

Redaktion
 F. Heinen, München
 D. Reinhardt, München

A. Podeswik¹ · F. Porz² · K. Groeger³ · U. Thyen⁴

¹ beta Institut Augsburg

² Bunter Kreis Augsburg

³ Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck

⁴ Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck

Sozialmedizinische Nachsorge für schwer und chronisch kranke Kinder

Eine neue Leistung der Krankenkassen

In Deutschland erkranken und verunglücken jährlich etwa 50.000 Kinder schwer. Dazu kommen über 25.000 Früh- und Risikogeborene pro Jahr. Die Verbesserung der neonatologischen und spezialisierten pädiatrischen Behandlungsmöglichkeiten, Möglichkeiten der häuslichen, technologieunterstützten Pflege, die Senkung der Nebenwirkungen und Spätfolgen erlaubt vielen Kindern mit chronischen, auch schweren Krankheiten länger zu überleben und eine gute Lebensqualität zu erreichen. Andererseits werden Familien zunehmend durch oft komplexe, psychosoziale Problemlagen belastet, die zu neuen Herausforderungen in der medizinischen Behandlung – stationär und ambulant – führen. Die sozialmedizinische Nachsorge hilft im Übergang von der Krankenhausbehandlung zur ambulanten Versorgung. Sie ist eine neue Leistung der Krankenkassen mit dem Ziel, die Behandlung sicherzustellen und die Lebensqualität zu verbessern. Im Vordergrund stehen das Case Management, die Vernetzung und Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung. Als großer Vorteil wird die aufsuchende Hilfe angesehen. Bundesweit entstehen derzeit viele Nachsorgeeinrichtungen nach dem Modell Bunter Kreis.

Ausgangssituation

Der medizinische Fortschritt ermöglicht, dass immer mehr auch sehr kleine Frühgeborene und schwer kranke Neugeborene überleben. Kinder mit Krebserkrankungen erleben deutlich verbesserte Heilungschancen, allerdings greifen die Therapien stark ins Leben der Betroffenen und ihrer Familien ein. Patienten mit progredient verlaufenden Krankheiten (z. B. Muskelerkrankungen oder Mukoviszidose) haben viele Jahre der intensiven Therapie vor sich und müssen den kontinuierlichen Verlust an Gesundheit verarbeiten. Kinder und Jugendliche werden durch Unfälle aus ihrem Leben gerissen und müssen nach oft nur kurzen stationären Krankenhausaufenthalten die Therapie und Lebensumstellung bewältigen. Das betroffene Kind und die gesamte Familie müssen die Behandlung und/

oder Behinderung, die Unsicherheiten und die Sorgen in den Alltag integrieren.

— Gerade im Übergang zwischen stationärer und ambulanter Versorgung entsteht ein „Versorgungsloch“.

Patientenfamilien können in der Organisation, der Koordination der Therapie, der emotionalen Verarbeitung und im Krankheitsverständnis überfordert werden.

Der zunehmende Zeit- und Kostendruck im Gesundheitswesen sowie die Trennung in stationären, ambulanten und rehabilitativen Sektor stellen Behandelnde und Betroffene vor enorme Herausforderungen. Notwendige ambulante Therapien oder Untersuchungen werden beispielsweise wegen bürokratischer Hürden nicht in Anspruch genommen. Patienten

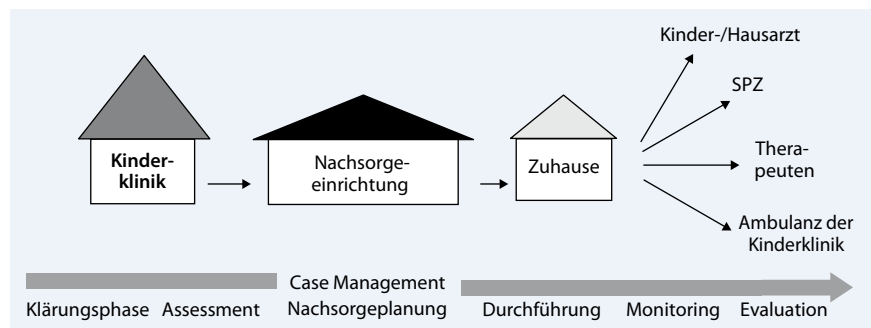


Abb. 1 ▲ Nachsorgepfad, SPZ sozialpädiatrisches Zentrum

Infobox 1

Ziele und Prinzipien der Nachsorge

Ziele der Nachsorge sind die Stabilisierung und Verbesserung der

- medizinischen Behandlungserfolge,
- gesundheitsbezogenen Lebensqualität,
- Integration der Krankheit im Alltag,
- Selbstversorgungskompetenz.

