Masterarbeit

eingereicht von

Kathrin Zima, BSc.

Matr. Nr. 0312473

Case Management im Krankenhaus in Österreich und Deutschland

(Case Management in Austrian and German hospitals)

zur Erlangung des akademischen Grades

Master of Science

(MSc)

an der

Medizinischen Universität Graz

ausgeführt am

Institut für Pflegewissenschaften

unter der Anleitung von

Univ. Prof. Dr. Reinhard Ammer, MA, MBA, DBA, 1. Betreuer

und

Mag.[a] Dr.[in] Monika Hoffberger, 2. Betreuerin

Graz, 23. März 2010

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre hiermit ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Graz am, 23.03.2010

Inhaltsverzeichnis

Eidesstattliche Erklärung I
Inhaltsverzeichnis II
Abkürzungen V
Glossar VI
Abbildungsverzeichnis IX
Tabellenverzeichnis IX
Zusammenfassung X
Abstract XI

1. Einleitung 1
   1.1. Zielsetzung und Begründung der Arbeit 1
   1.2. Methodik und Aufbau der Arbeit 3
2. Definitionen/ Begriffsklärung 5
   2.1. Case Management 5
   2.2. Managed Care 7
   2.3. Disease Management 9
   2.4. Care Management 9
   2.5. Fall 10
   2.6. Managen 11
3. Geschichte und Entwicklung des Case Management 12
   3.1. Die Geschichte des US-amerikanischen Case Management 12
   3.2. Entwicklungsgeschichte des Case Management international 14
4. Inhalt des Case Managements 17
   4.1. Ziele 17
   4.2. Case Management lässt sich in drei organisatorische Funktionen unterteilen 18
   4.2.1. Case Management durch neutrale Instanzen (Koordinierungsstellen) 18
   4.2.2. Case Management durch Leistungserbringer/innen 18
   4.2.3. Case Management durch Kosten-bzw. Leistungsträger 19
   4.3. Vier spezifische Funktionen des Case Management-Konzept für die Organisation Krankenhaus 20
   4.4. Kernfunktionen und Aufgaben von Case Management 21

4.4.1. „Advocacy“ oder anwaltschaftliche Funktion 21
4.4.2. „Broker“ oder die vermittelnde Funktion 23
4.4.3. „Gate-Keeper“ oder die selektierende Funktion 24
4.5. Schritte des Case-Management-Prozesses/Regelkreis 26
4.5.1. Identifikation 27
4.5.2. Assessment 27
4.5.3. Planung des Versorgungsplans 27
4.5.4. Implementierung des Versorgungsplans 28
4.5.5. Monitoring und Re-Assessment 28
4.5.6. Evaluation und Abschluss 29
4.6. „System-driven case management“ versus „consumer-driven archetyp“ 30
4.7. Case Management im Krankenhaus 32
4.8. Anforderung bei der Implementierung von Case Management auf der Systemebene in Krankenhäusern 35
4.9. Konsequenzen der Implementierungsanforderung für das Krankenhaus 37
5. Praxisbeispiele, Anwendung von Case Management in Krankenanstalten in Österreich und Deutschland 39
5.1. Österreich 39
5.1.1. Wiener „Patientenorientierte integrierte Krankenbetreuung“ (PIK) – indirektes Entlassungsmanagement 42
5.1.2. Krankenhaus „Göttlicher Heiland“ 44
5.1.3. Entlassungsmanagement durch ambulante Arbeiterorganisationen im Kaiser-Franz-Josef-Spital der Stadt Wien: Case Management an der Schnittstelle zwischen stationärer und extramuraler Betreuung 45
5.1.3.1. Ergebnisse der Evaluation 47
5.1.3.2. Nutzen des Entlassungsmanagements aus verschiedenen Perspektiven 47
5.1.3.3. Verbesserungsvorschläge 49
5.1.3.4. Schlussfolgerung 49
5.1.4. Entlassungsmanagement im Hartmanspital 51
5.1.5. Case Management versus Entlassungsmanagement 55
5.1.6. Überleitungspflege 57
5.2. Praxisbeispiele Deutschland 60
5.2.1. Das Kölner Modell 60
5.2.1.1. Ergebnisse des Kölner Modells 67

5.2.1.2. Der Beruf des/der Case Managers/in im Kölner Modell 67
5.2.2. Das Augsburger Modell - Case Management in der Pädiatrie – Nachsorge bei schwer und chronisch kranken Kindern und Jugendlichen 69
5.2.2.1. Case Management in der Nachsorge 71
5.2.2.2. Studie zum Bunten Kreis 72
5.2.3. Systematik zu Case Management in der Praxis 74
5.2.4. Einteilung der Praxisbeispiele Österreich und Deutschland nach der Systematik laut Löcherbach 75
6. Diskussion 77
7. Literaturverzeichnis 81

Abkürzungen

a. a. O.	am angeführten Ort
ANA	Amerikan nursing assossation
BSc.	Bachelor of Science
B-VG	Bundes Verfassungsgesetz
bzw.	Beziehungsweise
CM	Case Management
COS	Charity Organization Societies
d.h.	das heißt
DRG	Diagosis Related Group (Diagnose bezogenes Fallpauschalenvergütungssystem)
ect.	et cetera
ebda.	ebenda
et al.	und andere
e.V	eingetragener Verein
GKV	gesetzliche Krankenversicherung
Hrsg.	Herausgeber
HKP	Hauskrankenpflege
KAI-BI®	Kölner Assessment Instrument
KFJ-Spittal	Kaiser Franz Josef-Spittal
KH	Krankenhaus
LKF	Leistungsorientierte Krankenhausfinanzierung
MC	Managed Care
MTD	Medizin technischer Dienst
o.J	ohne Jahr
PfWG	Pflege- Weiterentwicklungsgesetz
PIK	Patientenorientierte integrierte Krankenbetreuung
SBG V	Sozialgesetzbuch Fünftes Buch
u.a	und anderem
UKH	Unfallkrankenhaus
Vgl.	Vergleich
z.B.	zum Beispiel
WHO	World Health Organization

Glossar

Board of Chairites	Board of Charities wurden 1863 im US-Bundesstaat Massachusetts gegründet. Dort wurde der Versorgungsbedarf von Einwanderern durch ehrenamtliche Helfer erhoben und systematisch dokumentiert[1]
Diagosis Related Group	"Diagnosebezogene Fallgruppen" hierbei handelt es sich um ein leistungsorientiertes Vergütungssystem für die allgemeinen Krankenhausleistungen, in diesem werden alle Behandlungsfälle nach pauschalierten Preisen vergütet..[2]
extramural	Bereich der niedergelassenen Versorgung[3]
formell/informell	Formelle Kommunikation folgt Regeln. Es wurde zuvor vereinbart oder festgehalten, wer wem was zu sagen hat und besonders wann und wie. Informelle Kommunikation hingegen kennt keine Reglementierungen. Es handelt sich hierbei um die Kommunikation der Emotion.[4]
intersubjektiv	Intersubjektiv bedeutet dass eine Erkenntnis nicht auf das einzelne Individuum beschränkt ist sondern andere Individuen unter den selben Voraussetzungen auch die selbe Erkenntnis erlangen[5]
intramural	Bereich von Krankenanstalten[6]
Kennzahlen	Eine Kennzahl ist eine Maßzahl, die zur Quantifizierung dient, und der eine Vorschrift zur quantitativen reproduzierbaren Messung einer Größe oder eines Zustandes oder Vorgangs zugrunde liegt. Kennzahlen werden u. a. eingesetzt, um Geschäftsprozesse messbar (und damit verbesserungsfähig) zu machen und in dieser

[1] Kurscheid, C. o.J.
[2] Gesundheitsberichterstattung des Bundes o.J.
[3] Bundesministerium für Gesundheit 2008
[4] Porta Familia o.J
[5] Vgl. Wikipedia 2010a
[6] Bundesministerium für Gesundheit 2008

	Funktion auch von Normen explizit gefordert und vorgeschrieben.[7]
Kuration	Die kurative Medizin wendet Methoden an, die Krankheitszustände beenden oder deren Fortschreiten verhindern sollen. Nicht immer ist eine Heilung im Sinne der vollständigen Wiederherstellung möglich.[8]
Medicaid- und Medicare-Programme	Bei Medicaid handelt es sich um ein Gesundheitsfürsorgeprogramm in den USA. Medicare richtet sich eher an Menschen über 65 Jahre und kennt Beiträge, Selbstbehalte und Vorleistungen wie eine klassische Krankenversicherung. Medicaid im Gegenteil dazu ist eine sozialhilfeartige Leistung und setzt eine Bedürftigkeit bzw. signifikante Verarmung des Empfängers voraus.[9]
Mesoebene	Organisationen/Institution wie z.B. Schule, Partei, Kirche[10]
Mikroebene	Kleingruppe/Individuum → Grundbedingung und Formen des sozialen Handelns[11]
Monitoring	Unter Monitoring versteht man die unmittelbare systematische Erfassung, Beobachtung oder Überwachung eines Vorgangs oder Prozesses mittels technischer Hilfsmittel oder anderer Beobachtungssysteme. Nimmt der Ablauf bzw. Prozess nicht den gewünschten Verlauf kann steuernd eingegriffen werden.[12]
Outcome	Das Outcome wird das Ergebnis, das durch eine präventive Maßnahme oder medizini-

[7] Wikipedia 2009a
[8] Wikipedia 2009b
[9] Center of Medicare & Medicaid Service 2009
[10] Guggenberger M. 2009, o.S.
[11] ebda.
[12] Wikipedia 2009c

	sche Therapie erzielt wird, als Outcome (engl., Ergebnis, Endzustand) bezeichnet.[13]
Partizipation	Beteiligung, Mitbestimmung, Einbeziehung[14]
Pfade (Patientenpfade, klinischer Pfad)	Ein klinischer Pfad die Beschreibung bzw. Festlegung der optimalen Abfolge oder Terminierung der wichtigsten Interventionen, die von allen Disziplinen bei der Versorgung eines/er Patienten/in mit einer bestimmten Diagnose oder einer Behandlung durchgeführt werden[15]
qualitative Forschung	Qualitatives Forschen ist der Versuch herauszufinden, wie Menschen einen Sachverhalt sehen, welche individuelle Bedeutung er für sie hat und welche Handlungsmotive in diesem Zusammenhang auftreten. Daraus werden Theorien konstruiert und Folgerungen für die Praxis gezogen.[16]

[13] Wikipedia 2010b
[14] Wikipedia 2010c
[15] Coffey, RJ. et al. 1992 in Pham, PT 2007, S.9
[16] Seel A. 2004, S.4

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Sozial- und gesundheitspolitische Hürden auf dem Weg zu einer integrierten und kontinuierlichen Versorgung 14
Abbildung 2: „Advocacy“ Funktion des Case Management 22
Abbildung 3: „Broker“ Funktion des Case Management 24
Abbildung 4: „Gate-Keeper“ Funktion des Case Managements 25
Abbildung 5: Case-Management-Regelkreis 26
Abbildung 6: Vorbereitung der Situation zu Hause ohne Case Management 52
Abbildung 7:Koordination der Schnittstelle CM 53
Abbildung 8: Kommunikationsstruktur vor Einführung des Case Managements 62
Abbildung 9: Kommunikationsstruktur mit Case Management 63
Abbildung 10: Systematik zur Case Management Praxis 74

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: System-driven vs. Consumer-driven Case Management 30
Tabelle 2: Verknüpfende Element der System- und Fallsteuerung 30
Tabelle 3: Hinderliche und förderliche Bedingungen bei der Implementierung von Case Management auf der Systemebene. 36

Zusammenfassung

Die vorliegende Master Thesis behandelt das Thema Case Management im Krankenhaus in den Ländern Österreich und Deutschland. Da Case Management in aller Munde ist, soll in dieser Arbeit näher erläutert werden, was genau darunter zu verstehen ist. Dies soll mit Hilfe fundierter Fachliteratur geschehen. Anhand von Praxisbeispielen soll dargestellt werden, wie Case Management tatsächlich in Einrichtungen angewendet wird. Durch die zahlreichen Veränderungen im österreichischen und deutschen Gesundheitswesen erlangte Case Management immer mehr an Bedeutung. Entscheidungsträger in Krankenhäusern stellen sich die Frage, wie sie die Versorgungsziele mit gekürzten finanziellen Mitteln erreichen und gleichzeitig die Qualität der Patienten/innenversorgung steigern können. Case Management stellt an sich den Anspruch, Ökonomisierung und Patienten/innenorientierung in Einklang zu bringen. Durch Case Management wird Unter-, Fehl- oder Überversorgung vermieden. Um diese Ziele zu erreichen, muss genau geklärt werden wie Case Management angewendet werden soll, beziehungsweise welche Kriterien von Bedeutung sind. Weiters müssen die wichtigsten Bestandteile des Case Management, nämlich die Systemsteuerung und Fallsteuerung verstanden, sowie die Implementierung von Case Management in die Organisation Krankenhaus geklärt werden. Dies bildet den theoretischen Kern dieser Arbeit.

