

SCHLAGANFALL- LOTS*INNEN | Ein Ansatz zur Optimierung einer komplexen Versorgungslage

Anke Siebdrat; Michael Brinkmeier

Zusammenfassung | Der Artikel setzt sich mit der Versorgung von Schlaganfall-Patient*innen durch sogenannte Schlaganfall-Lots*innen auseinander. Deren Tätigkeit orientiert sich am Ansatz des Case Managements und stellt die individuelle optimale Versorgung der Patient*innen in den Mittelpunkt. Der Beitrag zeigt schließlich auf, wie Schlaganfall-Lots*innen langfristig durch SGB-übergreifende Denkansätze im deutschen Gesundheitssystem verankert werden können.

Abstract | This article deals with the care of stroke patients as provided by so-called stroke pilots. Their occupation is oriented at the case management approach and is aimed at optimal individual care of patients. It concludes by showing how a permanent integration of stroke pilots into the German health care system can succeed via cross-sectionally approaches concerning the German Social Code.

Schlüsselwörter ► Schlaganfall

► Versorgung ► Gesundheitswesen ► Konzeption
► Case Management ► Care ► Sozialgesetzbuch

1 Ausgangssituation | Dieser Artikel befasst sich mit der Versorgung von Schlaganfall-Patient*innen durch Case-Manager*innen, den sogenannten Schlaganfall-Lots*innen, sowie mit der zukünftigen Übernahme dieses Ansatzes in die Regelversorgung.

Die demografische Entwicklung Deutschlands zeichnet sich durch die Zunahme einer älter werdenden Bevölkerung aus. Den Prognosen des Sachverständigenrats zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung zufolge wird im Jahr 2060 jede*r Dritte über 65 Jahre alt sein und jede*r Siebte das 80. Lebensjahr überschritten haben (SVR 2011, S. 2). Das deutsche Gesundheitssystem muss sich auf die typischen Alterserkrankungen wie den Schlaganfall, der häufig mit einer Zunahme der Multimorbidität einhergeht, einstellen (Amelung 2011, S. 6). Das

Gesundheitswesen bietet zwar eine Vielzahl an Angeboten für chronisch kranke Patient*innen, diese Angebote sind aber in der Regel nicht vernetzt und stehen für sich allein. Trotz oder gerade wegen der vielen Spezialisierungen können Patient*innen vordergründig auf eine Menge an Behandlungsmöglichkeiten zurückgreifen, aber eben immer schlechter einschätzen, welches Angebot individuell für sie das Richtige ist (Schaeffer; Ewers 2006, S. 199).

Durch diese sektorale Zergliederung ist das Versorgungssystem so unübersichtlich, dass der Zugang der Patient*innen zu den für sie richtigen Anlaufstellen faktisch erschwert wird. Hinzu kommt, dass die Interessen der einzelnen Akteur*innen nicht kongruent, sondern abhängig von ihrer Stellung im Gesundheitssystem sind und den bestehenden unterschiedlichen Anreizsystemen unterliegen (Jaeckel; Schatz 2015, S. 49). Gerade bei Schlaganfall-Patient*innen ist die Versorgung sehr individuell und komplex. Bei dieser Patient*innengruppe und bei Patient*innen mit anderen chronischen Krankheitsbildern kommt es daher zu Qualitätsverlusten, unnötigen Doppeluntersuchungen und zu nicht abgestimmten Behandlungsabläufen (Wiegand et al. 2009, S. 32). Eine optimale Allokation der Ressourcen findet nicht statt, was zur Über-, Unter- und Fehlversorgung im System führt (SVR 2001, zitiert nach Jaeckel; Schatz 2015, S. 50).

Eine Koordination der einzelnen Sektoren wird zwingend erforderlich, um potenzielle Versorgungslücken möglichst frühzeitig zu erkennen und zu verhindern sowie um eine optimale Versorgung gewährleisten zu können (Kögerl 2006, S. 7). In den letzten Jahren gab es durch den Gesetzgeber einige Bestrebungen, die starren und unflexiblen Strukturen des Gesundheitssystems, speziell die der gesetzlichen Krankenkassen, aufzubrechen (Henke; Hilbert 2009, zitiert nach Gersch et al. 2010, S. 2 ff.). Laut § 11 Abs. 4 des fünften Sozialgesetzbuches (SGB V) haben Patient*innen mit chronischen Erkrankungen Anspruch auf ein Versorgungsmanagement, damit Übergänge der Sektoren besser koordiniert und die Vernetzung der Akteur*innen gewährleistet werden können. Näheres zur Schließung der Versorgungslücken ist hier nicht beschrieben. Der Paragraph ist nicht sanktionierbar, das heißt man kann gegenüber den Kassen keinen Anspruch darauf einklagen. Innerhalb des fünften Sozialgesetzbuches sind die Ursachen für diese sektorale Zergliederung allein schon im Gesundheitssystem

und darüber hinaus im Sozialsystem sicherlich auf die speziellen Gesetzgebungen und das eigene Finanzierungssystem der einzelnen Sektoren zurückzuführen.