Die Nachsorge berücksichtigt die Leitprinzipien der

- Ganzheitlichkeit – Entwicklungsorientierung,
- Familien-, System- und Ressourcenorientierung,
- Bedarfs- und Bedürfnisorientierung,
- Wissenschaftlichkeit und Wirtschaftlichkeit.

Weiterführende Informationen

Internetlinks

- www.bunter-kreis.de
- www.bunte-kreise-deutschland.de
- www.beta-institut.de

Buchtipp

Podeswik A, Kanth E, Schreiber-Gollwitzer B et al (2007) Praxishandbuch pädiatrische Nachsorge – Modell Bunter Kreis – Mit Grundlagen, ausführlicher Praxisbeschreibung und Hinweisen zum Aufbau einer anerkannten Nachsorgeeinrichtung durch die Krankenkassen. beta Institutsverlag, Augsburg

mit multiplen Belastungen erleben eine unkoordinierte, nicht aufeinander abgestimmte Versorgung, da niemand über die Zeit oder die Kompetenzen verfügt, sich um die Koordination zu bemühen [8]. Familien aus anderen Kulturkreisen, mit Sprachverständnisschwierigkeiten oder finanziellen Sorgen erhalten notwendige Hilfen oft nicht, da unser Sozial- und Gesundheitswesen selbst für Experten völlig unübersichtlich geworden ist. Die Inanspruchnahme gesundheitlicher Leistungen, insbesondere im präventiven und psychosozialen Bereich, ist in Familien mit Migrationshintergrund besonders gering [1]. Es fehlt nicht an kompetenter medizinischer Behandlung in Deutschland, sondern an Unterstützung in Organisation, Koordination, psychosozialen Hilfen und menschlicher Begleitung.

Sozialmedizinische Nachsorge

Definition

Die sozialmedizinische Nachsorge nach §43 Abs. 2 SGB (Sozialgesetzbuch) V ist eine Ergänzung zu den bestehenden Versorgungsmöglichkeiten für chronisch und schwerstkranke Kinder und Jugendliche [4]. Sie setzt am Ende des Krankenhausaufenthalts an, hilft, den Übergang nach Hause zu meistern, organisiert und koordiniert die ambulanten Therapien, Beratungen und Schulungen sowie Rehabilitationsleistungen. Sie begleitet die Patientenfamilien in den ersten Wochen zu Hause, entlastet emotional und hilft in der Bewältigung des Alltags. Auch die Überleitung und die begrenzte Begleitung im Rahmen der Palliativphase eines Kindes können über die sozialmedizinische Nachsorge angeboten werden (■ Infobox 1).

- **Die sozialmedizinische Nachsorge ist eine aufsuchende Hilfe, d. h. sie kommt zum Patienten.**

Nachsorgemitarbeiter besuchen den Patienten bereits auf der Station, kommen zu ihm nach Hause und begleiten ihn zu Therapieeinrichtungen. Die Nachsorge ist interdisziplinär, d. h. die Mitarbeiter kommen aus den Bereichen Pflege, Sozialpädagogik, Psychologie und dem ärztlichen Bereich. Bei Bedarf werden weitere Fachkräfte des Gesundheitswesens hinzugezogen.

Zielgruppen

Nachsorge wird für hochbelastete Patienten und ihre Familien geleistet. Damit die gesetzlichen Krankenkassen die Nachsorge fördern, müssen bestimmte Diagnosen (ICD 10, internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme) vorliegen (vgl. Indikationsliste der Rahmenempfehlung der Spitzenverbände [10]); beispielsweise können Kinder nach Frühgeburt, mit Fehlbildungen, mit Krebs-, Herz- oder Stoffwechselerkrankungen, mit neurologischen Krankheiten oder nach massiven Verletzungen sozialmedizinische Nachsorge erhalten. Im begründeten Einzelfall kann bei Diagnosen außerhalb der Indikationsliste Nachsorge beantragt werden.

Für alle Patientengruppen müssen die Belastungen nach der internationalen Klassifikation für Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF, zu diesem Thema s. [7]) in 3 Bereichen aufgeschlüsselt werden.

