnte man diese Finanzierung nicht auch noch einbeziehen?*

Prinzipiell ja, es gibt Möglichkeiten, die Eltern speziell anzuleiten, damit sie mit der Pflege ihrer Kinder besser zurechtzukommen. Allerdings muss man darauf achten, die sozialmedizinische Nachsorge nicht zu stark in Richtung Pflegebedürftigkeit der Kinder zu sehen, denn am Ende dieser Versorgungspfade steht ja oft nicht die Pflegebedürftigkeit, sondern die Heilung.

Es gibt aber natürlich behinderte und behindert geborene Kinder, bei denen eine Pflegeanleitung erforderlich ist. Allerdings muss man immer hinterfragen, ob das Aufgabe der Case Managerin ist. Die Case Managerin koordiniert und vernetzt. Bei einem pflegebedürftigen Kind kann das also heißen, dass sie dafür sorgt, dass die Familie eine nachhaltige Pflegeschulung bekommt, zum Beispiel über eine entsprechend qualifizierte ambulante Kinderkrankenpflege.

### **Korrespondenzadresse**

Horst Erhardt

beta Institut gGmbH, Kobelweg 95, 86156 Augsburg

Tel. 08 21 / 450 540, Fax 08 21 / 450 54-100

E-Mail [horst.erhardt@beta-institut.de](mailto:horst.erhardt@beta-institut.de)

[www.beta-institut.de](http://www.beta-institut.de)

### **Referent**

Ausbildung in Heilpädagogik, Kunsttherapie und weitere Qualifikationen im therapeutischen Bereich.

Weiterbildung zum systemischen Familientherapeuten und darüber hinaus Qualifizierung im Sozialmarketing und Sozialmanagement.

Von 1985 bis 1999 psychosozialer Mitarbeiter des Klinikums Augsburg, davon acht Jahre am Kinderkrebszentrum der Klinik für Kinder und Jugendliche vor allem in der Elternarbeit.

Gründervater des Bunten Kreises, dort bis 1999 Projektleiter und hauptamtlicher Geschäftsführer.

Seit Gründung des beta Instituts ehrenamtlicher Geschäftsführer des Bunten Kreises e.V. und Geschäftsführer des beta Instituts, dort vor allem in der Projektentwicklung, im Consulting und in der Weiterentwicklung von Case-Management-Konzepten tätig.