Eine Aufhebung der Barrieren auf Systemebene erschien bislang aufgrund der Komplexität nicht realisierbar. Um diesen Herausforderungen zu begegnen, wurden für Schlaganfall-Patient*innen sowie für Patient*innen mit anderen chronischen Krankheitsbildern mittlerweile neue Versorgungsformen entwickelt. Eine Lösungsmöglichkeit auf niederschwelliger Ebene ist der Ansatz des Case Managements, das seinen Ursprung in der pflegerischen und Sozialen Arbeit hat. Im Case Management stehen die Patient*innen im Fokus des Versorgungsprozesses. Es hat zum Ziel, potenziell auftretende Versorgungslücken im Vorfeld zu beheben oder zumindest zum Teil zu kompensieren. Ein solches Modell wird im Projekt der sogenannten Schlaganfall-Lots*innen realisiert.

2 Konsequenzen der Indikation Schlaganfall für die Betroffenen | Der Schlaganfall ist mit 270 000 Betroffenen jährlich eine der großen Volkskrankheiten in Deutschland. Aufgrund der demografischen Entwicklung wird die Zahl weiter steigen. Der Schlaganfall ist auch der häufigste Grund für Behinderungen im Erwachsenenalter (*Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe* 2018). Fast zwei Drittel der Überlebenden sind dauerhaft auf Unterstützung, Therapie, Hilfsmittel oder Pflege angewiesen.

Wirft man einen Blick auf die Versorgungskette, so zeigt sich die Notfallversorgung durch das sehr gut organisierte Rettungswesen schnell und zuverlässig wie in kaum einem anderen Land. Auch die Akutversorgung befindet sich auf einem hohen Qualitätsniveau. Über 330 zertifizierte Stroke Units (Schlaganfall-Spezialstationen) und telemedizinische Netzwerke für ländliche Gebiete sorgen für eine fast flächendeckend hervorragende Versorgung. Probleme gibt es an den Schnittstellen zur Rehabilitation und Nachsorge. Die Rehabilitation hat in den vergangenen Jahren ebenfalls stark aufgeholt. Sie kann fast ausschließlich auf evidenzbasierte, wissenschaftlich fundierte Therapiekonzepte setzen; jedoch ist die Einbettung in eine outcome-orientierte Versorgung noch nicht perfekt. Die Schnittstelle zur Nachsorge weist sehr häufig Versorgungslücken auf oder, positiv formuliert, es besteht in der Nachsorge nach wie vor viel Potenzial für Verbesserungen und neue Versor-

gungskonzepte. So sorgen lange Therapiepausen nach dem Klinikaufenthalt dafür, dass sich erste Erfolge zurückbilden, was für die Patient*innen schlimme Auswirkungen hat und sich für das System als sehr kostspielig herausstellt. Die weitere Rehabilitation der Patient*innen ist abhängig vom sozialen Status und den familiären Verhältnissen. Ein großer Teil der Patient*innen ist mit der selbstständigen Organisation der weiteren Behandlung überfordert.

Eine große WHO-Studie hat gezeigt, dass sich nach kurzer Zeit nur noch 50 Prozent der chronisch kranken Patient*innen therapietreu verhalten (*Sabaté* 2003). Insbesondere Schlaganfall-Patient*innen brauchen Anleitung, Beratung und Motivation, sonst ist die Gefahr für einen zweiten, oft deutlich schwereren Schlaganfall sehr groß. Rund ein Drittel der Patient*innen, so schätzen Ärzt*innen und Psycholog*innen, entwickelt nach dem Schlaganfall eine depressive Erkrankung. Häufig wird sie nicht erkannt und behandelt (*Paolucci et al.* 2006, S. 556 ff.).

3 Das Projekt STROKE OWL | Nach Erfahrungen aus vorgelagerten Projekten mit Schlaganfall-Lots*innen hat die Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe¹ die Relevanz gesehen, das am Ansatz des Case Managements orientierte Format der Schlaganfall-Lots*innen zu erarbeiten und weiterzuentwickeln, um möglichst allen Patient*innen den Zugang zu dieser Leistung zu ermöglichen. Im September 2017 startete das Projekt STROKE OWL (Sektorenübergreifend organisiertes Versorgungsmanagement komplexer chronischer Erkrankungen am Beispiel Schlaganfall durch Schlaganfall-Lots*innen in der Region Ostwestfalen-Lippe). Das Projekt wird über den Innovationsfonds des Bundes mit einer Fördersumme von rund sieben Millionen Euro finanziert. Die Projektlaufzeit endet voraussichtlich im Herbst 2021.