1. Bei einem Kind müssen mindestens 2 schwere Probleme bei den so genannten Körperstrukturen und/oder -funktionen vorliegen. Dies bedeutet für Früh- und Neugeborene beispielsweise Hirnblutungen oder Ateminsuffizienz; für krebskranke Kinder Beeinträchtigung der Blutbildung und anderer Organfunktionen infolge eines Tumors; für Kinder mit Mukoviszidose massives Untergewicht und chronische Atemstörung, für Kinder mit Diabetes erhebliche Stoffwechsellagen oder für Patienten mit Spina bifida die Lähmung der unteren Extremitäten und Inkontinenz. Als Funktionsstörungen gelten auch psychische Auffälligkeiten oder Anpassungsstörungen.
2. Zusätzlich muss noch mindestens ein Problem aus den Bereichen der Aktivitäten und/oder Teilhabe am Alltag vorhanden sein. Für Frühgeborene trifft dies beispielhaft zu bei Ernährungsproblemen oder häuslicher Sauerstofftherapie. Für chronisch Kranke bedeutet dies, dass sie beispielsweise nicht oder nur begrenzt in den Kindergarten oder die Schule gehen können, ihre Freiräume in der Freizeit z. B. durch Behinderungen oder Therapiemaßnahmen (z. B. Sauerstofftherapie) oder Aktivitäten wie Essen, Schlafen oder Spielen eingeschränkt sind. Bei Kleinkindern kann das gesamte Familienleben stark durch die Krankheit und Therapie beeinträchtigt sein.
3. Ergänzend muss noch ein gravierendes Problem aus der Umwelt vorhanden sein. Hierzu zählen schlechte Erreichbarkeit oder ein geringes Angebot von Therapien, Beratungen oder Schulungen, soziale, finanzielle oder sprachliche Probleme, schwierige Elternkonstellationen oder somatische oder psychische Krankheiten von Bezugspersonen. Auch Probleme aus Einstellungen, z. B. Ablehnung eines Kindes im Kindergarten, können hier aufgeführt werden.

Ablauf und Durchführung

Erste Voraussetzung zur Durchführung von Nachsorge ist, dass überhaupt das Angebot einer solchen existiert, d. h. eine Nachsorgeeinrichtung vorhanden ist. Die bisherigen Nachsorgeeinrichtungen sind entweder Teil einer Kinderklinik oder dieser angegliedert oder haben mit einer Klinik eine Kooperationsvereinbarung geschlossen. Sollen Nachsorgekosten von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen werden, muss die Nachsorgeeinrichtung von den Krankenkassen als Leistungserbringer für sozialmedizinische Nachsorge anerkannt sein (vgl. Rahmenvereinbarung [9] und Empfehlungen [10] der Spitzenverbände der Krankenkassen).

— Nachsorge wird mit dem Handlungskonzept des Case Managements durchgeführt.

Dieses gliedert sich in die Phasen Intake, Assessment, Nachsorgeplanung, Durchführung, Monitoring und Evaluation (▣ **Abb. 1**), [2, 3].

Intake

In dieser ersten Phase wird geklärt, ob ein Kind bzw. seine Familie Nachsorge benötigen. In der Regel bespricht sich das Stationsteam, ob sozialmedizinische Nachsorge notwendig und hilfreich ist. Anschließend wird der Case Manager über die Patientenfamilie informiert. In einem ersten Gespräch wird die Familie über das Angebot der Nachsorge aufgeklärt. Diese kann während des stationären Klinik- oder Rehabilitationsaufenthalts oder im Anschluss in einem Zeitraum von 6 Wochen vom behandelnden Kinder-/Hausarzt verordnet werden. Sie beginnt in der Regel bereits während des stationären Aufenthalts und ist somit wirklich eine Sektoren übergreifende Leistung.

Ist die Indikation gegeben und geben die Erziehungsberechtigten ihr Einverständnis, wird die sozialmedizinische Nachsorge mit der Verordnung begonnen.