Im zweiten Teil wird mit Hilfe von Praxisbeispielen aufgezeigt, wie die tatsächliche Umsetzung von Case Management in österreichischen und deutschen Krankenhäusern von statten geht. Schlussendlich werden diese mit Hilfe der Systematik von Löcherbach noch genauer differenziert.

Abstract

This Master Thesis deals with the topic of Case Management in Austrian and German hospitals. As everybody is talking about Case management these days, the present work tries to explain the meaning of Case Management. This is done with the help of scientifically based literature. Practical examples show how Case Management is actually executed. Due to numerous changes in the health care system in Austria and Germany, Case Management has obtained a deeper meaning lately. Management personnel in hospitals ask themselves how they can achieve their accommodation aims with lower financial efforts and simultaneously increase the quality of the patients' accommodation. Case Management claims to match economising measures with patients' orientations. By the use of Case Management under- or oversupply or inappropriate healthcare services are avoided. To reach this aim, it is important to know how Case Management works and what criteria are important. Another major fact is to understand the system-driven and consumer-driven Case Management. This is the main theoretical topic of this work.

The second part of this master thesis deals with practical examples which show how Case Management is implemented in Austrian and German hospitals. These examples are divided into different groups by the systematic of Löcherbach.

1. Einleitung

1.1. Zielsetzung und Begründung der Arbeit

Case Management entwickelt sich in vielen Einrichtungen und Organisationen immer mehr zum Modewort. Bei genauerem hinsehen handelt es sich oft allerdings nicht um Case Management, sondern bestenfalls um Teilaspekte des CM wie beispielsweise das Entlassungsmanagement. Case Management wird in zahlreichen Krankenanstalten in Österreich und Deutschland angewandt.

Somit ergeben sich die Fragestellungen wie folgt:

- Wie wird ein vollständiges Case Management in der Literatur definiert?
- Wie erfolgt in Österreich und Deutschland die Umsetzung von Case Management im Krankenhaus?
- Homogenität oder Heterogenität in der Anwendung von Case Management im Krankenhaus in Österreich und Deutschland?

Einleitend wird eine Begründung für die vorliegende Thematik dargelegt.

Im österreichischen und deutschen Gesundheitswesen ereigneten sich in den letzten Jahren große Veränderungen und Umbrüche. So kam es zu umfangreichen Umgestaltungsprozessen, die aufgrund zunehmender Ressourcenknappheit und eines steigenden Qualitätsstandards eingeleitet worden sind. Außerdem werden heute organisatorische und institutionelle Segmentierungen in Versorgungsbereichen und Behandlungsprozessen durchgeführt. Daraus ergeben sich oft große Lücken im Informationstransfer, es kommt zur Unterorder, Unterversorgung und bzw. oder zu kostenintensiven Doppelgleisigkeiten im Behandlungsverlauf. Diese Lücken im Informationsfluss entstehen oft auch durch die Nahtstellenproblematik zwischen ambulantem und stationärem Sektor. [17]
Zudem gibt es auf der Finanzierungsseite Veränderungen. Die Einführung des Diagnosebezogenen Fallpauschalenvergütungssystem (DRG) in Deutschland und der leistungsorientierten Krankenhausfinanzierung in Österreich geht mit dem Anspruch einer verkürzten Verweildauer im Krankenhaus einher. Somit wird an das System die Forderung gestellt,

[17]Vgl. Czypionka, T., et al. 2008, S. 1-2

den/die Patienten/in möglichst reibungslos und Kosten sparend durch den Behandlungsprozess zu führen. Die aktuelle Patienten/innenversorgung sollte daher sektorenübergreifend durch ein hochspezialisiertes, multiprofessionelles Team erfolgen. Hier könnte/sollte der/die Case Manager/in zwischen Erlösorientierung wie beispielsweise der Krankenanstaltenfinanzierung und Qualitätsorientierung seitens des/der Patienten/in als Vermittler/in fungieren und Versorgungsleistungen gezielt koordinieren und steuern.[18]
Ein weiterer Punkt ist die steigende Anzahl chronisch kranker und multimorbider Patienten/innen. Die Mehrheit dieser Patienten/innen ist bereits hochbetagt. Meist sind diese nicht mehr in der Lage, sich selbst Versorgungsleistungen zu organisieren. Hier könnte das Case Management greifen, indem die fehlenden Leistungen installiert werden. Dies würde dieser Patienten/innengruppe den Zugang zu Versorgungsleistungen erleichtern. Case Management zeichnet sich zudem dadurch aus, dass alle Patienten/innen die gleichen Voraussetzungen bezüglich des Zugangs zu den Versorgungsleistungen erhalten könnten.[19]

Aufgrund der dargestellten geänderten Rahmenbedingungen für das Gesundheitswesen muss es zu einer Anpassung von Arbeitsweisen bei Diensten und Einrichtungen kommen. Wie bereits erwähnt, wird rationalisiert und Kosten sparend vorgegangen, ohne Qualität ein zu büßen. Das Gegenteil sollte der Fall sein! Qualität muss kontinuierlich gesteigert werden. Es muss zu einer intensiveren Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Professionen kommen. Die Koordination in der Ressourcennutzung und Leistungserbringung muss in den Vordergrund treten. Um dies zu erreichen, muss sich ein neues Verständnis von Management in den Gesundheitsdiensten, die am Menschen erbracht werden, verbreiten. Dieses „neue Management“, soll für Kooperation und Koordination, für Kontrolle von Kosten und Qualität stehen. Somit sollen unnötige bzw. unwirksame Leistungen vermieden bzw. verhindert werden. Dieses Ziel kann nur erreicht werden indem die gesamte Arbeitsweise genau betrachtet und überprüft wird.[20]

Die Grundlage dieser Arbeit über Case Management basiert auf all den zuvor erwähnten Aspekten. Case Management stellt den Anspruch, effektives und effizientes Arbeiten so-

[18] Vgl. ebda.
[19] Vgl. a. a. O., S.2
[20] Vgl. Wendt, W.R. 2008, S.7

wie eine bessere Gestaltung von Prozessen leisten zu können. Dies trifft besonders auf komplexe Versorgungsprobleme zu.[21]
Case Management besteht auf eine integrierte Versorgung durch die Nutzung formeller und informeller Ressourcen. Ziel ist eine möglichst rationelle Leistungserbringung. Das Verfahren des Case Management verlangt Zweckmäßigkeit und Wirksamkeit von jedem Schritt des Prozesses. Transparenz ist unbedingt nötig damit alle Maßnahmen ihrer Reihenfolge aufeinander abgestimmt werden können. Dadurch kann das System kontrollieret und evaluieret werden, um Auskunft darüber zu erlangen wann, was und wo geschehen ist. [22]

1.2. Methodik und Aufbau der Arbeit

Zur Beantwortung der zuvor aufgelisteten Fragestellung wird die Methode der Literaturrecherche verwendet. Durch Recherche in Fachliteratur zum Thema Case Management soll genau geklärt werden, was unter der Thematik zu verstehen ist, und worin diese begründet ist. Die Praxisbeispiele stammen hauptsächlich aus Projektberichten der jeweiligen Einrichtungen. Somit soll ein Einblick in die Verwendung von Case Management in österreichischen und deutschen Krankenhäusern gegeben werden.

Nach der Einleitung und Zielsetzung, in welcher Relevanz der Thematik näher erläutert wurde, folgt nun ein kurzer Überblick über die Gliederung der weiteren Kapitel.

Das Kapitel 2. beginnt mit Definitionen von Case Management. Hier werden sowohl Definitionen aus dem amerikanischen, als auch aus dem deutschsprachigen Raum näher beschrieben. Weiters werden in diesem Abschnitt die Begriffe Managed Care, Disease Management, Care Management kurz definiert. Diese Begriffe werden oft im Zusammenhang mit Case Management genannt bzw. auch oft mit Case Management verwechselt. Näher beschrieben werden muss das Fallmanagement, die deutsche Übersetzung von Case Management, da es hierbei immer wieder zu Kritik an der Bezeichnung kommt.
Im 3. Kapitel wird die Entstehungsgeschichte des US-amerikanischen Case Management näher erläutert. Außerdem werden internationale Entwicklungen in den letzten Jahren zu dieser Thematik aufgegriffen.

[21] Vgl. Löcherbach, P., et al. 2005, S.7
[22] Vgl.Wendt, WR. 2005, S.14

Das 4. Kapitel beschäftigt sich mit dem Inhalt des Case Management in der Fachliteratur. Hier werden dem Leser Zielsetzungen, organisatorischen Funktionen sowie die vier spezifischen Funktionen in der Organisation Krankenhaus, Kernfunktionen und Aufgaben, die Schritte als auch die System und Fallsteuerung des Case Management näher gebracht. Weiters behandelt Kapitel 4. die Anforderungen und Konsequenzen der Implementierung des Case Managements im Krankenhaus.

Das Kapitel 5. Praxisbeispiele, beginnt mit Fallbeispielen aus Österreich. Eingangs werden Zahlen zum Akutbereich in österreichischen Krankenhäusern genannt. Weiters wird auf derzeitige Entwicklungen in der österreichischen Krankenhausversorgung näher eingegangen. Auch zum Thema Entlassungsmanagement finden sich Begriffsklärungen, da diese in Österreich oft auf Case Management-Ansätzen beruhen. Zu den Praxisbeispielen aus Österreich gehören:

- ✓ Die Wiener „Patientenorientierte integrierte Krankenbetreuung“ (PIK)
- ✓ Krankenhaus „Göttlicher Heiland“
- ✓ Entlassungsmanagement durch ambulante Arbeiterorganisationen im Kaiser-Franz-Josef-Spital
- ✓ Entlassungsmanagement im Hartmannspital
- ✓ Überleitungspflege

Im Kapitel 5. wird Case Management dem Entlassungsmanagement, der in Österreich am häufigsten angewendete Form des Case Managements, gegenübergestellt.

Weiters folgen Praxisbeispiele aus Deutschland. Hier wird das Case Management des Universitätsklinikum Köln sowie das Augsburger Modell beschrieben. Folglich werden alle Praxisbeispiele anhand der Systematik nach Löcherbach in die jeweilige Ebene eingeordnet. Die Arbeit endet mit dem letzten Kapitel der Schlussfolgerung zur gewählten Thematik.

2. Definitionen/ Begriffsklärung

2.1. Case Management

Es gibt bislang keine allgemeingültige Definition von Case Management. Im Folgenden werden einige Definition erwähnt und teilweise genauer betrachtet und beschrieben.
Die Case Management Society of America definiert Case Management *"als einen unterstützenden Prozess, in dem Daten erhoben, geplant, implementiert, koordiniert, überwacht sowie evaluiert werden, um einen individuellen Bedarf durch Kommunikation und andere Ressourcen zu decken und gleichzeitig die Qualität und "cost effektive outcomes" zu fördern"* [23]

Die Definition des US-amerikanischen Center for Case Management lautet wie folgt:

„Case Management ist ein klinisches System, in dem ein Einzelner oder eine Gruppe von Menschen über eine bestimmte Zeitspanne oder den gesamten Betreuungsverlauf hinweg die Verantwortung für die Koordination der Versorgung eines Patienten/inn oder einer Gruppe von Patienten/innen übernimmt."[24]

Ein Ziel des Case Management besteht darin, dass zuvor festgelegte ökonomische, soziale und klinische Ergebnisse, von aufeinander abgestimmten Versorgungsangeboten für den einzelnen/e Patienten/in und sein soziales Umfeld erreicht werden.[25]

Der Berufsverband der Pflegekräfte, die American Nurses Association (Amerikanische Pflegegesellschaft), definiert Case Management folgend:

„Case Management ist ein System zur Erbringung von Leistungen der Gesundheitsversorgung, das entworfen wurde, um die Realisierung erwarteter Ergebnisse auf Seiten der Patienten/innen innerhalb einer angemessenen Verweildauer zu ermöglichen. Zu den Zielen von Case Management gehört die auf Kontinuität ausgerichtete Bereitstellung einer qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung, die Reduzierung der Fragmentierung von Versorgungsleistungen, die über verschiedene Settings hinausgehen, die Erhöhung der Lebensqualität des/der Klienten/in, die effiziente Nutzung der Patientenbezogenen Versorgungsressourcen und die Einsparung von Kosten"[26]

[23] Dörpinghaus, S. et al. 2008, S. 116
[24] Bower, KA 1995, in Ewers, M. 2000, S.56
[25] Vgl. ebda.
[26] Amerika Nurses Association 1988, S.57 in Ewers, M. 2000

Neben den Definitionen aus dem amerikanischen Case Management stammen, gibt es auch welche aus dem deutschsprachigen Raum.