Die Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe hatte zu diesem Projekt den Anstoß gegeben und ist Konsortialführer. Die Konsortialpartner setzen sich zusammen aus der Universität Bielefeld für die projektbegleitende Evaluation, Offis e.V. (Institut für Informatik, Oldenburg) für die Umsetzung der digitalen Belots-

¹ Seit 1993 setzt sich die Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe unabhängig und gemeinwohlorientiert dafür ein, Schlaganfälle zu verhindern, die Versorgung der Patient*innen zu verbessern und Betroffenen und deren Angehörigen zu helfen (www.schlaganfall-hilfe.de). Sie ist eine selbstständige Stiftung des öffentlichen Rechts mit Sitz in Gütersloh.

ungsakte, welche die Lots*innen nutzen, der KVWL (Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe), der Techniker Krankenkasse und der IKK classic. An das Projekt sind vertraglich verbindlich weitere Kooperationspartner angeschlossen, unter anderem alle größeren gesetzlichen Krankenkassen, die Akutkliniken mit zertifizierter Stroke Unit, die neurologischen Rehakliniken und verschiedene Netzwerke von Ärzt*innen in Ostwestfalen-Lippe.

In der Projektlaufzeit sollen etwa 1500 Patient*innen von unseren 17 Schlaganfall-Lots*innen betreut werden. Die Universität Bielefeld wertet Gesundheitsdaten, die Lebensqualität und die Selbstständigkeit der Patient*innen zu unterschiedlichen Zeitpunkten aus und vergleicht die Werte mit zwei Vergleichsgruppen von Patient*innen, deren Alter und Lebensbedingungen den ostwestfälischen Patient*innen ähneln (Krankenkassen-Daten). Erwartet wird, dass die OWL-Gruppe gesünder abschneidet, weniger wiederholte Schlaganfälle erleidet und eine höhere Lebenszufriedenheit erreicht.

4 Die Schlaganfall-Lots*innen im Projekt STROKE OWL | Die Schlaganfall-Lots*innen arbeiten als Case- und Care-Manager*innen und betreuen ihre Patient*innen ein Jahr lang – von der Aufnahme in der Stroke Unit bis in die Nachsorge. Sie verfügen über einen sozialberaterischen, therapeutischen oder einen pflegerischen Hintergrund, häufig auch mit Bachelor- oder Masterabschlüssen, sowie über langjährige Erfahrungen in der Schlaganfall-Versorgung.

Das Ziel der Lots*innentätigkeit ist eine optimierte Versorgung der Schlaganfallpatient*innen mittels Aufklärung und einer optimalen Koordination von Leistungen im Sinne der Patient*innen. Zusätzlich klären die Lots*innen über die persönlichen Risikofaktoren auf und unterstützen die Patient*innen bei einer oft erforderlichen Veränderung ihres Lebensstils. Dies ist notwendig, um eine Vermeidung von Reziden, also erneuten Schlaganfällen, oder anderen Folgeerkrankungen zu vermeiden.

Da die Qualität der Versorgung der Patient*innen sehr wichtig ist, hat die Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe gemeinsam mit einem von der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management (DGCC) akkreditierten Bildungsinstitut eine Weiterbildungs-

maßnahme entwickelt. Vor Beginn ihrer Tätigkeit wurde den Lots*innen das Basismodul Case Management vermittelt und gleichzeitig wurden sie auf die Tätigkeit und Rolle als Schlaganfall-Lots*innen vorbereitet. Zusätzlich zu der Weiterbildung wurden weitere fachspezifische Schulungen durchgeführt. In monatlichen Abständen treffen sich die Lots*innen und Koordinator*innen der Stiftung zu gemeinsamen sogenannten Qualitätszirkeln, in denen auftretende Abweichungen vom Standardprozess besprochen werden. Diese Abweichungen können Lücken in der Versorgungslandschaft der jeweiligen Region sein, Schwierigkeiten im Umgang mit der im Projekt zu nutzenden digitalen Belohnungsakte, Schnittstellenproblematiken oder auch inhaltliche Fragen. Zusätzlich zu den Zirkeln bietet die Schlaganfall-Hilfe regelmäßige kollegiale Beratungen an, in denen bestimmte Problemstellungen in einem systematischen Verfahren besprochen und gelöst werden.

Durch die Erfahrungen aus den STROKE OWL vorgelagerten Projekten hat die Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe wichtige Erkenntnisse generiert, welche vorbereitenden Tätigkeiten für die erfolgreiche Praxis als Lots*in elementar sind. Insbesondere der Aufbau verbindlicher Netzwerkstrukturen und Schnittstellen ist eine Voraussetzung für einen möglichst reibungslosen Ablauf bei der Lots*innentätigkeit.

4-1 Die Arbeit der Lots*innen auf der Fall-ebene | 4-1-1 Akutphase | Wie in der Abbildung 1 dargestellt, orientieren sich Schlaganfall-Lots*innen am Case-Management-Regelkreis. Das Intake, also die Aufnahme der Patient*innen in das Unterstützungssystem, findet schon in den Akutkliniken statt. Aus diesem Grund sind unsere Schlaganfall-Lots*innen auch in den kooperierenden Akutkliniken verortet, aber im Projekt überwiegend bei der Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe angestellt, um ein autonomes Handeln im Sinne der Patient*innen sicherzustellen. Die Patient*innen werden kurz nach der Aufnahme in die Akutklinik von der oder dem Schlaganfall-Lots*in aufgesucht, und zwar nach den im Projekt definierten Ein- und Ausschlusskriterien und nach Rücksprache mit den behandelnden Oberärzt*innen.