Assessment

Die Nachsorge startet mit dem ganzheitlichen Assessment, das medizinische,

Monatsschr Kinderheilkd 2009 · 157:129–135 DOI 10.1007/s00112-008-1838-0
© Springer Medizin Verlag 2009

A. Podeswik · F. Porz · K. Groeger · U. Thyen

Sozialmedizinische Nachsorge für schwer und chronisch kranke Kinder. Eine neue Leistung der Krankenkassen

Zusammenfassung

Die medizinische Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit schweren und chronischen Erkrankungen kann durch sozialmedizinische Nachsorge im Übergang von stationärer zu ambulanter Betreuung verbessert werden. Nachsorgemitarbeiter vernetzen, koordinieren, klären auf, beraten, unterstützen in der Krankheitsbewältigung und begleiten die Patientenfamilie zu Helfern im Sozial- und Gesundheitswesen. Sozialmedizinische Nachsorge wird nach dem Konzept des Case Managements durchgeführt und ist oft eine aufsuchende Hilfe. Sie wird von den Kranken-

kassen gefördert, Leistungserbringer müssen von ihnen zur Durchführung anerkannt sein. Die Nachsorge nach dem Modell Bunter Kreis ist wissenschaftlich evaluiert, von den Krankenkassen akzeptiert und gilt als Modell für inzwischen 47 Nachsorgeeinrichtungen in Deutschland. Diese haben sich im Qualitätsverbund Bunter Kreis zusammengeschlossen.

Schlüsselwörter

Chronische Krankheiten · Kinder · Sozialmedizinische Nachsorge · Case Management · Pflegerische Entlassungsplanung

Ambulatory aftercare of children and adolescents with severe and chronic conditions. A new benefit of the German health insurances

Abstract

Coordinated ambulatory aftercare of children and adolescents with severe and chronic conditions will improve the transition from inpatient to outpatient care. Aftercare professionals network within and outside the aftercare team, coordinating services and educating and counselling parents, family members, and professionals. They support adaptation and coping processes, accompany the parents to other welfare and health care services, and empower families to access needed services. Aftercare follows the principles of case management and includes home-based services and home visits. Social medical aftercare is supported by the German health in-

surances, so care providers must be certified and accredited in order to be reimbursed. The aftercare concept described here, called "Bunter Kreis" (Colourful Circle), has been scientifically evaluated, accredited by the health insurance and health boards, and serves as a model for over 47 aftercare organizations in Germany. These organisations are connected in a quality network, "Qualitätsverbund Bunter Kreis".

Keywords

Chronic condition · Children · Aftercare · Case management · Discharge planning

Tab. 1 Aufstellung der Nachsorgeleistungen

Nachsorgeleistung	Inhalte und Beschreibung
Helferkonferenzen	Durchführung und Beteiligung an interdisziplinären Helferkonferenzen
Krisenmanagement	Erstellung eines Krisenplans und Unterstützung bei der Umsetzung
Information über Versorgungsangebote	Aufklärung und Information über Behandlungsleistungen und Leistungserbringer
Koordinierung der Versorgung	Kontaktanbahnung Vermittlung und Koordinierung der ambulanten Versorgung inklusive der ambulanten Klinikleistungen und allen externen Vernetzungspartnern
Förderung der Kommunikation	Strukturierung und Sicherstellung der Kommunikation zwischen allen an der Versorgung Beteiligten
Förderung des Krankheitsverständnisses	Weiterführende Aufklärung zur Förderung des Krankheitsverständnisses einschließlich der Besprechung des Nutzens von z. B. Therapieformen, regelmäßigen Kontrollen, Beratungen, Schulungen bezogen auf den individuellen Krankheitsverlauf immer in enger Abstimmung mit dem Behandlungsteam und niedergelassenen Arzt
Unterstützung in alltags- und krankheitsbezogenen Aufgaben	Motivierung und Unterstützung bei der Bewältigung alltagsbezogener Anforderungen (Anpassung des Familienalltags an das kranke oder behinderte Kind, Information für Kindergarten oder Schule) und krankheitsbezogener Versorgungsaufgaben (Integration der Behandlungsmaßnahmen im Alltag)
Wissensvermittlung zum Versorgungsnetzwerk	Erläuterung der Aufgaben von Vertragspartnern wie Arzt, interdisziplinäre Frühförderstellen, sozialpädiatrische Zentren, Selbsthilfegruppen, Jugendhilfe, Beratungsstellen usw.
Hilfe beim Abbau von Ängsten	Im Zusammenhang mit der Versorgung (Vorbereitung auf Operationen, invasive Behandlungen, Sorgen vor Spätfolgen usw.)
Elternbezogene Hilfe zur Selbsthilfe	Ermütigung der Eltern zu selbstständigen Aktivitäten, z. B. beim Handling, der Pflege, der Therapie- oder Ernährungsanpassung, dem Aufbau von Mobilität und des Wissenserwerbs
Patientenbezogene Hilfe zur Selbsthilfe	Anleitung und Ermütigung des Kindes zu selbstständigen Aktivitäten in Bezug auf die Selbstversorgung; je nach Alter und Entwicklungsstand
Begleitung zu Vertragspartnern	Bei Bedarf, z. B. bei massiven Ängsten oder Verständigungsproblemen