„Case Management ist eine auf den Einzelfall ausgerichtete diskrete, d.h. von unterschiedlichen Personen und in diversen Settings anwendbare Methode, zur Realisierung von Patienten/innenorientierung und Patienten/innenpartizipation sowie Ergebnisorientierung in komplexen und hochgradig arbeitsteiligen Sozial- und Gesundheitssystem.“[27]

„Eine weitere Definition laut Ewers und Schaeffer lautet: Case Management überschreitet die Grenzen herkömmlich professionell abgegrenzten Handelns. Oder mit anderen Worten: Ziel ist die Überwindung von Desintegration und Diskontinuität sowie die Förderung von Patienten- und Ergebnisorientierung.“[28]

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass sich in der Vielzahl der Definitionen einige Übereinstimmungen finden lassen. So wird beispielsweise immer wieder eine ganzheitliche Sichtweise auf den/die Patienten/in betont. Kooperation und ein dynamischer Versorgungsprozess zwischen verschiedenen Professionen sollen angestrebt werden. In diesem Prozess soll der/die Case Manager/in das verbindende Element darstellen.[29] Durch erfolgreiche Koordination sollen erkannte Probleme gelöst und definierte Ergebnisse erreicht werden. Weiters wird immer wieder die Sicherung und Verbesserung der Qualität der Versorgung betont. Patienten/Innenorientierung und Ergebnisorientierung sollen gleichermaßen erreicht werden. Durch den individuellen Zugang zum/zur Patienten/in soll eine möglichst hohe Konzentrierung auf die Patienten/innenorientierung erreicht werden. Die Ergebnisorientierung ist in der Optimierung von Prozessen und Strukturen begründet.[30]

Des Weiteren werden Begrifflichkeiten wie „Managed Care“, „Disease Management“ oder „Care Management“ kurz definiert und erklärt da diese oft fälschlicher Weise mit Case Management verwechselt bzw. synonym verwendet werden. Auch auf den ins Deutsche übersetze Begriff von Case Management, nämlich dem Fallmanagement, welcher im deutschsprachigen Raum oft aufkommt, wird kurz eingegangen.

[27] Ewers, M. 2000b, S.8
[28] Dörpinghaus, S, et al. 2008, S.114-115
[29] Vgl. a. a. O., S.113
[30] Vgl. Ewers, M. 2000a, S. 57

2.2. Managed Care

Managed Care entstand im Amerika als Folge einer Kostenexplosion im Gesundheitswesen. Es entwickelten sich zahlreiche neue Versorgungsformen, die unter Managed Care zusammengefasst wurden. [31]

Die Definition nach Wendt für Managed Care lautet: *„Managed Care ist ein System des Vorgehens in der medizinischen Versorgung, abgestellt auf eine in Qualität und Umfang verantwortbare, möglichst kostengünstige Leistungserbringung. Sie wird dadurch gesteuert, dass Verträge mit Leistungserbringern/innen abgeschlossen werden und, dass fallweise beurteilt wird, welche Behandlung geeignet und ausreichen ist"*[32]

Eine weitere Definition von Managed Care laute wie folgt:

„Managed Care ist ein Prozess, um den Nutzen der Gesundheitsversorgung für die Bevölkerung im Rahmen der zur Verfügung stehenden beschränkten Mittel zu maximieren. Die Dienstleistungen werden in ausreichendem Maß und auf der geeigneten Stufe erbracht. Die erbrachten Dienstleistungen werden auf der Ebene des Falls überwacht, um sie ständig zu verbessern und die staatlichen Zielvorgaben für die öffentliche Gesundheit ebenso wie den individuellen Bedarf an Gesundheitsversorgung zu erreichen."[33]

Das zentrale Ziel von Managed Care liegt demnach auf der Kostenreduzierung durch Vertragsabstimmung in Form gelenkter Versorgung. [34] Durch die Kontrolle der Leistungen sollen die Kosten gesenkt, somit die Effizienz erhöht und die Qualität gesteigert werden. [35] Kostenträger (Versicherungen) schließen bei Managed Care für ihre Klienten/innen mit Leistungserbringern wie z.B. Krankenhäuser oder Ärzten/innen Verträge ab. Im Vorhinein wird festgelegt in welcher Höhe und in welchem Umfang die Zahlung erfolgt. Die Mediziner/innen in diesem System zielen darauf ab, möglichst präventiv und kostengünstig zu behandeln.[36] Zwischen Case Management und Managed Care kommt es immer wieder zu Verwechslungen, bzw. werden sie gar synonym verwendet. Worin der Unterschied der beiden Modelle liegt gibt es verschiedene Ansichten. [37]

[31] Vgl. Dörpinghaus, S., et al. 2008, S.108
[32] a. a. O., S.108-109
[33] Baumberger 1996, in Wendt, WR. 2008, S.29
[34] Vgl. Dörpinghaus, S., et al. 2008, S.108-109
[35] Vgl. Wendt, WR. 2008, S.27
[36] Vgl. Wendt, WR. 2008, S.27-28
[37] Vgl. Ewers, M. 2000d, S.46

Austin sieht den Unterschied zwischen den beiden Modellen wie folgt:
Der Fokus der Managed-Care-Konzepte liegt hauptsächlich auf der Finanzierungsseite und dementsprechend auf einer gewinnorientierten Steuerung der Krankenversorgung. Hierfür werden systemisch-organisatorische Zusammenhänge entwickelt. Somit entsteht ein Verband unterschiedlicher Initiativen mit dem Ziel, Kosten einzusparen. Eine dieser Initiativen könnte z.B. das Case Management beinhalten. [38] Neben Case Management gehören die integrierte Versorgung, Care Management, Disease Management-Programme und persönliche Budgets zu den Instrumenten des Managed Care.[39]
Case Management zielt laut Austin hauptsächlich auf die Gate-Keeper-Funktion (Türwächter) ab. Dies bedeutet z.B. Senkung der Krankenhauseinweisungen, die Förderung ambulant vor stationärer Behandlung oder die Reduzierung der Verweildauer. Case Management betont eine umfassende, kontinuierliche und integrierte Versorgung einzelner Patienten/innen oder ganzer Patientengruppen. Beim Case Management geht es wie bei Managed Care um die Berücksichtigung von begrenzten (im)- materiellen Ressourcen des Versorgungssystems, sowie auch um die Qualität der Versorgung. Weiters soll der/die Patient/in den besten Leistungsanbieter zur passenden Zeit erhalten. Beim Case Management besteht ein „dual-focus“ auf bestmögliche Behandlungsqualität für den/die Patient/in und effiziente Nutzung der vorhandenen Ressourcen. Es geht nicht vordergründig und allein um die Finanzierungsebene. Patienten/innenorientierung und Ergebnisorientierung sollen im Gleichgewicht zu einander stehen. [40]
Auch Coehen und Cesta äußern sich ähnlich. Sie sind der Ansicht, dass Case Management im Rahmen des Managed Care auch zur Kosteneinsparung genutzt wird, dass jedoch immer der Versorgungsprozess der sich auf den individuellen/e Patienten/in ausrichtet im Vordergrund steht. Dies stellt laut Coehen und Ceste erst das erforderliche inhaltliche Fundament für Managed Care dar.[41] Auch Conger´s Meinungen zu dieser Thematik ähneln den Vorangegangenen sehr. Er sieht den Hauptfokus im Case Management in gut definierte Ergebnisse für den/die Patienten/innen unter der Berücksichtigung vorhandener Ressourcen des Gesundheitssystems, die in möglichst effizienter Art und Weise genutzt werden.[42]

[38] Vgl. ebda.
[39] Vgl. Pape, R., et al 2008a, S.18
[40] Vgl. Ewers, M. 2000d, S.46
[41] Vgl. ebda.
[42] Vgl. ebda.

2.3. Disease Management

Disease Management wird häufig im Zusammenhang mit Case Management genannt. Um Disease Management klar von Case Management abzugrenzen wird es im Folgenden genauer erläutert.

Szathmary definiert Disease Management als:

„ ... Prozess oder Ansatz, unter dem alle Elemente zur optimalen Behandlung einer Krankheit unter Beachtung medizinischer und ökonomischer Gesichtspunkte subsumiert werden. Die Umsetzung von Disease Management erfolgt in der Form von Programmen, die eine Zusammenstellung mehrerer aufeinander abgestimmter Maßnahmen beinhalten. Ein Disease Management Programm behandelt alle relevanten Aspekte und Stufen einer bestimmten Krankheit, angefangen von der Prävention über die Therapie bis zur Nachsorge".[43]

Beim Disease Management stehen die Behandlungsverläufe und deren bestmögliche Behandlung im Vordergrund. Besonders chronische Erkrankungen sind dabei von großem Interesse. Durch konkrete Lösungsansätze soll dabei die Lebensqualität der Betroffenen verbessert werden, gleichzeitig sollen die finanziellen Mittel effizient eingesetzt werden. [44]

Disease Management wird oft auch als „fokussiertes" Case Management bezeichnet. Es kann auch als fallgruppenbezogene Strategie der Versorgung mit einem Case Management in Erscheinung treten.[45]

2.4. Care Management

Die Methode des Care Management stammt aus Großbritannien und wird oft mit Case Management verwechselt.

„Die Unterschiede zwischen Case- und Care Management sind gering. Das Case Management konzentriert sich eher auf konkrete und akut notwendige unterstützende Hilfeplanung für Einzelne oder Familien in komplexen Problemlagen.
Das Care Management hingegen befasst sich stärker mit der Modifizierung und (Neu-) Strukturierung von Hilfsangeboten, d.h. aller formeller und informeller Dienstleistungen im sozialen und gesundheitlichen Bereich – mit dem Ziel, über die akute geleistete Einzelhilfe hinausgehende, zeitliche längerfristige und auf größere Sozialräume (Stadteile, Regionen) bezogene Wirkungen zu erreichen"[46]

---

[43] Szathmary, B., 1999, in Dörpinghaus, S. et. al 2008, S.111
[44] Vgl. Döpinghaus, S., et al 2008, S.112
[45] Vgl. Wendt, WR. 2008, S.235
[46] Beikrich, E., et al. 1995 in Dörpinghaus, S., et al. 2008, S.112

Unter Care Management wird also eine systematisch bedarfsgerechte Planung, Organisation und Koordination der Gesundheitsversorgung von allen in einer bestimmten Region oder Einrichtung zu versorgenden Patienten/innen verstanden. [47]

2.5. Fall

Im deutschsprachigen Raum spricht man oft nicht von Case Management sondern von Fallmanagement. Dabei kommt oft die Kritik auf, dass der/die Patient/in als Fall bezeichnetet wird. Im Folgenden wird kurz erläutert was im Case Management wirklich unter „Fall" verstanden wird. Grundsätzlich kann man sagen, dass Case Management nie mit der professionellen Bearbeitung eines Falles eingeleitet wird, da zuerst der organisatorische Rahmen geschaffen werden muss, um den jeweiligen Fall zu managen. In der Organisation bzw. im Prozess des Case Managements wird entschieden, was der „Fall" ist. Beim Dienst am Menschen ist es immer ein „Fall für" einen Dienst bzw. einer Einrichtung gemeint. [48]
Beispielsweise kann ein Fall von Hilfsbedürftigkeit vorliegen, der durch soziale, medizinische oder pflegerische Behandlung geregelt werden muss. Somit kann es sich um einen Pflegefall oder auch um einen medizinischen Notfall handeln.[49]
Das Wort „Fall" steht im Case Management nicht für den Menschen, sondern immer für seine problematische Situation in der sich der Mensch momentan befindet und die es zu bewältigen gilt. Der Fall ist hierbei Gegenstand der professionellen Bemühung. Zum Fall gehört auch das Bewältigungsverhalten und die Selbsthilfe der betroffenen Person, sowie der Angehörigen und aller miteinbezogener Helfer/innen. Die subjektive Fallauffassung der Betroffenen wird mit der objektiven Falllauffassung der Fachkräfte abgeglichen. Die Zusammenarbeit aller Beteiligten basiert auf der Reflexion und der Verständigung darüber „was der Fall ist". Würde man eine Person nur als Fall betrachten, so würde man die Autonomie und Mündigkeit des/der Patienten/in missachten. Es wird immer wieder betont, dass im Case Management der Prozess der Bewältigung eines Problems gemanagt wird. Unter dem Fall versteht man immer das, was sich anfänglich als Fall feststellen lässt. Dieser bleibt immer individuell und auf jeden/e einzelnen/e Patienten/in bezogen.[50]

[47] Vgl. Ewers, M. 2006 in Wendt, WR. 2006, S.60
[48] Vgl. Wendt, WR. 2006, S.21
[49] Vgl. Wendt, WR. 2008, S.37-38
[50] Vgl. Wendt, WR. 2005, S.15

2.6. Managen

Die Begriffe „Managen“ und „Fall rufen immer wieder Kritik am Modell hervor. Folgend wird erläutert, was unter Managen im Case Management verstanden werden soll. Im Case Management werden weder die Fachkräfte noch die Nutzer der Dienste, sondern lediglich beider Handeln und die Kooperation im Laufe des strukturierten Prozesses gemanagt.
Somit kann man feststellen, dass keine direkte Beeinflussung bzw. Lenkung von Personen stattfindet. Dies ist ausschließlich den Methoden von Erziehern/innen, Trainern/innen und Heiler/innen vorbehalten.[51] In Einrichtungen, die Dienstleistungen für Menschen leisten, wird nicht der Mensch, sondern die Dienste und Leistungen die zur Verfügung stehen um dem/der Patient/in eine adäquate Versorgung zu bieten gemanagt.[52]

[51] Vgl. Wendt, WR. 2008, S.37
[52] Vgl. Irmer, C. o.J.