Nach Einwilligung in das Projekt findet ein ausführliches Assessment statt, das die subjektiven und objektiven Bedarfe der Patient*innen erfasst. Hier werden alle wesentlichen Bereiche beleuchtet und

Abbildung 1: Lotsentätigkeiten entlang der Versorgungskette

Akutversorgung

- › Intake
- › Assessment
- › Serviceplanung
- › Linking
- › Datenerhebung T₀
- › Überleitungsbogen Hausarzt und ggf. Rehabilitation

Rehabilitation

- › Besuch vor Ort
- › Monitoring, ggf. Re-Assessment
- › Serviceplanung aktualisiert
- › Linking aktualisiert
- › Überleitungsbogen Hausarzt

Nachsorge

- › Monitoring, ggf. Re-Assessment
- › Serviceplanung aktualisiert
- › Linking aktualisiert
- › Datenerhebung T₁₋₃
- › Mindestens ein Hausbesuch
- › Telefonkontakte

Sektorenübergreifende Begleitung der Patient*innen über 12 Monate

- › Durchführung des Case-Management-Regelkreises
- › Wahrnehmung der Case-Management-Funktionen (hier auch neutrale Aufstellung der Lots*innen im System)
- › Aufklärung, Unterstützung und Motivation im Bereich der Risikofaktoren
- › Unterstützung der Compliance und Adhärenz
- › Ermittlung und Dokumentation der im Projekt geforderten Daten

im Sinne der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) auch die persönlichen und die Kontextfaktoren für das weitere Vorgehen berücksichtigt. Das persönliche Netzwerk der Betroffenen wird eingebunden und auf Ressourcen und Probleme hin untersucht. Gemeinsam mit ihnen wird eine Hilfeplanung formuliert. Diese umfasst die mit ihnen erarbeiteten Ziele sowie die Maßnahmen, die erfolgen müssen, um die Ziele zu erreichen. Gleichzeitig definieren die Lots*innen gemeinsam mit den Patient*innen, wer für die Umsetzung und wer für die Koordination der Leistung verantwortlich ist und in welchem Zeitrahmen die Leistung umgesetzt sein muss. Hier gilt stets das Prinzip der Subsidiarität: Im Sinne des Empowerment-Gedankens sind die Patient*innen die erste Instanz für die Umsetzung von Maßnahmen. Als weitere Instanzen werden das informelle Netzwerk aus dem persönlichen Umfeld und zuletzt das formelle Netzwerk der professionellen Leistungserbringer*innen eingebunden. Alle Akteur*innen befinden sich auf gleicher hierarchischer Ebene und handeln entsprechend gleichberechtigt.

Ein weiteres wichtiges Ziel der Lots*innen ist es, Überlastungen im informellen Netzwerk aufzuspüren und darauf entsprechend zu reagieren. Die Einbindung des tertiären Netzwerkes spielt hier eine wichtige Rolle, nämlich die Einbindung der Selbsthilfegruppen. Hier kann die Stiftung auf viele von ihr selbst gegründete oder betreute und sehr gut geführte Gruppen in Ostwestfalen-Lippe zurückgreifen. Die Lots*innen ersetzen in ihrem Handeln keine bereits etablierten professionellen Akteur*innen, sondern verbinden sich

mit ihnen und arbeiten gemeinsam an einer guten und im Sinne der Patient*innen geplanten Koordination. Um eine bessere sektorale Vernetzung zu gewährleisten, informieren die Lots*innen schon während der Akutklinikphase die behandelnden niedergelassenen Ärzt*innen über das Ereignis und über wesentliche Schritte, die eingeleitet werden sollen. Dieser Wunsch entstand in den gemeinsamen Gesprächen mit den Ärzt*innen zur Optimierung der Schnittstellen durch die Lots*innen. Hier gab es nicht selten auch wesentliche Rückmeldungen der niedergelassenen Ärzt*innen, die zu einer optimierten Versorgung der Patient*innen schon in der Akutklinik beitrugen.

4-1-2 Rehapphase | Bei den meisten Patient*innen, die durch die Lots*innen betreut werden, steht nach der Akutklinik ein Reha-Aufenthalt an. Dieser wird im engen Austausch mit dem Sozialdienst des Akutkrankenhauses koordiniert. Die Lots*innen übernehmen an dieser Stelle ausdrücklich keine schon etablierten fachspezifischen Tätigkeiten und greifen nicht in bereits bestehende Abläufe ein.

Um die Nachsorge optimal zu unterstützen, besuchen die Lots*innen die Patient*innen zeitnah in der Rehaklinik. Im Vorfeld des Besuchs erhält die Klinik Unterlagen durch die Lots*innen, wie etwa einen Überleitungsbogen mit wesentlichen Informationen, die nicht in den Entlassbriefen enthalten sind, die Einwilligungserklärung und die Datenschutzerklärung. Der Besuch vor Ort in der Rehabilitation wird durch die Lots*innen gegen Mitte bis Ende des Reha-Aufenthaltes durchgeführt. Hier werden mit den für die Patient*innen relevanten Akteur*innen, manchmal

auch innerhalb des interdisziplinären Teams vor Ort, die Nachsorge und die noch einzuleitenden Schritte besprochen.