pflegerische, psychosoziale, seelsorgerische und diätetische Aspekte berücksichtigt und diese nach dem Klassifikationsschema der ICF dokumentiert. Die medizinische Problemlage (Ateminsuffizienz, Herzprobleme, Stoffwechseleinstellung, Handling, Ernährungsprobleme usw.) wird genauso erfasst wie zusätzliche Belastungen aus dem psychologischen (Motivation, Empowerment, psychische Auffälligkeiten oder gar Störungen, Integrationsprobleme usw.) und dem sozialen Bereich (Familienstatus, finanzielle und rechtliche Probleme, Sprachverständnisschwierigkeiten oder kulturelle Probleme). Je nach Notwendigkeit können direkt Maßnahmen zur Krisenintervention eingeleitet werden.

Nachsorgeplanung

Im interdisziplinären Nachsorgeteam, in Absprache mit Fachkräften aus dem Stations-/Behandlungsteam und Mitgliedern der Familie, wird ein Hilfeplan mit Interventionszielen und Leistungen erstellt, wobei der fachliche Bedarf, aber auch das Bedürfnis der Patientenfamilie zu berücksichtigen sind.

Durchführung

Die Nachsorge wird durch qualifizierte Casemanager nach DGCC (Deutsche Gesellschaft für Case- und Care-Management) durchgeführt. Der Nachsorgeteamer kann Mitglied im Behandlungsteam oder umgekehrt können beispielsweise eine Kinderkrankenschwester, ein Mitarbeiter des Sozialdiensts oder eine Fachkraft wie ein Diabetesberater Mitglied des Nachsorgeteams sein und die Nachsorge durchführen.

Für die sozialmedizinische Nachsorge können nach einem stationären Aufenthalt 20 h und bei Bedarf Verlängerungen von jeweils 10 h durch die Krankenkassen bewilligt werden. Die möglichen Nachsorgeleistungen sind in **Tab. 1** dargestellt [5].

Monitoring

Es wird darauf geachtet, dass alle Leistungen möglichst erfolgreich durchgeführt werden und zum Nachsorgeplan passen. Ergeben sich während der Nachsorge Abweichungen vom Hilfeplan, wird dieser während des Prozesses modifiziert.

Evaluation

Sie bildet den Abschluss der Nachsorge. Es wird überprüft, ob und inwieweit die

Therapieziele erreicht wurden bzw. in anderen Einrichtungen fortgeschrieben werden. Die Nachsorge wird beendet, und die Patienten werden von bestehenden Einrichtungen (z. B. sozialpädiatrischen Zentren oder Klinikambulanzen) weiter versorgt. Die Nachsorge übergibt die Patientenfamilie mit einem Abschlussbericht und erfragt die Zufriedenheit mit der Nachsorge bei Patienten/Eltern und ggf. Vernetzungspartnern. Bei Kindern mit chronischen Krankheiten oder Behinderungen bedeutet dies möglichst die Integration im ambulanten Behandlungszentrum oder einer Behinderteneinrichtung und für die medizinischen Probleme die Anbindung beim Kinder- oder Hausarzt.

Abrechnung

Die sozialmedizinische Nachsorge ist eine Pflichtleistung der gesetzlichen Krankenkassen (vgl. §43 Abs. 2 SGB V). Dieser Paragraph wurde nach einer Gesetzesinitiative des Augsburger Bunten Kreises, des Qualitätsverbundes Bunter Kreis und des beta Instituts im Gesundheitsmodernisierungsgesetz 2004 aufgenommen und 2008 erweitert. In Zusammenarbeit mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen wurden anschließend im Juli 2005 die

Hier steht eine Anzeige.



Rahmenvereinbarung und Empfehlungen veröffentlicht und im Juli 2008 angepasst [9, 10]. Somit besteht seit dieser Zeit die Möglichkeit, dass eine Einrichtung sich als Leistungserbringer von sozialmedizinischer Nachsorge von den Krankenkassen eines Bundeslandes anerkennen lässt und einen Vertrag zur Leistungserbringung und Vergütung schließt.