3. Geschichte und Entwicklung des Case Management

3.1. Die Geschichte des US-amerikanischen Case Management

Die Anfänge des Case Managements in den USA gehen auf das Jahr 1863 mit der Gründung des ersten „Board of Charities", einer Frühform des Case Managements zurück. Erste Schritte im Case Management entstanden im Rahmen US-amerikanischen Siedlungsbewegungen und gingen von der Charity Organization Societies (COS) aus, welche sozialpflegerische Dienste koordinierte. Neue Zuwanderer/innen wurden systematisch dokumentiert. Leistungserbringer für diesen Bedarf wurden gesucht und wenn es notwendig war, neue Versorgungseinrichtungen geschaffen. Die Bemühungen für minderbemittelte Einwanderer/innen bezogen sich dabei auf zwei der drei Funktionen des Case Management, auf die später noch näher eingegangen wird. Im Rahmen der Siedlungsbewegung wurde minderbemittelten eine unterstützende anwaltschaftliche Funktion angeboten. Bei den COS stand die „Gate-Keeper-Funktion im Vordergrund. Diese Bezog sich auf die Überwachung der Ausgabenströme.[53]

In den zwanziger Jahren des 20. Jahrhunderts basierten die Anfänge des Case Management auf der amerikanischen Sozialarbeit. Auch die ersten Case Management Bemühungen in der Pflege fanden zu dieser Zeit statt. Hierbei ist die Community und Public Health Nursing Agencies zu nennen. Diese Organisation war die erste die Case Management in der Pflege angewendet hat. Eine wichtige Person in diesem Zusammenhangt ist Florence Nightingale. Sie wird in dieser Zeit oft mit Case Management in Verbindung gebracht. In den 1940er Jahren traten im Gegensatz zu den zuvor sozialpflegerische Konzepten, nun im Zusammenhang mit US-amerikanischen Rehabilitationsbewegung erstmals Modelle auf, die sich ausdrücklich mit „Medical Case Management" auseinander setzten. Damals wurde Case Management aber noch relativ unsystematisch angewandt und meist als Bestandteil medizin-pflegerischer Leistung angeboten. Durch den Zweiten Weltkrieg gewannen Case-Management-Programme für Kriegsverletzte, Behinderte und deren Familien immer mehr an Bedeutung.[54]

Erst Ende der sechziger und Anfang der frühen siebziger Jahre, etablierte sich das Case Management im Blickfeld seiner gesundheitspolitischen Akteure. Durch diesen Umstand

[53] Vgl. Ewers, M. 2000c, S.41
[54] Vgl. a. a. O., S. 41-42

wurde das Erscheinungsbild grundlegend verändert. Weg von einem unkoordinierten und unüberschaubaren Gesundheitswesen, galt es nun eine sinnvolle Koordination der weitgehend desintegrierten und deskontinuierlichen Versorgung zu schaffen. Im Jahr 1972 wurde diese Problemstellung in der sozial- und gesundheits- Agenda an oberster Stelle genannt. Dementsprechende Modellprogramme folgten. Dies war der Anfang des „neuen Case Managements", ein Instrument für Mikro- und Mesoebene, welches Ineffektivität und Ineffizienz der Krankenhausversorgung entgegen zu treten sollte. [55]

„Case Management wurde zu einer Methode, mit dem den einzelnen Menschen geholfen werden konnte, die staatliche Bürokratie zu überwinden, und Zugang zu staatlichen Programmen zu erhalten". [56]

Durch die staatlichen Medicaid- und Medicare-Programme erführ Case Management eine starke Verbreitung und zunehmende Akzeptanz in der Bevölkerung. 1974 kam es zur offiziellen Einführung der Bezeichnung „Case Manager/in".[57]

Die bereits angesprochenen Veränderungen in der Organisation des amerikanischen Gesundheitswesens in den 1970er bildeten den Grundstein für die Einführung von Case Management. Ein weiterer Grund für die starke Ausbreitung von Case Management in den 70er Jahren war, dass psychisch und chronisch Kranke, geistig Behinderte und Pflegebedürftige in großer Zahl von der stationären Versorgung nach Hause geschickt wurden. Man wollte die Menschen nicht mehr in Heimen und Anstalten festhalten, da dies mit den Bürgerrechten nicht mehr vereinbar war. Außerdem erkannte man, dass die Versorgung in solchen Einrichtungen sehr kostenintensiv war und den Bewohnern/innen mehr schadete, als nutzte. So kam es dazu, dass auch andere Länder den USA folgten und ihre Versorgung umstellten.[58]

Das Wort „Deinstitutionalisierung" prägte Kampagnen. Teilweise wurden die Menschen einfach auf die Straße gesetzt. Es galt nun eine umfangreiche und angemessene ambulante Versorgung für diese Menschen zu schaffen. Auch für neue Fälle, die eine Hilfeleistung in Anspruch nehmen wollten, musste eine angemessene Versorgung angeboten werden.

Anfänglich gab es eine Vielzahl von Hilfsangeboten, die jedoch nicht miteinander koordiniert waren. Diese Personengruppen sollten mit Hilfe des Case Managements einen Dienst erhalten, der ihnen notwendige und angemessene soziale, medizinische und erzieherische Versorgung verschaffte. Diese Leistungen sollten auch aufeinander abgestimmt werden,

[55] Vgl. a. a. O., S.41-43
[56] Quinn, J. 1993, in Ewers, M. 2000c, S.43
[57] Vgl. Ewers, M. 2000c, S.43
[58] Vgl. Wendt, WR. 2008, S.18-19

um eine kontinuierliche Versorgung zu gewährleisten. Schon bald entstanden verschiedene Modelle. Das einfachste Modell konzentrierte sich hauptsächlich auf die Vermittlung der Patienten/innen Klienten/innen in der Form eines „Brokers“(Vermittler/in). Durch die Kenntnis über die Bedürfnisse seines/er Patienten/innen wurden für den Einzelfall notwendige Dienstleistungen organisiert. [59]

3.2. Entwicklungsgeschichte des Case Management international

Case Management wird auch international als zentraler Lösungsansatz für Versorgungs- und Steuerungsprobleme angesehen. Aufgrund neu entstehender gesellschaftlicher Problemlagen und Veränderungen in den Strukturen, mit denen sich Sozial- und Gesundheitssysteme in den Industriestaaten in den letzten Jahrzehnten befassen mussten, ist es nicht verwunderbar, dass dem Case Management immer größeres Interesse entgegengebracht wird. Der große Ansturm auf das Case Management kann dem großen Innovationsdruck zugeschrieben werden. Leistungserbringer, Kostenträger im Sozial und Gesundheitswesen sind und waren diesem Druck ständig ausgesetzt. [60]

Die Entwicklungsgeschichte des Case Managements wurde durch Begriffe, wie Diskontinuität, Medikalisierung und Desintegration geprägt

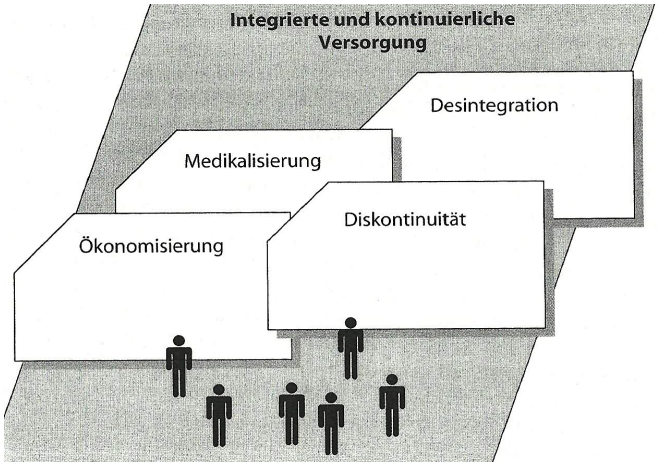

Abbildung 1: Sozial- und gesundheitspolitische Hürden auf dem Weg zu einer integrierten und kontinuierlichen Versorgung[61]

Bei der Betrachtung der Entwicklungen im Gesundheitswesen der westlichen Industrieländer in den letzten Jahren, wird augenscheinlich, dass sich die Zahl chronisch kranker Men-

[59] Vgl. a. a. O., S.19-20
[60] Vgl. Ewers, M. 2000d, S.30-31
[61] a. a. O., S.31

schen stetig steigt. Herkömmliche Versorgungsformen stoßen auf Grund der ständig steigenden „chronischen Gesundheitsbedrohung“ an ihre Grenzen. Es kommt oft dazu, dass der Krankheitsverlauf und der damit verbundene Versorgungsbedarf nicht als Ganzes gesehen werden. Um kontinuierliche Versorgung leisten zu können, muss man in der Medizin davon abgehen das Hauptaugenmerk auf die Kuration einzelner meist kurzfristig heilbaren Krankheiten zu legen. Anstatt sich auf den gesamten Krankheitsverlauf und dem daraus ergebenden Versorgungsbedarf zu konzentrieren wird meist nur auf ein akutes Element im Krankheitsverlauf Bezug genommen. So kommt es zu einer Ungleichheit zwischen einer bedarfsgerechten und an den Patienten/innenbedürfnissen orientierten Krankenversorgung und den tatsächlich erbrachten Dienstleistungen. Es entsteht eine Diskontinuität in den Versorgungsabläufen. Über die Zeit hinweg, führt dies in Verbindung mit der schon immer bestehenden Unterbewertung der nicht medizinischen Berufsgruppen, zu einer immer größer werdenden Medikalisierung von Versorgungsproblemen.[62]

Die eingangs erwähnte Desintegration zwischen stationärer und ambulanter Versorgung, zeigte sich für viele Staaten als großes Problem. Dies verlangte ein Umdenken bezogen auf eine Patienten/innenorientierte Versorgung. In den letzten Jahren wird zwar immer wieder darauf hingewiesen, dass durch eine vermehrte Arbeitsteiligkeit und Komplexität des Versorgungswesens von den Beteiligten im zunehmenden Maße mehr Kooperation und Koordination, so wie gemeinsam abgestimmte Handlungsstrategien verlangt werden. Es kann jedoch festgehalten werden, dass Experten auf diesem Gebiert diese Entwicklung kaum bzw. adäquat feststellen konnten. Die Versorgungsstrukturen sind durch große Heterogenität geprägt. Somit ist der/die Patient/in im Laufe seines Versorgungsprozess ziemlich auf sich alleine gestellt und erhält oft nicht die ihm/ihr zustehende adäquate Unterstützung. [63]

Ein weiter wichtiger Punkt der die Entwicklung des Case Managements geprägt hat, ist die Verknappung von Ressourcen und die damit einhergehende Ökonomisierung.

„Unter Ökonomisierung wird im Allgemeinen der wachsende Einfluss marktwirtschaftlichen-ökonomischer Denk- und Entscheidungsträger und Berufsgruppen verstanden.“[64]

Dies wurde besonders in den 70er und 80er Jahren des 20. Jahrhunderts immer mehr von Bedeutung. In dieser Zeit wurden die gesundheitsrelevanten Dienstleistungen immer mehr auf ihre wirtschaftliche Wirkung hin betrachtet. Grund hierfür war, das zu dieser Zeit,

[62] Vgl. a. a. O., S.30-31
[63] Vgl. a. a. O., S.32
[64] a. a. O., S.33

schlechte Wirtschaftswachstum. Mit der Wirtschaft ging es in den folgenden Jahren zwar bergauf, jedoch kamen Faktoren wie Legitimationsdruck und Innovationsdruck hinzu, welche das Gesundheitssystem vor neue Probleme stellten. Trotz ständig steigender Ausgaben im Gesundheitswesen konnte weder eine eindeutige Verbesserung in der Gesundheitsversorgung, noch eine Qualitätssteigerung festgestellt werden. Man stellte sich auch die Frage, wie viel Ressourcen für das Gesundheitssystem verwendetet werden sollten. Zu den weiteren Themen die diese Zeit bestimmten, gehörten das Verhältnis zwischen Risikoprävention und Risikoübernahme, sowie Rationalisierung und Rationierung. Rationierung bedeutet das Vorenthalten wirksamer, für den Patienten erwünschter Maßnahmen. In dieser Zeit kam es auch zu einem ordnungspolitischen Strategiewechsel. Dieser zielte auf „mehr Markt und weniger Staat“ ab. Durch diese Entwicklungen erhielt Case Management in den USA immer mehr an Bedeutung und breitetet sich von dort aus auf andere Ländern aus. [65] Wie zum Beispiel Holland Frankreich, Schweden, Kanada, Australien und Großbritannien.[66]

[65] Vgl. a. a. O., S.33-34
[66] Vgl. Irmer, C. o.J.