4-1-3 Häusliche Nachsorge | Nach der Entlassung aus der Rehaklinik besuchen die Lots*innen die Patient*innen innerhalb der ersten Woche zu Hause, um mögliche Versorgungsbrüche frühzeitig zu identifizieren und diesen entgegenzuwirken sowie Maßnahmen zur Optimierung einzuleiten. Die Lots*innen aktualisieren den Hilfeplan, informieren ausführlich, machen wesentliche Informationen transparent und binden alle relevanten Akteur*innen mit ein. Sie sind für mögliche Überlastungen der Patient*innen oder des gesamten informellen Netzwerks sensibilisiert und wirken diesen entgegen.

Die Schlaganfall-Lots*innen setzen in der Beratung ihren Schwerpunkt auf die Versorgungssituation, die psychische Situation und die individuellen Risikofaktoren. Da die Beratungen mit dem informellen wie auch dem formellen Netzwerk eine wesentliche Rolle spielen, absolvieren die Lots*innen eine Weiterbildung zum Motivational Interviewing. Dies ist ein Verfahren, das den Lots*innen sowohl beim Assessment hilft, die wesentlichen Informationen etwa ohne die Nutzung von Suggestivfragen zu erhalten, als auch in konflikthafter Situationen unterstützt, adäquat zu reagieren.

Das Monitoring der Schlaganfall-Versorgung durch Lots*innen zeichnet sich durch zwei Modi aus. Das passive Monitoring verläuft durchgängig. Hier finden regelmäßige Patient*innen- und Netzwerkkontakte statt und die Planung wird überwacht. Das aktive Monitoring erfolgt in einem regelmäßigen Abstand von drei Monaten innerhalb des ersten Jahres nach dem Schlaganfall. Hierbei werden die Hilfeplanung aktualisiert, die Compliance, im Sinne einer Einhaltung von Medikations- und Therapieplan, überprüft und Daten für die projektbegleitende Evaluation erfasst. Bei auftretenden Ereignissen, die einer besonderen Unterstützung bedürfen, führen die Lots*innen einen erneuten Hausbesuch durch. Bei gravierenden Veränderungen in der Hilfeplanung wird ein sogenanntes Re-Assessment durchgeführt.

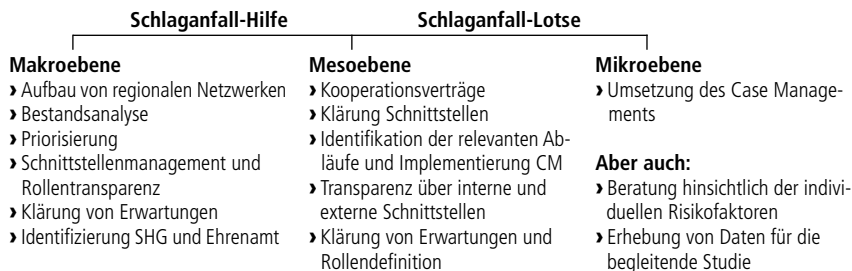
Die Betreuung endet nach einem Jahr. Zum Schluss erfolgt mit den Patient*innen gemeinsam eine Abschlussevaluation, in der der Verlauf noch-

mals beleuchtet, Veränderungen besprochen und mögliche weitere Vorkehrungen detailliert geplant werden, unter anderem Empfehlungen für Selbsthilfegruppen. Die Lots*innen arbeiten mithilfe einer digitalen Belotsungsakte, in die alle Unterlagen eingebettet sind. Sie benötigen nur diese Akte als Instrument für ihre Arbeit. Die Daten können mithilfe der Belotsungsakte direkt an die Universität Bielefeld zur Auswertung gesendet werden. Die digitale Belotsungsakte soll die Arbeit der Lots*innen nach Möglichkeit erleichtern.

4-2 Arbeit der Lots*innen und der Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe auf der Systemebene | Wie in Abbildung 2 dargestellt, arbeiten die Lots*innen auf den vorgestellten drei Ebenen. Die Mikroebene bildet den gesamten Case-Management-Regelkreis auf Fallebene ab. Die Meso- und die Makroebene stellen die Bedingungen dar, die für einen reibungslosen Ablauf der Lots*innentätigkeit auf der Systemebene nötig sind. Diese beiden Ebenen werden von den Lots*innen und von der Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe gemeinsam bedient. Die Stiftung hat vor Projektbeginn und während des Projektverlaufes Strukturen geschaffen, die für eine Lots*innentätigkeit unabdingbar sind. Dazu gehört der Aufbau eines Netzwerkes, bestehend aus den Akutkliniken mit zertifizierter Stroke Unit, aus den Rehabilitationseinrichtungen in Ostwestfalen-Lippe, der Kassenärztlichen Vereinigung, den gesetzlichen Krankenversicherungen, den niedergelassenen Ärzt*innen und vielen mehr. Hier wurden Schnittstellen definiert und vertraglich geregelt.