➤ **Nachsorgeeinrichtungen sind auf zusätzliche Finanzierungssäulen angewiesen**

Die Krankenkassen müssen die Finanzierung der sozialmedizinischen Nachsorge übernehmen, alle anderen Leistungen eines Nachsorgezentrums werden nicht bezahlt – die Kostenerstattung über Krankenkassen ist für ein Nachsorgezentrum nach dem Modell Bunter Kreis nicht Kosten deckend. Aus diesem Grund sind Nachsorgeeinrichtungen auf zusätzliche Finanzierungssäulen angewiesen.

Nachsorgemodell Bunter Kreis

Der Bunte Kreis Augsburg begann 1990 mit dem Aufbau der Nachsorge für krebs-, chronisch und schwerstkranke Kinder und Jugendliche sowie ihre Familien. Zu Beginn wurde die Nachsorge vorrangig von Kinderkrankenschwestern durchgeführt, 1998 kam es zum ersten Vertrag mit den regionalen Krankenkassen, sodass anschließend Nachsorgeleistungen der Pflege, Sozialpädagogik, Psychologie und Diätetik in Rechnung gestellt werden konnten. Die Verbreitung des Nachsorgemodells Bunter Kreis in Deutschland erforderte einerseits, die Effektivität und Effizienz nachzuweisen, sowie andererseits, eine bundesweite Abrechnungsmöglichkeit für die Nachsorge zu schaffen.

➤ **Nachsorge nach dem Modell Bunter Kreis ist effizient**

In der sozioökonomischen Studie konnte die Effizienz der Nachsorge nach dem Modell Bunter Kreis bei Früh- und Risikogeborenen nachgewiesen werden [11]. Die Effektivität einer frühen Begleitung und Nachsorge bei Frühgeborenen konnte mittels einer prospektiven randomisier-

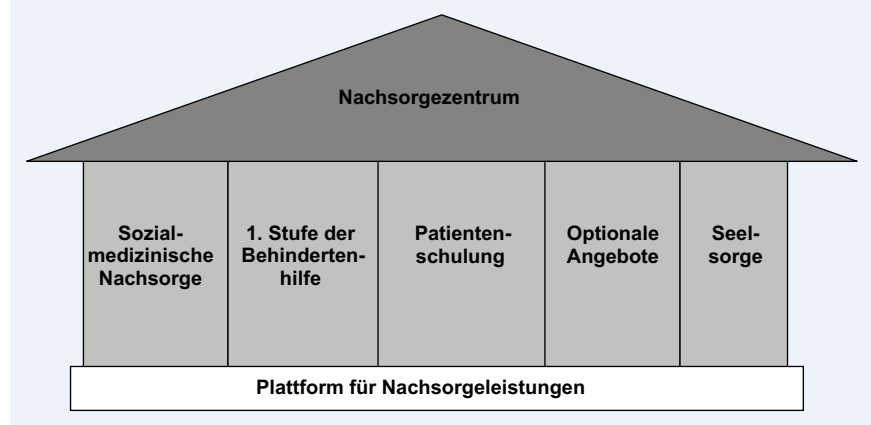


Abb. 2 ▲ Nachsorgezentrum „Modell Bunter Kreis“

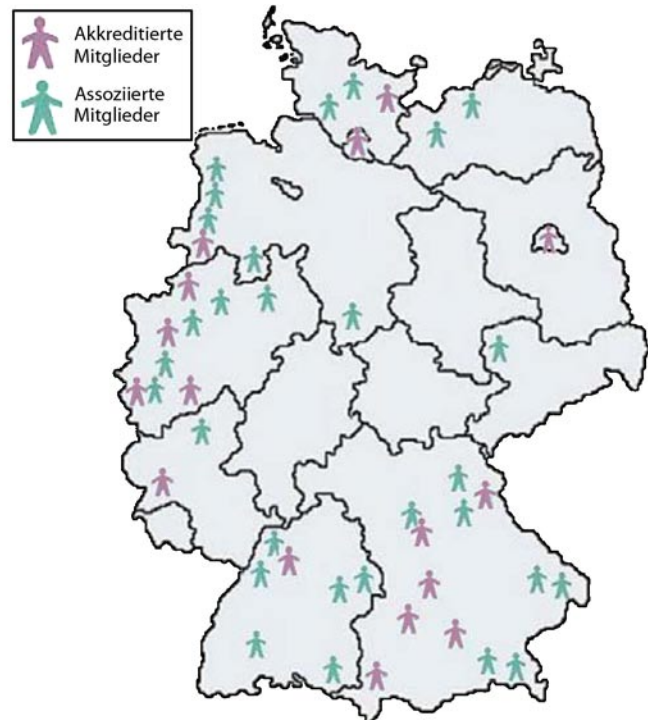


Abb. 3 ► Die Nachsorgeeinrichtungen des Qualitätsverbundes Bunter Kreis Deutschland, s. auch Infobox 2