4. Inhalt des Case Managements

4.1. Ziele

Die Hauptziele des Case Managements bestehen in der Sicherung der Behandlungskontinuität und in der anwaltschaftlichen Funktion für den/die Patienten/in. Ziel ist, ein nahtloser Pflege- und Behandlungsprozess. In der Krankenhausentlassung kommt es oft vor, dass die Entlassungsplanung zu kurzfristig durchgeführt wird. Notwendige Behandlungs- und Pflegemaßnahmen bedürfen einiger Zeit, um diese zu planen und zu organisieren. So entsteht eine Lücke im Versorgungsprozess. Es kann dazu kommen, dass sich der Zustand des/der Patienten/in verschlechtert und es zu einer erneuten Wiedereinweisung ins Krankenhaus kommt. Bei der ambulanten Versorgung gibt es eine Vielzahl von Leistungsanbietern. Hierbei können eine Menge interorganisatorischer und interprofessioneller Schnittstellen und Probleme entstehen.[67]
Ein weiteres Ziel des Case Managements zeigt sich in guten Kooperationsbeziehungen und einem gutem Schnittstellenmanagement. Nur so kann effektiv und effizient gearbeitet werden. Beim Case Management geht es immer um die ganzheitliche Betrachtung des/der Patienten/in. Dies bedeutet, dass der/die Patient/in als Ganzes und somit auch sein/ihr soziales Umfeld betrachtet wird. [68]

Im Folgenden ist ein Zielkatalog von Case Management aufgelistet:[69]

- *Gewährleistung der Kontinuität der Versorgung*
- *Gestaltung von Versorgungsplänen*
- *Klärung von bereichsübergreifende Zusammenarbeit*
- *Überwindung von Abteilungs- und Berufsgruppengrenzen*
- *Aufdecken von Potentialen zur Versorgungskoordination*
- *Zielplanung und Zielevaluierung von Betreuungsprozessen (bedürfnis- und bedarfsorientiert, Lösung konkreter Probleme)*
- *Vernetzung von Dienstleistungen (Kooperation mit mehreren involvierten Partnern, Leistungserbringern und Laien)*
- *Qualitätssicherung bei gleichzeitiger Kostenkontrolle*
- *Erreichung effizienter Ergebnisse (Ressourcenschonung)*
- *Systematische Weiterentwicklung und Sicherung der Qualität der Versorgung*

[67] Vgl. Dörpinghaus, S., et al. 2008, S. 120
[68] Vgl. a. a. O., S.120-121
[69] a. a. O., S.14

4.2. Case Management lässt sich in drei organisatorische Funktionen unterteilen

4.2.1. Case Management durch neutrale Instanzen (Koordinierungsstellen)

Unter Koordinierungsstellen sind „neutrale Handlungsinstanzen“ zu verstehen, die bezogen auf eine bestimmte Region als Informations-, Anlauf- und Vermittlungsstellen für Bürger/innen, die Hilfe benötigen zur Verfügung stehen. Diese sind gekennzeichnet durch eine strenge Trennung von Leistungserbringern und Leistungssteuerung. Die Entstehung dieser Koordinierungsstellen geht auf die Auseinandersetzung mit der sozialen und pflegerischen Versorgung älter Menschen einher. Durch die Priorisierung ambulant vor stationär, sind eine große Zahl Altenhilfeeinrichtungen und Dienstleistungsangebote entstanden. Diese Dienstleister/innen arbeiteten sehr für sich allein. Es gab keine Kooperation bzw. Koordination untereinander. Diesem Missstand wollte man mit Hilfe der Koordinierungsstellen entgegenwirken. Ziel der Koordinierungsstellen ist die Vermittlung von Informationen und die Hilfe bei der Orientierung der teilweise sehr unübersichtlichen Leistungsangebote verschiedener Dienstleister/innen im Sozial- und Pflegewesen.[70]

4.2.2. Case Management durch Leistungserbringer/innen

Diese Leistungserbringe/innen befinden sich im ambulanten sowie im stationären Bereich. Case Management durch Leistungserbringer/innen ist weniger Informationsvermittlung, sondern vielmehr Versorgungssteuerung. Hier wird das Leistungsgeschehen direkt beeinflusst. Durch einen systematischen Steuerungsmechanismus soll ein reibungsloser Versorgungsablauf zwischen stationär/ambulant, hausärztlich/fachärztlich und medizinisch/pflegerisch/sozial geschaffen werden. Versorgungsintegration- und Koordination helfen bei der Steigerung der Versorgungsqualität. In Form von Krankenhaussozialdiensten kann es zu einer besseren Überleitung von stationären in den ambulanten Bereich kommen. Auch Hausärzte sollten die Rolle des Gate-Keeper (Türwächter/in) und eine Steuerungsfunktion übernehmen, sowohl auf die stationäre als auch auf die ambulante Versorgung bezogen. In der Anwendung von Case Management durch Leistungserbrin-

[70] Vgl. Ewers, M. 2000b, S. 14

ger/innen sind es selten Ärzte/innen die diese Leistungen erbringen, sondern vielmehr Rehabilitationsberater/innen, Patienten/innenbegleiter/innen oder eben Case Manager/innen. Deren Aufgabe ist es, zwischen ärztlichen und nicht-ärztlichen Therapeuten/innen zu vermitteln, eine koordinierte Versorgungsleistung zu gewährleisten und den/der Patienten/in in das Versorgungsgeschehen mit ein zu binden. [71]

Wird Case Management von einem Krankenhaus angeboten, sind natürlich die Kostenfaktoren von großem Interesse. Ziel eines Krankenhauses ist es, die Effizienz des Versorgungssystems zu steigern. Dies muss aber nicht gegen die Interessen des/der Patienten/in geschehen. [72] Da diese Arbeit sich mit Case Management im Krankenhaus beschäftigt, können die Praxisbeispiele, welche später folgen, dieser Ebene zugeteilt werden.

4.2.3. Case Management durch Kosten-bzw. Leistungsträger

Hier befinden wird uns direkt bei den Kosten- bzw. Leistungsträgern somit bei den gesetzlichen Krankenkassen. Es werden so genannte Fallmanager/innen eingesetzt, die den Zugang der Patienten/innen zu Leistungen kontrollieren und koordinieren. Als Ausgangspunkt für dieses Model ist die aus den USA stammende Managed-Care-Debatte zu sehen. Aber auch hier gibt es Schwächen. So gibt es beispielsweise bei den Kassen eine große Zahl an Fallmanagern/innen, welche kein klinisches Verständnis aufweisen. Zum Beispiel gibt es meist zu wenige Fallmanager/innen bei den Krankenkassen, die ein klinisches Verständnis aufweisen. Somit ist die Koordination der sozialrechtlichen und administrativen Dimensionen des Versorgungsgeschehens oft sehr eingeschränkt. Case Management wird von den Kassen meist als Instrument des Kostenmanagements genutzt, um das Inanspruchnahme verhalten zu lenken und zu drosseln. Dies ist aber nicht der eigentliche Sinn und Zeck des Case Managements. Im Case Management werden die Chancen bei Leistungsträgern in der gleichermaßen Patienten- wie Ergebnisorientierten Fallsteuerung gesehen. Hiermit sollte eine Optimierung des Ressourceneinsatzes geschaffen werden, welches oft ungenutzt bleibt.[73]

[71] Vgl. a. a. O., S.15-16
[72] Vgl. Löcherbach, P., et al. 2008, S.50
[73] Vgl. Ewers, M. 2000b, S.16-17

4.3. Vier spezifische Funktionen des Case Management-Konzept für die Organisation Krankenhaus

Ergebnisorientierte Versorgungsprozesse: Dazu gehören beispielsweise klinische Patientenpfade, Entlassungspfade, Entlassungsmanagement u.a. Hierbei wird immer die Realisierung des besten „Outcome (Ergebnis)" für den/die Patienten/in angestrebt.[74]

Kernprozessorientierung und Patienten/innenzentrierung: Der/Die Patient/in steht im Zentrum aller Bemühungen. Im Vordergrund der Zusammenarbeit seht neben dem Dienstleistungsgedanke auch wie der/die Patient/in denkt. Interdisziplinäre Teams betreuen den/die Patient/in. Somit ist auch das tägliche Miteinander von Interesse. Die Ergebnisqualität der erbrachten Leistungen wird hauptsächlich von Patienten/innen eingeschätzt.[75]

Kooperation: Zusammenarbeit und Kooperation ist im Case-Management-Prozess von großer Bedeutung. Es wird immer eine enge Abstimmung zwischen den beteiligten Berufsgruppen verlangt. Nur so ist es möglich, individuelle Bedarfsdeckungen zu klären, planen, koordinieren und zu evaluieren. Auch die ganzheitliche Betrachtung und Sichtweise aller zur Verfügung stehender Ressourcen spielt hier eine große Rolle. [76]

Kosten- und Qualitätsbewusstsein: Diese Faktoren sollen in einem „gesunden" Aufwand-Ertrag-Verhältnis zu einander stehen. Oft wird vermutet, dass Case Management zwangsläufig mit einer Strukturerweiterung einhergeht. Das ist aber ein Irrglaube. Tätigkeiten im Case Management, besonders von Seiten der Pflege und der Medizin durch systematische Planung, Steuerung und Evaluierung Prozess zu optimieren und zu verbessern, um damit Ergebnisse zu optimieren, kommen meist ohne zusätzliche Strukturen aus. [77]

[74] Vgl. Ewers, M. 2005, S.58
[75] Vgl. a. a. O., S.81
[76] Vgl. a. a. O., S.58
[77] Vgl. a. a. O., S.85

4.4. Kernfunktionen und Aufgaben von Case Management

Das angloamerikanische Case Management ist durch unterschiedliche Funktionen gekennzeichnet. Diese sollen Versorgungsprobleme lösen, Grenzen zwischen einzelnen Versorgungssektoren überbrücken, zwischen verschiedenen Leistungsanbietern koordinieren und vermitteln. Daraus lassen sich wiederum die drei Kernfunktionen des Case Managements ableiten:[78]

4.4.1. „Advocacy" oder anwaltschaftliche Funktion

Der/Die Case Manager/in übernimmt die anwaltschaftliche Vertretung für den/die betroffenen Patienten/in. Raiff und Shore zählen drei Funktionen der Anwaltschaft auf:[79]

1) *Bestehende Dienstleistungen für den/die Klient/in verfügbar machen*
2) *Dafür zu sorgen, dass bestehende Dienste den Bedarf des/der Klienten/in Rechnung tragen und*
3) *Dienste zu entwickeln, die Klienten/innenbedürfnisse befriedigen helfen*

Der Begriff „Advocacy" stammt aus dem amerikanischen Case Management und gründet in der Sozialarbeit. „Advocacy" steht für einen zentralen Wertekodex und auch für ein Zielgerichtetes Vorgehen, zur Durchsetzung von Patienten/inneninteressen.[80]

„McGowan bezeichnet „Advocacy" als parteiische Intervention im Interesse eines individuellen Klienten/innen oder einer identifizierten Gruppe von Klienten/innen bei einer oder mehreren Institutionen, um notwendige Dienstleistungen, Ressourcen oder Ansprüche zu sichern oder zu erweitern."[81]

Die „Advocacy"-Funktion zielt auf Menschen ab, die sich in einer schwierigen Lebenssituation (z.B. Armut oder Behinderung) befinden, oder von Lebenskrisen (z.B. Unfall oder Arbeitslosigkeit) betroffen sind. Diese Personen sind nun für einen bestimmten Zeitraum nicht in der Lage ihre persönlichen Interessen geltend zu machen. Durch die anwaltschaftliche Unterstützung wird ihnen geholfen. [82]Voraussetzung für diese Hilfe ist eines/er Case Manager/in, der/die sich in die Lebenssituation des/der Klienten/in versetzen kann. Hierfür braucht jeder/e Case Manager/in ein professionelles Fallverständnis. [83]

Durch ein professionelles Fallverständnis ist der/die Case Manager/in in der Lage, den Verlauf der Krankheit oder der sozialen Problemlage und den daraus resultierenden Ver-

[78] Vgl. Ewers, M. 2000a, S.63
[79] Raiff, NR., Shore, BK. 1997, in Dörpinghaus S., et al. 2008, S.123
[80] Vgl. Ewers, M. 2006, S.63
[81] McGowan, BG. 1987, in Ewers, M. 2006, S.63
[82] Vgl. Ewers, M. 2000a, S.63-64
[83] Vgl. a. a. O., S. 64

sorgungsbedarf vorweg zu erkennen. Somit können nahende Krisen vermieden beziehungsweise ihre Auswirkungen gemindert werden. Neben der individuellen Begleitung der Patienten/innen verfolgt die anwaltschaftliche Funktion noch ein Ziel: sie versucht Lücken im Versorgungssystem zu erkennen und diese Informationen den zuständigen Instanzen zu übermitteln.[84] Mit der Bottom-up-Strategie will das Case Management mittels Patienten/innenorientiertem und bedarfsgerechtem Arbeiten im Sozial- und Gesundheitssystem zu einer effizienten Veränderung der momentanen Versorgungsprobleme beitragen.[85] Zu betonen ist, dass die anwaltschftliche Vertretung von Klienten/innen nicht dazu führen soll, dass diese Gruppen von fremder Hilfe abhängig wird, vielmehr soll Empowerment angewandt werden. Dieses zielt auf die Entwicklung individueller Bewältigungsstrategien und bestmögliche (Re-) Automatisierung des Patienten/in/Klienten/in und dessen/deren sozialen Umfelder ab. Der/Die Patient/in/Klient/in soll wieder in der Lage seine/ihre, sich für seine Interessen selbst ein zu setzen. [86]

Die „Advocacy"-Funktion ist in der klassischen Sozialarbeit und der Wohlfahrtsorganisation stärker ausgeprägt als auf dem medizinischen Gebiet. Die „Advocacy"-Funktion ist die ursprünglichste Case-Management-Funktion.[87]