Durch eine proaktive Öffentlichkeitsarbeit wurden das Projekt und seine Inhalte in der Region bekannt gemacht. In den Organisationen, insbesondere in den Akutkliniken, wurden Abläufe besprochen sowie die Voraussetzungen geschaffen, die eine reibungslose Arbeit der Lots*innen ermöglichen. Die Lots*innen „leben“ diesen Prozess, indem sie die Abläufe vor Ort optimieren und modifizieren sowie regionale Netzwerke schaffen und pflegen. Versorgungsbrüche auf Systemebene werden von ihnen erfasst und an die Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe weitergeleitet. Indem die Stiftung die Versorgungslücken auf Systemebene transparent macht, kann sie durch ihre Netzwerkarbeit eine Optimierung des Versorgungssystems erreichen.

Abbildung 2: Systemische Einordnung der Arbeit der Lots*innen und der Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe



5 Finanzierung und Governance | Die Finanzierung der Schlaganfall-Lots*innen im Projekt STROKE OWL erfolgt durch den Innovationsfonds des Bundes. Rechtlich handelt es sich nicht um Steuergelder, sondern um Mittel beziehungsweise Versichertengelder, die über das fünfte Sozialgesetzbuch (SGB V) bereitgestellt werden. Projekte, die in die Förderung durch den Innovationsfonds aufgenommen werden, haben die politische Zusage bekommen, dass sie nach erfolgreicher Evaluation in die Regelversorgung übernommen werden. Das macht neben der großzügigen Finanzierung den Status eines Innovationsfonds-Projektes so attraktiv.

Es stellt sich natürlich die Frage, wie die dauerhafte Finanzierung von Patient*innen- oder Gesundheitslots*innen (die Schlaganfall-Lots*innen sind nur ein Beispiel einer relevanten Indikation) genau aussehen soll. Auf Fragen der Übergangsfinanzierung zwischen Projektende und Regelversorgungsentscheidung nach der Evaluation wird hier nicht weiter eingegangen. Vielmehr soll hier das „End Game“ einer dauerhaften und flächendeckenden Regelversorgung mit Lots*innen beschrieben werden, denn dies wird fundamentale Auswirkungen auf den Bereich der gesundheitlichen und sozialen Daseinsfürsorge haben.

5-1 SGB-übergreifendes Denkmodell | Ausgangspunkt der Überlegungen zu Finanzierung und Governance ist, dass die Lots*innenleistung keine rein durch die gesetzliche Krankenversicherung geregelte Leistung ist (SGB V). Wie oben beschrieben, tangiert sie verschiedenste Sozialgesetze und -leistungen, wie etwa die der gesetzlichen Rentenversicherung (SGB VI), der Rehabilitation und Teilhabe (SGB IX) und der Pflegeversicherung (SGB XI). Aber auch weitere, wie zum Beispiel die Grundsicherung (SGB XII, SGB II),

können berührt werden. Würde man nun die rechtliche Verankerung der Lots*innen in nur einem dieser Sozialgesetzbücher vornehmen, übernehme man die Logik eben desselben, ließe aber die Handlungslogiken der anderen Sozialgesetzbücher außen vor. Damit würde man die organisatorische Schieflage des bestehenden Systems nur verstärken und die Zielsetzungen des Case Managements könnten nicht erreicht werden.

Der Schlüssel zur Lösung dieser Herausforderung liegt in dem Verständnis, dass Case Management im engeren Sinne keine Versorgungsform ist, so wie man sie verbreitet im Gesundheitswesen versteht. Case- und Care-Manager*innen geben keine Spritzen, sie pflegen nicht und sie führen keine fachpsychologischen Gespräche. Sie koordinieren. Aber sie tun dies in einer empathischen Weise, so dass die Koordinierung von den Betroffenen auch als First-Level-Support für die eigentlichen Versorgungsleistungen empfunden wird. Damit handeln die Lots*innen nicht nur sektorübergreifend, sondern tatsächlich sektorunabhängig. Die Herausforderung ist nun, diese Sektorunabhängigkeit auch gesetzlich zu verankern.

5-2 Ein Lösungsansatz | Wie könnte eine solche gesetzliche Verankerung aussehen? Im ersten Sozialgesetzbuch (SGB I) wird nach unserer Vorstellung zukünftig eine neue Leistungsart „Case und Care Management“ (vulgo Lots*in) festgeschrieben: „Menschen mit komplexen Versorgungsbedarf haben Anspruch auf Case und Care Management.“ In dieser sehr generischen Formulierung steckt schon der Anspruch, dass die Lots*innenleistung am Ende weit über die eigentliche Gesundheitsversorgung hinausgehen muss. Das allein reicht aber noch nicht: Die Lots*innenleistung würde auch in den verschiedenen relevanten Sozialgesetzbüchern verankert. Auf einer „Positivliste“ für die Refinanzierung stehen dann die-

jenigen Indikationen oder Lebenslagen, für die ein Case und Care Management als sinnvoll bewertet worden ist.