ten Studie gezeigt werden: Mütter der Interventionsgruppe mit Nachsorge zeigten in der Videointeraktionsbeobachtung eine verbesserte mütterliche Sensitivität und Mutter-Kind-Interaktion, die Kinder wiesen höhere Scores für die emotionale Regulation auf, die Paarbeziehung zeigte sich im Verlauf in der Interventionsgruppe weniger belastet als in der Kontrollgruppe. Die Kinder der Interventionsgruppe mussten seltener wieder stationär aufgenommen werden und benötigten weniger ambulante Untersuchungen in der Klinik. Die Mütter der Interventionsgruppe fühlten sich besser über Nachbetreuungsangebote informiert und waren besser vernetzt.

Nachsorge durch speziell geschulte Case Managerinnen reduziert somit die Familienbelastung, verbessert die Mutter-Kind-Interaktion und die emotionale Regulation der Frühgeborenen, was zu einer positiven Gesamtentwicklung der hoch belasteten Kinder beiträgt. Nachsorge ist ferner sozioökonomisch sinnvoll, da die Zahl der stationären und ambulanten Klinikaufenthalte reduziert werden konnte und die Mütter besser mit weiteren Nachbetreuungsangeboten vernetzt waren [6].

Die Nachsorge nach dem Verständnis des Modells Bunter Kreis kann mit einer Plattform verglichen werden, auf der mehrere Leistungen angeboten werden. So werden sozialmedizinische Nachsorge,

Infobox 2

Nachsorgeeinrichtungen des Qualitätsverbundes Bunter Kreis Deutschland

Schleswig-Holstein

Lübeck, Heide/Neumünster, Itzehoe

Hamburg

In Hamburg gibt es 3 Nachsorgeeinrichtungen.

Mecklenburg-Vorpommern

Schwerin, Rostock

Berlin

In Berlin gibt es 3 Nachsorgeeinrichtungen.

Sachsen

Leipzig

Bayern

Bayreuth, Weiden, Amberg, Fürth, Nürnberg, Neuburg, Augsburg, München (2 Nachsorgeeinrichtungen), Deggendorf, Passau, Traunstein, Rosenheim, Kempten

Baden-Württemberg

Meckenbeuren/Ravensburg, Villingen, Göppingen, Aalen, Heilbronn, Heidelberg, Karlsruhe

Rheinland-Pfalz

Trier, Neuwied

Nordrhein-Westfalen

Bonn, Düren, Düsseldorf, Aachen, Herne/Datteln, Steinhausen, Ahlen, Coesfeld

Niedersachsen

Osnabrück, Göttingen, Lingen, Meppen, Papenburg, Leer

Luxemburg

In Luxemburg gibt es 1 Nachsorgeeinrichtung.

die erste Stufe der Behindertenhilfe, eine psychosoziale Leistung (öffentliche Förderung der Bezirke in Bayern), Patientenschulungen, Seelsorge und optionale Leistungen (Ernährungsberatung, Psychotherapie, Geschwisterkinderbetreuung, familienentlastender Dienst usw.) angeboten. Alle Leistungen werden – wie in **Abb. 2** zusammengefasst – unter dem Dach des Nachsorgezentrums erbracht.

Alle Nachsorgeangebote werden nach dem Konzept des Case Managements durchgeführt, sind untereinander vernetzt und qualitätsgesichert.

— Für die Familien ist das Angebot nach dem Nachsorgemodell Bunter Kreis kostenlos.

Die Finanzierung des Bunten Kreises beruht auf 6 Säulen:

1. Kostenerstattung durch die Krankenkassen

2. In Bayern: öffentliche Förderung durch die Bezirke
3. Spenden und Sponsoring
4. Bußgelder
5. Kirchliche Zuwendungen
6. Mittel aus Stiftungen

Bundesweite Verteilung der Nachsorgeeinrichtungen

Der Qualitätsverbund Bunter Kreis Deutschland (QV) wurde 2002 durch 8 Nachsorgeeinrichtungen gegründet, inzwischen sind über 50 Einrichtungen Mitglied (**Abb. 3**, **Infobox 2**).