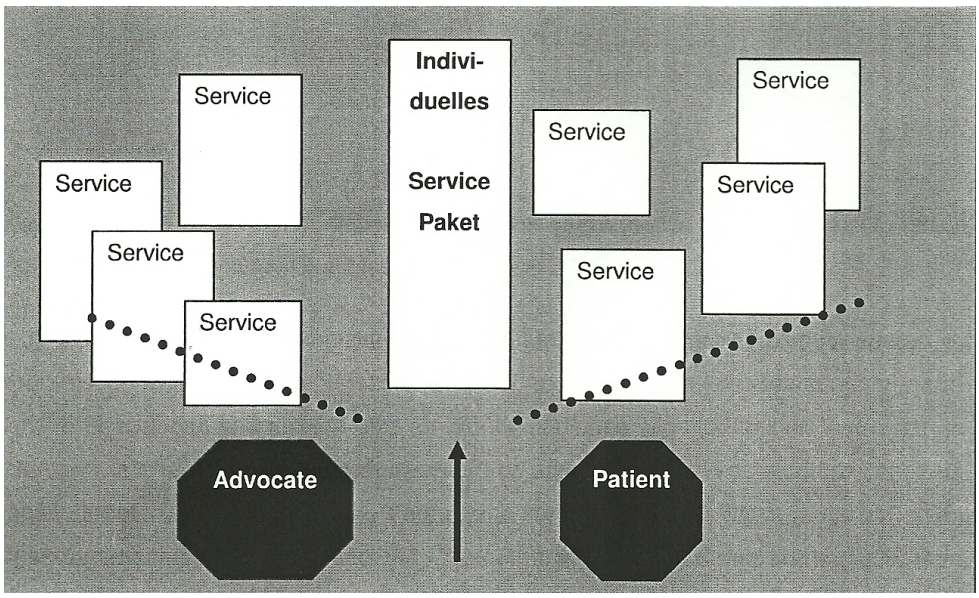

Abbildung 2: „Advocacy" Funktion des Case Management[88]

[84] Vgl. a. a. O., S.65
[85] Vgl. ebda.
[86] Vgl. ebda.
[87] Vgl. a. a. O., S.66
[88] Ewers, M. 2000a, S.64

4.4.2. „Broker“ oder die vermittelnde Funktion

Die vermittelnde Funktion wird als die einfachste Form des Case Management beschrieben. Der Unterschied zur anwaltschaftlichen Funktion besteht in der stärkeren organisatorischen- und institutionsbezogenen Perspektive. Entstanden ist die „Broker“-Funktion in den siebziger und achtziger Jahren des 20. Jahrhunderts als eine Folge des unkontrollierten Wachstums sozialer- und gesundheitsrelevanter Dienstleister/innen und der damit verbundenen steigenden Desintegration und fragmentierter Versorgung. Man kann sagen, dass die vermittelnde Funktion eine Antwort auf die Unübersichtlichkeit und Desintegration moderner, komplexer und außerordentlich arbeitsteiliger Sozial- und Gesundheitssysteme ist. Das Case Management agiert in dieser Funktion als neutraler Mittelsmann zwischen Nutzer und Anbieter von Sozial und Gesundheitsleistungen.[89]

Der „Broker“ bzw. der/die „Makler/in“ muss ausreichende Kenntnisse über den aktuellen Markt von Dienstleistungsangeboten haben. Hier ist es wichtig, dass der/die Case Manager/in nicht selbst bei einem/er Leistungsanbieter/in angestellt ist. Somit kann vermieden werden, dass es zu einseitigen Empfehlungen im Interesse bestimmter Anbieter kommt. Der/Die Case Manager/in soll im unüberschaubaren Markt von Versorgungsleistungen Entscheidungen zwischen konkurrierenden Anbietern/innen erleichtern. [90]

Nach Weil und Karls liegt die Hauptaufgabe eines „Brokers“ im zentralen Koordinieren einzelner Teile des Versorgungssystems, damit es zu einem effektiven Ergebnis auf das zuvor festgelegte Ziel kommt. [91] Dieses Ziel im Versorgungsprozess wird zuvor im Assessment gemeinsam mit dem/der Patienten/in erarbeitet.

Aber auch in dieser Funktion gibt es Nachteile*: „Der größte Nachteil des Broker-Systems- ist, dass der Broker die vorhandenen Dienstleistungsanbieter lediglich koordinieren, aber keine wirklichen Qualitätsveränderung bewirken oder neue Leistungsangebote im Versorgungssystem entwickeln kann.“*[92]

Ein/Eine Case Manager/in der alleine mit der „Broker“-Funktion arbeitet, hat keinen Einfluss auf die Verwendung der zur Verfügung stehenden Mittel bzw. einen direkten Einfluss auf die Versorgungsleistungen. Weil und Karls bezeichnen dies als „Beaufsichtigung ohne administrative Sanktionsmöglichkeit“. [93]

---

[89] Vgl. a. a. O., S.66
[90] Vgl. a. a. O., S.66-68
[91] Vgl. a. a. O., S.68
[92] Quinn, 1993, in Ewers, M. 2000a, S.68
[93] Vgl. a. a. O., S.8-69

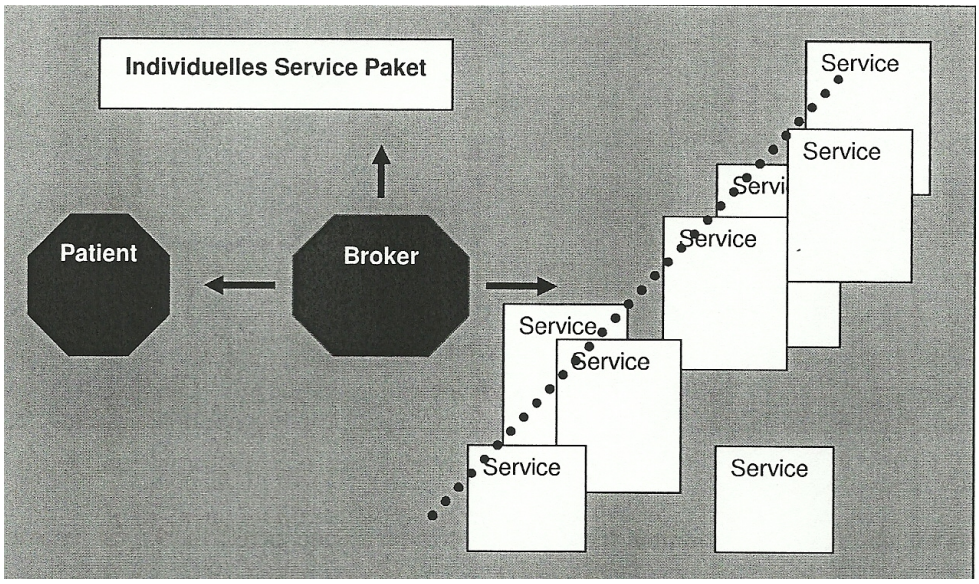

Abbildung 3: „Broker" Funktion des Case Management[94]

4.4.3. „Gate-Keeper" oder die selektierende Funktion

Hier geht es um die sozialverträgliche Kontrolle, oder anders ausgedrückt, um die administrative Einschränkung eines ungehinderten Zuganges zu gemeinschaftlich finanzierten Versorgungsleistungen. Entstanden ist diese Funktion in den USA ausgelöst durch die enormen Ausgaben der staatlichen Versorgungsprogramme Medicaid und Medicare. Diese Funktion ist eine Antwort auf die ständig steigenden Kosten im Gesundheitswesen und den begrenzten finanziellen Ressourcen. Es soll eine gezielte Zugangssteuerung erreicht werden mit dem Hintergrund, den größten Nutzen für das Gesamtsystem zu erreichen. Folglich steht die Selektion im Vordergrund. Ein „Gatekeeper" engagiert sich nicht für die Gewinnmaximierung von Dienstleistungsunternehmen, sondern er zielt auf die Belange einer größeren sozialen Gemeinschaft beziehungsweise handelt er im Interesse der Gesamtgesellschaft. [95]

Der „Gatekeeper" fungiert in der Schlüsselposition zwischen seinen Patient/in einerseits und dem Versorgungssystem mit den Ressourcen andererseits. Hier wird mit Hilfe des Assessments die Zugangsberechtigung eines/er Patienten/in überprüft. Eine weitere Aufgabe des/der Case Manager/in ist es, die für die Versorgung notwendigen Mittel bei verschiedenen Anbietern/innen zu vergleichen und anschließend eine optimale an den Ausgaben orientierte Steuerung des gesamten Systems zu planen. Der „Gatekeeper" häuft Infor-

[94] Ewers, M. 2000a, S.67
[95] Vgl. a. a. O., S.69

mationen über das Versorgungsgeschehen und über deren finanziellen Auswirkung zusammen. Mit Hilfe dieser Informationen werden dafür Modifikationen bei den Leistungen bzw. der Leistungsqualität vorgenommen.[96] Der/Die Case Manager/in soll durch ständiges Monitoring, unzweckmäßiger Verwendung von Ressourcen entgegenwirken. Hierbei stellt sich aber die Frage was als „angemessen" im Gesundheits- und Sozialwesen gilt. Oft entstehen hier Entscheidungskonflikte, die man als „Case Managers Dilemma" bezeichnet. [97]
Der/Die Case Manager/in in der „Gate-Keeper-Funktion" soll sowohl in den Leistungserbringern/innen, als auch bei den Nutzern/innen ein Bewusstsein für die wirtschaftlichen Folgen des Versorgungsgeschehen und somit eine sparsame Verwendung der vorhandenen Ressourcen schaffen. [98]

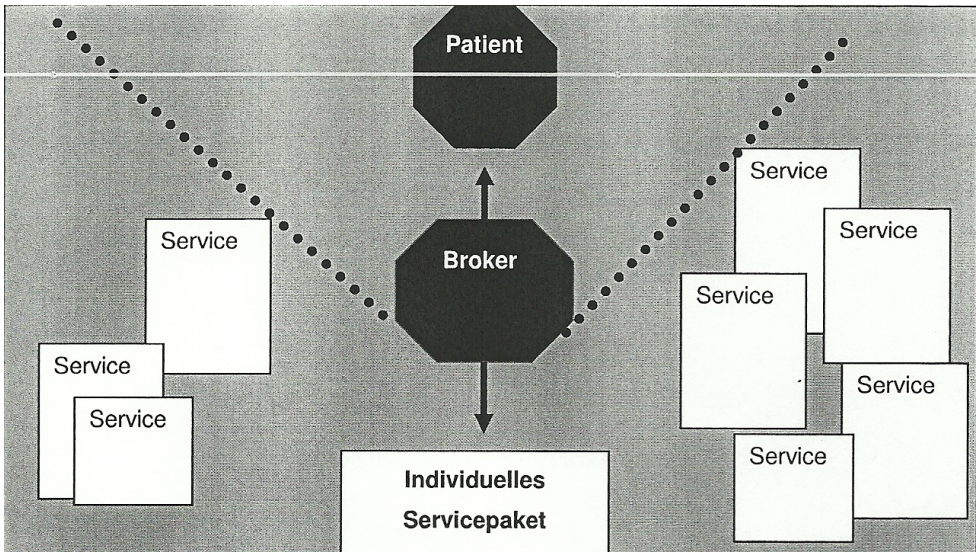

Abbildung 4: „Gate-Keeper" Funktion des Case Managements[99]

Zu den drei Kernfunktionen ist zu sagen, dass diese in Case-Management-Konzepten meist miteinander kombiniert werden. Sie werden also der Zielsetzung des/der jeweiligen Auftraggebers/in angepasst. Je nach dem wo die Akzentuierung der Kernfunktion liegt, in Zusammenhang mit anderen Aufgaben, entsteht jeweils eine spezifische Prägung des Case Managements.[100]

[96] Vgl. a. a. O., S.70-71
[97] Vgl. a. a. O., S.71
[98] Vgl. ebda.
[99] a. a. O., S.70
[100] Vgl. ebda.