Konkret würde zum Beispiel eine Ärztin bei einem Schlaganfall eine Lots*innenverordnung ausstellen und den Lots*innengrad auf einer Skala von eins bis fünf einschätzen. Ein mittelschwerer Schlaganfall hätte dann den Grad vier, was einem fiskalischen Wert von etwa 1000 Euro entspricht. Ein leichter Schlaganfall oder ein Diabetes-Fall käme auf einen Lots*innengrad zwei in Höhe von geschätzten 300 Euro. Die Lots*innen würden dann diese Pauschale für ihre Tätigkeit erhalten.

Die Steuerung der Lots*innentätigkeit wird regional verantwortet, denn es sind die Akteur*innen in der Region, die das größte Interesse daran haben, dass es den Betroffenen besser geht. Bezüglich der Finanzierung bedürfte es der Bildung eines Mischfonds aus den Sozialgesetzbüchern auf Bundesebene. Sicherlich würde der Großteil aus SGB-V-Geldern bestehen, aber auch SGB-XI-Gelder und andere müssten zur Finanzierung beitragen. Dieses Bundes-Lots*innengeld würde dann von den formalen Belastungen aus seiner jeweiligen Quelle „reingewaschen“ und geschlüsselt auf die Länder verteilt. Diese geben es nach definierten Kriterien an die Regionen weiter. Die Regionen müssten dann die Bereitstellung der Lots*innenleistung sicherstellen. Dies kann durch freiberufliche Kräfte erfolgen oder durch eigene Angestellte zum Beispiel beim Kreis oder bei der Stadt.

Die hier skizzierten Überlegungen sind mittlerweile aus der Ebene des theoretischen Diskurses herausgetreten und befinden sich im politischen Diskurs. Unabhängig von der Parteizugehörigkeit stehen jetzt schon viele Gesundheits- und Sozialpolitiker*innen der Weiterentwicklung und Ausdehnung des Case Managements offen gegenüber. Es ist darum davon auszugehen, dass in der nächsten Wahlperiode dazu politische Beschlüsse im Parlament gefasst werden.

6 Ausblick: Auf dem Weg zum SGB Null |

Entscheidend ist, dass bei der Festsetzung neuer Rahmenbedingungen für das Case Management die Grundstrukturen so gestaltet sind, dass sich die meisten Case- und Care-Management-Aktivitäten darin wiederfinden können. Damit wäre eine Ausweitung auf bereits zahlreich existierende Case-Management-

Projekte möglich. In Ostwestfalen-Lippe gibt es zum Beispiel die Überlegung, nun auch Lots*innenprojekte mit klarem sozialen Hintergrund in die gleiche Logik des Case Managements einzufügen. Die Einbindung der Erfahrungen aus anderen Bereichen der Sozialen Arbeit, wie etwa der Quartiersarbeit, der Bildungsarbeit und dem persönlichen Budget, halten wir in diesem Zusammenhang für sinnvoll und notwendig. Die Abbildung auf gesetzlicher Ebene sollte in einem Artikelgesetz erfolgen, welches wir „Sozialgesetzbuch Null“ nennen. Damit soll deutlich werden, dass sich die personenzentrierte koordinierende Tätigkeit des Case Managements wie ein Deckblatt über alle weiterhin existierenden Leistungsarten legt, welche die Sozialgesetzbücher ermöglichen.

In jedem Fall ist die Zielrichtung, die gesetzliche Grundlage für eine Leistungsart zu schaffen, die das Grundproblem des Gesundheits- und Sozialwesens in Deutschland direkt adressiert, nämlich die (historisch gewachsene) angebotsorientierte Struktur – man könnte auch kritisch formulieren: anbieterorientierte Struktur. Denn diese ist es, die es den Betroffenen selbst nicht mehr erlaubt, ihren Anspruch auf Selbstbestimmtheit auch wirklich leben zu können. Es ist die tragische Ironie des Sozialwesens, dass ihre schiere Menge an unterschiedlichen Angeboten zu dem Umstand geführt hat, dass die daraus entstandene Unüberschaubarkeit die optimale Wirkung ad personam eben praktisch nicht mehr erreichbar werden lässt. Dies lässt sich nicht mit noch mehr „More of the same“-Angeboten lösen, nicht mit mehr Angebotsvariationen und auch nicht mit Künstlicher Intelligenz, wie manche meinen. Es löst sich nur mit politischer Intelligenz: Mit der Bereitschaft, sich konsequent von einer angebotsorientierten hin zu einer nachfrageorientierten Struktur zu bewegen.

Anke Siebdrat, Gesundheitswissenschaftlerin M.A., ist bei der Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe für die fachliche Beratung Case- und Care-Management zuständig. Sie ist zudem zertifizierte Ausbilderin für Case- und Care-Manager*innen (DGCC). E-Mail: anke.siebdrat@schlaganfall-hilfe.de

Dr. Michael Brinkmeier ist Vorstandsvorsitzender der Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe. Der promovierte Physiker war zuvor bei den Unternehmensberatungen McKinsey und Accenture tätig und von 2000 bis 2012 Landtagsabgeordneter in Nordrhein-Westfalen. E-Mail: michael.brinkmeier@schlaganfall-hilfe.de

DIGITALE BILDUNG FÜR VÄTER | Der YouTube-Channel „Vaterglück“

Matthias Scheibe

Dieser Beitrag wurde im Rahmen einer Peer Review begutachtet und am 13.2.2020 zur Veröffentlichung angenommen.