Der QV hat die Aufgabe der bundesweiten Interessenvertretung, der Sicherstellung der Qualität durch Fortbildungen und der gemeinsame Forschung. Die betapharm Nachsorgestiftung ist Träger des QV.

Alle Einrichtungen, die nach dem Modell Bunter Kreis arbeiten, verfolgen das Ziel, die Qualität dieses Modells zu sichern und fortzuentwickeln. Jede Nachsorgeeinrichtung, die sich auf das Modell beruft, muss die vorgeschriebene Qualität erbringen. Aus diesem Grund gibt es ein Qualitätsmanagementsystem mit entsprechenden Audits, was auf hohe Anerkennung bei den Krankenkassen stößt.

Fazit

Die sozialmedizinische Nachsorge ist eine ergänzende Leistung zu bestehenden Versorgungsmöglichkeiten, die insbesondere bei sozial hoch belasteten Kindern und Familien eingesetzt wird. Sie schließt Lücken im Übergang von der stationären zur ambulanten Versorgung, stellt die Kommunikation sowie Koordination sicher und entlastet durch ihre aufsuchende Hilfe die Patientenfamilien. Der Aufbau von Nachsorgeeinrichtungen oder -abteilungen beginnt an vielen Orten. Im Regelfall wird die Nachsorge für mehrere Krankheitsbilder etabliert, dadurch können Synergien im Personalbereich und in der Finanzierung genutzt werden. Der Aufbau einer Nachsorgeeinrichtung ist immer eine Netzwerkaufgabe, die mit vielen Herausforderungen verbunden ist. Die Mühen lohnen sich jedoch, wie durch die wissenschaftliche Evaluation von Nachsorgeeinrichtungen gezeigt werden konnte.

Anmerkung

Die betapharm Nachsorgestiftung ist Träger des Qualitätsverbundes und für ihr Bürgerschaftliches Engagement vielfältig ausgezeichnet.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. U. Thyen



Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck, Ratzeburger Allee 160, 23538 Lübeck

thyen@paedia.ukl.mu-luebeck.de

Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Kamtsurius P, Bergmann E, Rattay P, Schlaud M (2007) Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Ergebnisse des Kinder- und Jugendsurveys (KIGGS). Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 50:836–850
2. Löcherbach P (Hrsg) (2005) Case Management. 3. Aufl. Reinhardt, München
3. Podeswik A, Fromme F (2007) Sozialmedizinische Nachsorge in der pädiatrischen Diabetologie. Diabetologie 3(5):357–363
4. Porz F, Erhardt H, beta Institut für sozialmedizinische Forschung und Entwicklung gGmbH (2003) Case Management in der Kinder- und Jugendmedizin. Thieme, Stuttgart
5. Porz F, Podeswik A, Erhardt H (2005) Case Management in der Sozialpädiatrie. In: Löcherbach P (Hrsg) Case Management. 3. Aufl. Ernst Reinhardt, München Basel
6. Porz F, Diedrich M, Bartmann P (2006) Familienorientierte Nachsorge bei Frühgeborenen fördert die Mutter-Kind-Interaktion und reduziert die mütterlichen Belastungen – Ergebnisse einer randomisierten Studie. Z Geburtshilfe Neonatol 210:5
7. Schuntermann MF (2007) Einführung in die ICF. Grundkurs – Übungen – Offene Fragen. ecomed, Landsberg
8. Thyen U, Meyer C, Morfeld M et al (2000) Lücken in der Gesundheitsversorgung und Belastungen von Familien mit chronisch kranken und behinderten Kindern. Kinderarztl Prax 71:276–286
9. Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. (VdAK) (2008) Rahmenvereinbarung der Spitzenverbände nach § 43 Abs. 2 SGB V. VdAK, Siegburg, http://www.vdak.de/sozialmedizinische_nachsorge.htm
10. Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. (VdAK) (2008) Empfehlungen der Spitzenverbände nach § 132c SGB V. VdAK, Siegburg, http://www.vdak.de/sozialmedizinische_nachsorge.htm
11. Wiedemann T (2005) Wirtschaftlichkeit und Effektivität verbesserter ambulant-stationärer Verzahnung durch Case Management. Peter Lang, Europäischer Verlag der Wissenschaften, Frankfurt