4.5. Schritte des Case-Management-Prozesses/Regelkreis

Die Schritte des Case-Management-Prozesses/Regelkreis ähneln jenen des Pflegeprozesses sehr. Mit Hilfe dieser Schritte, sollen Informationen gesammelt werden, um daraus den individuellen Plan für das weitere Vorgehen zu erstellen.[101]

Der Case-Management-Prozess/Regelkreis baut sich aus einzelnen, logisch aufeinander aufgebauten Arbeitsschritten auf. [102] Der Case-Management-Prozess, oder auch als Regelkreis bezeichnet, umfasst meist fünf Basis-Komponenten. Je nach Autor/in werden einzelne Elemente stärker differenziert, so kann es dazu kommen, dass der Case Management-Prozess/Regelkreis in acht Schritte unterteilt wird. [103] Der Case Management-Prozess/Regelkreis gliedert sich nach Ewers und Schäffer wie folgt:

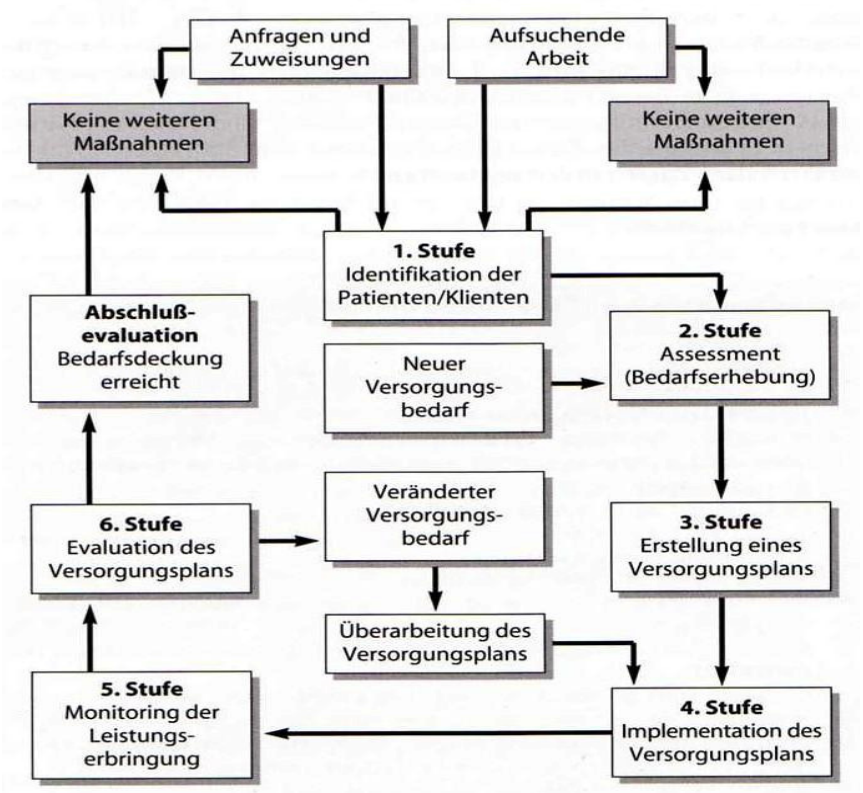

Abbildung 5: Case-Management-Regelkreis[104]

[101] Vgl. Dörpinghaus, S., et al. 2008, S.121
[102] Vgl. Ewers, M. 2000a, S.72
[103] Vgl. ebda.
[104] a. a. O., S.73

4.5.1. Identifikation

In dieser Phase werden die Patienten/innen je nach benötigter Dienstleistung (medizinisch-pflegerisch, psycho-sozial) identifiziert. Hier werden meist Patienten/innen mit erhöhten Versorgungsbedarf und hohem Risiko einer Wiedereinweisung wie beispielsweise chronisch Kranke ausgewählt, weiters auch Patienten/innen, die nur geringe soziale und finanzielle Unterstützung erwarten können. Üblicherweise wird der/die Patient/in einer externen Einrichtung oder Versorgungsinstanz (niedergelassener/e Arzt/in) an das Krankenhaus überwiesen. Der/Die Case Manager/in prüft ob der Fall den individuellen Zugangsvoraussetzungen entspricht. Bei positiver Auswertung wird der/die Patient/in ins Case Management-Programm aufgenommen. Um diese Auswahl zu treffen, gibt es verschiedenen Assessments[105]

4.5.2. Assessment

Durch das Assessment werden die objektiven Selbstversorgungsdefizite, individuelle Versorgungsbedürfnisse sowie möglicherweise auftretende formelle und informelle Ressourcen abgefragt. Außerdem werden Fragen zur momentanen sozialen Rolle, zum sozioökonomischen Status, sowie zu religiösen und kulturellen Bedürfnissen im Erhebungsprozess berücksichtigt. [106] Diese Informationen dienen zur Erstellung des individuellen Versorgungsplans. Möglichst alle Disziplinen die am Prozess beteiligt sind sollen einen Beitrag zum Assessment leisten. [107]

4.5.3. Planung des Versorgungsplans

Zusammen mit den gesammelten Informationen und der Kooperation des/der Patienten/in, wird nun der individuelle Versorgungsplan genau dokumentiert. [108] Der/Die Case Manager/in achtet dabei auf Defizite und Bedürfnisse des/der Patienten/innen gemeinsam mit den/der Patienten/in werden die individuellen Versorgungsziele definiert. Er/Sie erstellt weiters eine Liste aller Dienstleistungen, die passend sind, um die zuvor geplanten Ziele zu erreichen. Zur Aufgabe des/der Case Manager/in gehören außerdem auch Verantwortlichkeiten der einzelnen Disziplinen und wenn möglich auch Angehö-

[105] Vgl. a. a. O., S. 72-74
[106] Vgl. a. a. O., S. 76
[107] Vgl. a. a. O., S. 75-76
[108] Vgl. a. a. O., S. 76

riger zu bestimmen beziehungsweise abzustimmen. [109] Er/Sie muss beim Erstellen des Versorgungsplanes kurzfristige und langfristige Ziele planen, welche sowohl realisierbar, als auch überprüfbar sind. Außerdem müssen präventive und rehabilitative Aspekte in der jeweiligen Form berücksichtigt werden.[110]

4.5.4. Implementierung des Versorgungsplans

Durch die ständige Einbindung des/der Patienten/in und dessen sozialem Umfeld wird eine erfolgreiche Implementierung des Versorgungsplanes gewährleistet (Patientenpartizipation). Durch die gemeinsame Diskussion und Lösung des Versorgungsproblems kann der/die Case Manager/in seine/ihre Objektivität bewahren. Somit ist der/die Patient/in über jeden Schritt in seinem Versorgungsplan informiert.[111] Hat der/die Patient/in und deren/dessen Angehörigen dem gemeinsam erstellten Versorgungsplan zugestimmt, wird dieser implementiert. Die beiden wesentlichen Aufgaben, die hierbei auf den/die Case Manager/in zukommen sind: Die Verhandlungen mit den Leistungsanbietern und Kostenträgern, sowie die Koordination des gesamten Versorgungsgeschehen.[112]

„ Die Verbindung herzustellen und das Ineinandergreifen von Dienstleistungsangeboten zu optimieren, ist die Anwendung von organisatorischen Fähigkeiten (z.B. das Wissen darum, welche Kontaktperson auf welchem Niveau der Organisation ansprechbar ist und von Kommunikationstechniken erforderlich (z.B. um auszuhandeln, welche Dienstleistungsangebote entwickelt, welche gesetzlichen Initiativen Anwendungen und welche Finanzierungsquellen erschlossen werden können)“ [113]

4.5.5. Monitoring und Re-Assessment

Hier überwacht der/die Case Manager/in das gesamte Versorgungsgeschehen und ist dafür verantwortlich bei sich verändernden Bedarf ein zu greifen und die Versorgung dahingehen neu abzustimmen. *„Das Monitoring der Leistungsnutzung durch den Klienten ist ein essentielles Element des anhaltenden Re-Assessment des Klientenstatus und Interventionsplans“*[114] Mit Hilfe des Monitorings und Re-Assessment sollen Qualitätsmängel so früh als möglich erkannt oder gar verhindert werden.[115]

[109] Vgl. ebda.
[110] Vgl. a. a. O. 76-77
[111] Vgl. a. a. O., S.77
[112] Vgl ebda
[113] Rothman, J. 1991, in Ewers, M. 2000a, S.77
[114] NASW, 1992, in Ewers, M. 2000a, S.77-78
[115] Vgl. Ewers, M. 2000a, S.77-78

4.5.6. Evaluation und Abschluss

Bei der Evaluation geht es um die Entlassung des/der Patienten/in aus dem Case-Management-Programm. [116] Diese Evaluation ist sowohl für den gesamten Case Management-Prozess auf Handlungsebene als auch auf Systemebene sehr wichtig. Bei der direkten Handlungsebene können Stärken und Schwächen der eigenen Berufspraxis erkannt werden. Auf der System-Ebene kann man Mängel oder auch neue, bessere und innovative Dienstleistungsprogramme erkennen. Weiterführend kann eine Evaluation auch zu einer Verbesserung der Versorgungsplanung beitragen.[117]

„Case Manager/in in der direkten Versorgungspraxis sind in der besten Position, um die Wirkung der existierenden Programme und Versorgungssysteme des/der Klienten/in zu erkennen. Diese Perspektive auf das Versorgungsgeschehen geht mit der Verantwortung einher, konstruktive Anstrengungen für die Beeinflussung und Veränderung dieser Programme und Systeme zu erkennen.“[118]

[116] Vgl. a. a. O., S. 78
[117] Vgl. ebda.
[118] Vourlekis, B., Greene, R. 1992, in Ewers, M. 2000a, S.78-79

4.6. „System-driven case management“ versus „consumer-driven archetyp“

Moxley unterscheidet zwischen “system-driven” und “consumer-driven. Diese zwei Typen lassen sich aus den Zielperspektiven und Leitgedanken der Case Management Schwerpunkte herauslesen.[119]

System-driven Case Management (Systemsteuerung) Administrative Funktion	**Consumer-driven Case Management (Fallsteuerung) klienten/innenorientierte Funktion**
Kontrolle der Ressourcen	Bedürfnisse des/der Kunden/in stehen im Mittelpunkt
Case Manager/in bestimmt den Gang der Untersuchung	Klienten/innen definieren ihre Bedürfnisse und werden bei deren Befriedigung unterstützt
Rationalisierung und Kostenmanagement	Anwaltschaft und verstärkendes Vertrauen
Geteilte Loyalität des Case Management	Loyalität gilt allein dem/der Klienten/in
Ziel ist eine optimale interorganisatorische Versorgung (z.B. Vermeidung von Doppelbetreuung, Überbetreuung, unangemessener Betreuung)	Ziel ist erreicht, wenn Ziel des/der Klienten/in erreicht sind

Tabelle 1: System-driven vs. Consumer-driven Case Management[120]

Sowohl bei der administrativen (System) als auch bei der Klienten/innenorientierten (Fall) Funktion des Case Management, geht es um die wirksame Gestaltung von Prozessen. Diese zwei Funktionen, sowohl die Systemsteuerung, als auch die Fallsteuerung gehören miteinander verknüpft. In der Praxis geschieht dies meist nur selten.[121]Im Folgenden werden zu verknüpfende Elemente beider Ebenen dargestellt:

Systemsteuerung	**Fallsteuerung**
Auslese der Patienten/innen	Fallaufnahme
Bedarfserhebung im Sozialraum	Bedarfsklärung
Versorgungsplanung	Hilfe- und Behandlungsplanung
Kontrolle und Durchführung	Begleitung bei der Leistungserbringung
Evaluation und Rechenschaftsdarlegung	Evaluation und Dokumentation

Tabelle 2: Verknüpfende Element der System- und Fallsteuerung[122]

Ein/Eine Case Manager/in allein in einer Einrichtung kann nicht die volle Wirkung des Case Management zum Vorschein bringen wenn die Organisationsstrukturen es nicht zu

[119] Vgl. Klug, W. 2005, S.48
[120] Moxely, D. 1997, in Klug, W. 2005, S.48
[121] Vgl. Wendt, WR. 2005, S.14
[122] Vgl. a. a. O., S.17

lassen. Somit muss mit der Implementierung eines Case Management immer eine Organisationsentwicklung einhergehen. [123]

Auch umgekehrt gilt, dass eine Systemoptimierung ohne Verbesserung der Kooperation und Steigerung der Nachhaltigkeit auf der Ebene personenbezogener Arbeitsbeziehungen nicht funktioniert. Ziele müssen gemeinsam formuliert werden, um danach Zielprozesse gemeinsam zu gestalten.[124]

Nach Löcherbach stehen Fall- und Systemsteuerung im Case Management in einem bewusst gewollten Verhältnis zueinander. Er beschreibt es wie folgt:[125]

„Fallsteuerung: Case Management verändert die Interaktion zwischen Professionen und Nutzern in Richtung Dienstleistung und stellt eine Abkehr bzw. Erweiterung einer überwiegend personenbezogenen Interaktion (Beziehungsarbeit) dar:

- ✓ *Professionelles Handeln im Einzelfall wird unter den Aspekten von Ablaufplanung und Organisation fokussiert*
- ✓ *Der Nutzer wird aktiv in das gesamte Geschehen eingebunden*

Systemsteuerung:
Case Management betont die Beachtung des organisatorischen Kontexts in der Systemperspektive.

- ✓ *Professionelles Handeln im Einzelfall ist nur durch organisatorisches Einrichtungsentscheidungen sinnvoll abzusichern (Fallübergreifende Differenzierung, Zuordnung und Steuerung von Unterstützungsprozessen)“*

„System-driven“ Case Management verfolgt das Ziel, Fälle zu klassifizieren und selektiert um die Ressourcen im Versorgungssystem zu optimieren.[126]

Durch Case Management auf der Systemebene wird festgelegt wie Fälle in einem bestimmten Arbeits- und Aufgabebereich gehandhabt werden. Noch genauer gesagt strukturiert das Case Management auf der Systemebene die Bearbeitungsprozesse für die unterschiedlichen Fälle. Einem Case Management auf der Einzelfallebene muss immer ein Case Management auf der Systemebene vorausgehen. Das Case Management auf der Systemebene soll folgende Aufgaben erfüllen:[127]

- ✓ Entscheidungen treffen → Entscheidungsverfahren, Pfade werden entwickelt und es wird über das Ausmaß in dem sich mit den einzelnen Fällen beschäftigt wird entschieden. Definierte Kriterien werden festgelegt bei wem und wann das Case

[123] Vgl. a. a. O., S.14-17
[124] Vgl. Brinkmann, V. 2006, S.11
[125] Löcherbach, P. 2004, in Hierzer, KH. 2007, S.28
[126] Vgl. Wendt, WR. 2006, S.39
[127] Vgl. Wendt, WR. 2005a, S.8-9

Management zum Einsatz kommen soll. Weiters wird zuvor festgelegt wie geholfen wird, ob der Patient/in an andere Stellen verwiesen wird und wann und wo jemand einer besonderen und intensiveren Betreuung bedarf.