Literatur

Amelung, Volker E.: Neue Versorgungsformen auf dem Prüfstand. In: Amelung, Volker; Eble, Susanne; Hildebrandt, Helmut (Hrsg.): Innovatives Versorgungsmanagement. Berlin 2011, S. 3-17

Gersch, Martin; Lindert, Ralf; Schröder, Susanne: Managementgesellschaften – Gelegenheitsfenster für branchenfremde Akteure im Gesundheitswesen. In: https://www.wiwiiss.fu-berlin.de/fachbereich/bwl/pwo/gersch/ressourcen/E-Health/Gersch-Lindert-Schroeder_2010_Managementgesellschaften_Gelegenheitsfenster_fuer_branchenfremde_Akteure_im_Gesundheitswesen.pdf (veröffentlicht 2010, abgerufen am 1.11.2019)

Jaeckel, Roger; Schatz, Isabelle: Einfluss innovativer Versorgungsformen auf eine stärkere Patientenorientierung im Gesundheitswesen. In: Amelung, Volker E.; Eble, Susanne; Hildebrandt, Helmut; Knieps, Franz; Lägél, Ralph; Ozegowski, Susanne; Schlenker, Rolf-Ulrich; Sjuts, Ralf (Hrsg.): Patientenorientierung. Schlüssel für mehr Qualität. Berlin 2015, S. 48-55

Kögerl, Charlotte: Schlaganfallpatienten und pflegende Angehörige in der postakuten Phase. Gütersloh 2006

Paolucci, Stefano; Gandolfo, Caterina; Provinciali, Leandro; Torta, Ricardo; Toso, Vito: The Italian multicenter observational study on post-stroke depression (DESTRO). In: Journal of Neurology 5/2006, pp. 556-562

Sabaté, Eduardo: Adherence to long-term therapies. Evidence for action. Geneva 2003 (http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_full_report.pdf; abgerufen am 14.5.2020)

Schaeffer, Doris; Ewers, Michael: Integrierte Versorgung nach deutschem Muster. In: Zeitschrift für Pflegewissenschaft 11/2006, S. 197-209

SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung: Herausforderungen des demografischen Wandels. Expertise im Auftrag der Bundesregierung. Paderborn 2011(https://www.sachverstaendigenrat-wirtschaft.de/fileadmin/dateiablage/Expertisen/2011/expertise_2011-demografischer-wandel.pdf; abgerufen am 1.11.2019)

Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe: Mögliche Folgen eines Schlaganfalls. In: <https://www.schlaganfall-hilfe.de/de/verstehen-vermeiden/folgen-eines-schlaganfalls/allgemein> (veröffentlicht 2018, abgerufen am 5.11.2019)

Wiegand, Bernd; Jung, Eberhard; Heuzeroth, Volker: Die integrierte Versorgung in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Ein Leitfadens. Berlin 2009

Zusammenfassung | Das Internet ermöglicht Betroffenen, sich selbstständig über Themen zu informieren. Dies ist vor allem dann sinnvoll, wenn sie Angebote der Sozialen Arbeit nicht wahrnehmen können. In diesem Beitrag werden die Chancen und Grenzen von Online-Selbstbildungsangeboten diskutiert, indem Väterbildung und Digitalisierung verschränkt werden. Am Beispiel des YouTube-Channels „Vaterglück“ wird gezeigt, wie Männer webbasiert unterstützt werden können, ihre Rolle in der Familie zu finden.

Abstract | The internet enables those affected to collect information independently. This is particularly helpful in cases where they cannot make use of social work offers. This article discusses the opportunities and limits of online self-education opportunities by interlinking father training and digitization. The example of the YouTube channel „Vaterglück“ (Joy of fatherhood) shows how male parents can be supported in a web-based way to find their role in the family.

Schlüsselwörter ▶ Elternbildung ▶ Väterarbeit
▶ Säugling ▶ Digitalisierung ▶ Web 2.0

Einleitung | In den überregionalen deutschsprachigen Printmedien wird spätestens seit Beginn des 21. Jahrhunderts kontinuierlich darauf hingewiesen, dass für die gelingende Entwicklung von Jungen der regelmäßige Kontakt zu realen Männern sehr bedeutsam ist. Letztere werden in denselben Veröffentlichungen weiterhin als tendenziell abwesend beschrieben. Diesem Umstand wird eine enorme gesellschaftlich „zersetzende“ Wirkung bescheinigt. Die journalistischen Beschreibungen sind dabei jedoch selten differenziert und die Darstellung ist somit oft stark verkürzt (Fegter 2014). So wird sowohl die Tatsache ignoriert, dass sich mittlerweile etwa zwei Drittel der Väter stärker bei der Versorgung und Erziehung von Kindern einbringen wollen (Wippermann 2014, S. 112), als auch der Umstand, dass nicht nur Söhne, sondern