- ✓ Zusammenarbeit regeln →Case Management managet die Zusammenarbeit. Es managet die Zusammenarbeit zwischen Patienten/in/Klienten/in, der Gesundheitsdienstleistungen und den eventuell vorhandenen informellen Ressourcen wie z.B. Angehörige oder Freunde. Auch die Organisation interner Fachkräfte und Funktionsstellen sowie die Vernetzung externer Anbieter/innen werden gemanagt. Bei einer „integrierten Versorgung" bezieht sich die Systemebene darauf festgelegte Kooperationen im Blick zu behalten und Schnittstellenmanagement zu betreiben. Hiermit sollen getrennte Handlungsbereiche in Institutionen aufeinander abgestimmt werden. Die Kooperationsvereinbarungen legen fest welche Person oder Stelle in einem bestimmten Fall die Zuständigkeit hat.

4.7. Case Management im Krankenhaus

Sowohl deutsche als auch österreichische Krankenhäuser befinden sich in einer schwierigen Umbruchsituation. Diese sehen im Konzept Case Management oft Lösung ihrer Probleme bzw. einen guten Handlungsansatz. Dennoch gibt es oft Missverständnisse darüber was man unter Case Management versteht beziehungsweise darüber, welche Elemente es zu beinhalten hat. Nicht selten wird die Verwendung des Case Management eines Krankenhauses angepriesen, welches bei näherer Betrachtung nur einzelne Elemente (wie beispielsweise Entlassungsmanagement oder Überleitungspflege) beinhaltet. In Deutschland und Österreich lassen sich Anwendungsschwerpunkte des Case Management in Bereichen der Überleitung/Entlassungsmanagement/Organisation nachstationärer Versorgung und Formen integrierter Versorgung finden. Hierzu gehören Fragen des Aufnahmemanagement, die Belegssteuerung und die interne Prozessoptimierung im Krankenhaus. Es geht um Handlungen mit direktem Patienten/innenkontakt, sowie um Patienten/innenferne, welche im Hintergrund ablaufen.[128]

Das Krankenhauswesen ist geprägt von der Einführung der „Diagnostic Related Groups" (DRG) in Deutschland beziehungsweise in Österreich durch die Leistungsorientierten Krankenhausfinanzierung (LKF). Hier werden diagnosebezogene Fallgruppensys-

[128] Vgl. Ribbert-Elias, J. 2006, S.137-138

teme mit einem pauschalierten Endgeltsystem, für alle stationären medizinischen Leistungen formuliert. Damit wird das Ziel verfolgt, dass das Krankenhaus nach Leistung und nicht nach Verweildauer bezahlt wird. In Deutschland lag die durchschnittliche Verweildauer bei 8,7 Tage im Jahr 2004.[129] In Österreich gab es eine Verkürzung von 11 Tagen auf 6,8 Tage, für den Zeitraum von 1989-2008.[130] Der/Die Patienten/innen müssen in kürzerer Zeit akutstationär behandelt und entlassen werden. Dies setzt voraus, dass es krankenhausintern zur Um- und Neuorganisation von Arbeitsabläufen im Sinne einer Prozessoptimierung kommen muss. Dafür wurden Patientenpfade entwickelt, damit schon im Voraus für bestimmte Patienten/innengruppen genau feststeht wann, was von wem zu leisten ist. Auch einige früher stationär erbrachte Leistungen werden nun ambulant erbracht. Dies folgt dem allgemeinen Trend der „Ambulantisierung" von Leistungen. Die demographische Entwicklung zeigt sich auch in den Krankenhäusern stark. Durch die ständig steigende Zahl chronische Kranker, Multimorbidität, der Auseinandersetzung geriatrischer I´s: Intellektueller Abbau, Immobilität, Instabilität und Inkontinenz sowie der Häufung sozialer und gesundheitlicher Problemlagen, muss auch das Krankenhaus diese Entwicklungen reagieren.[131]

Durch die verkürzte Verweildauer kann es besonders bei betagten Menschen zur Fehlallokation kommen. Es kann passieren, dass alte Menschen vom Krankenhaus direkt in ein Heim ziehen, obwohl dies nicht nötig wäre, oder es andere Möglichkeiten zu bedenken gäbe. Die kurze Verweildauer und ein nicht schlecht funktionierendes Case Management lassen dem/der Patienten/in oft keine andere Wahl.[132] Eine weitere Veränderung die durch die kurze Verweildauer zu bedenken ist, ist das der Behandlungsverlauf bei der Patienten/innen in kürzerer Zeit organisiert werden muss. Dies bedarf einer Weiterentwicklung ambulanter und aber vor allem komplementärer Unterstützungsstrukturen. Durch diese Entwicklungen der letzten Jahren ist es nicht verwunderlich, dass warum immer mehr Krankenhäuser sich mit Case-Management-Ansätzen beschäftigen. [133]

Das Handlungskonzept des Case Management hat sich in den letzten Jahren sehr schnell verbreitet. Dadurch läuft es Gefahr, missverstanden, fehl interpretiert und schwammig angewandt zu werden. So kommt es vor, dass viele Einrichtungen angeben mit Case Mana-

[129] Vgl. a. a. O., S.138-139
[130] Vgl. Statistik Austria 2009
[131] Vgl. Ribbert-Elias, J. 2006, S.138-139
[131] Vgl. a. a. O., S.139
[132] Vgl. ebda.
[133] Vgl. ebda.

gement zu arbeiten. Betrachtet man die wesentlichen Krenpunkte die beim Einsatz von Case Management im Krankenhaus laut Wissmann vorhanden sein sollen erkennt man schnell, dass oft gravierende Element fehlen. Im Folgenden soll die Kernpunkte laut Wissmann näher erläutert werden.[134]

Die Auflistung deckt sich Großteils mit dem Zuvor beschriebenen Kapitel:[135]

- ✓ Jede Einrichtung die Case Management einführt, muss sich im Klaren darüber sein, welche Probleme sie mit Hilfe des Case Management lösen will. Es muss eindeutig ersichtlich sein, warum gerade Case Management zur Lösung führt.
- ✓ Um Case Management sinnvoll zu nutzen, müssen eine große Problemkomplexität sowie eine hohe Akteurs dichte herrschen. Durch eine hohe Akteurs dichte arbeiten viele Disziplinen und Professionen miteinander, welche durch Schnittstellen und Segmentierungen koordiniert werden müssen. Besteht nur ein geringer Abstimmungsbedarf und sind nur zwei Disziplinen zu koordinieren, bedarf es keines Case Managements.
- ✓ Bevor Case Management als Handlungskonzept eingeführt wird, muss eine tragende Struktur auf der Systemebene erstellt werden.
- ✓ Der Regelkreis des Case Management ist konsequent, vollständig und adressatenorientiert, unter der Verwendung der zur Verfügung stehenden Ressourcen und Kompetenzen ein zu halten.
- ✓ Es ist darauf zu achten, dass es Kontinuität in der Fallintervention und Verantwortlichkeit gibt.
- ✓ Querinterventionen zu segmentierten Dienstleistungen sollen erfolgen
- ✓ Die Intervention im Case Management ist immer zeitlich begrenzt
- ✓ Der Case-Management-Prozess muss qualitätsgesichert erbracht werden und muss somit ausnahmslos und fehlerfrei dokumentiert sein

[134] Vgl. a. a. O., S.140
[135] Vgl. a. a. O., S.140-141

4.8. Anforderung bei der Implementierung von Case Management auf der Systemebene in Krankenhäusern

Das Case Management an sich kann seine volle Wirkung nur dort entfalten, wo das System dementsprechend aufgestellt worden ist. Bei der Implementierung wird zuerst der Systemebene, danach die Fallebene betrachtet. Aus diesen lassen sich später Erfolge und Misserfolge in der Anwendung ableiten. [136]

Das Case Management auf der Systemebene beinhaltet die gesamten Steuerungsleistungen und Einzelverfahren, die innerhalb des Netzwerkes aufeinander abgestimmt werden müssen. In diesem Zusammenhang hat es auch Einfluss auf planerische und (sozial) politische Prozesse. Es ist notwendig, dass die Zielgruppen die mit Case Management in Kontakt kommen, genau analysiert werden, bezogen auf deren Lebensbereiche und deren Bedarfslagen. Dies ist hilfreich um später passende und zielgenaue Unterstützungsleistungen zu entwickeln.[137]

In einem Netzwerk muss immer ein gemeinsames Ziel bestimmt werden. Jeder weiß wofür er/sie im Netzwerk die Verantwortung trägt, jeder versteht sich als „Baustein". Damit dies funktioniert, müssen die Dienstleistungen untereinander in Umfang, Reichweite, Qualität und Kosten bekannt sein. Es muss eine Transparenz der aufeinander abgestimmten Einzelleistungen geben und Schnittstellen müssen intersubjektiv geregelt sein. Gängige Prozessverläufe sind genau gestaltet und im besten Fall auch finanziell kalkuliert. Verwendete Arbeitsinstrumente müssen standardisiert und formal vergleichbar sein. Alle Daten müssen unter Berücksichtigung der Datenschutz rechtlicher Bestimmungen zugänglich sein. Es gibt ein geregeltes Informationssystem. Alle Verantwortlichkeiten, Kompetenzen und Zuständigkeiten müssen gemeinsam geklärt werden und allen Beteiligten bekannt sein. Auch der/die Case Manager/in muss entsprechende weitergebildet sein und vom System autorisiert, anerkannt und mit entsprechenden Zuständigkeiten und Verantwortung betraut sein. Die bereits genannten Voraussetzungen sind in ihrem Aufwand nicht gering. Hinzu kommen weiters jedoch die unterschiedlichen Hierarchieebenen auf der Systemebene. Jedem einzelnen Akteur muss Bedeutung geschenkt werden Gleichzeitig sind sie zeitlich parallel beteiligt z.B. auf der Ebene des Trägers (Geschäftsführung), die Leitungsebene eines Dienstes und die Ebene der Mitarbeiter/innen „vor Ort". Auf jeder Ebene sind weitere Differenzierungen möglich. Jede Ebene muss ins Netzwerk integriert werden, damit Case Ma-

[136] Vgl. a. a. O., S.142
[137] Vgl. ebda.

nagement wirklich funktioniert. Wird ein Netzwerk aufgebaut, startet dies meist mit einem gemeinsamen Leitbild/Vision, der Formulierung strategischer Ziele, Leistungsbeschreibungen, Qualitätsstandards, Arbeitsinstrumente, Weiterbildung des/der Case Managers/in. Dies gehört alles zur Aufbauarbeit in der eignen Einrichtung. Darauf folgt die gemeinsame Bildung der lokalen und regionalen Netzwerke mit denkbaren Partnern/innen. In diesem Stadium kristallisieren sich hinderliche und förderliche Bedingungen heraus, die auf das gesamte Geschehen positive oder negative Auswirkungen haben können[138].

Im Folgenden werden dies in Form einer Tabelle dargestellt:

Hinderliche Bedingungen	**Förderliche Bedingungen**
Macht- und (verstecktes) Konkurrenzdenken	Regelmäßige institutionalisierte, zielorientierte und gut moderierte Treffen
Fehlende Kooperationseinsicht	Bereits bestehende feste Kooperationsstrukturen
Die ausgesprochene oder nicht ausgesprochene- schlecht Meinung über den oder die Partner/in	Gemeinsame professions-, Disziplin- und Institutionsübergreifende Fortbildungen
Die aus verschiedenen Gründen nicht funktionierende Kommunikation	Öffentlichkeitsarbeit
Fehlende Energie	
Zeitmangel	
Fehlende Abrechungsmöglichkeiten	

Tabelle 3: Hinderliche und förderliche Bedingungen bei der Implementierung von Case Management auf der Systemebene.[139]

[138] Vgl. a. a. O., S.142-143
[139] Vgl. a. a. O., S.143

4.9. Konsequenzen der Implementierungsanforderung für das Krankenhaus

Hier ist zu erwähnen, dass es im gesamten „System Krankenhaus“ zu einem Umdenken kommen muss. Man muss weg kommen von den alten Strukturen wie, Träger- und dessen Angebotsorientierung, vom Abteilungs- und Domänendenken, von der Professionsbezogenen „Versäulung“ um sicher der Patienten/innenorientierten Prozesssteuerung hinzuwenden. [140]

Krankenhäuser sind nach wie vor sehr streng hierarchisch aufgebaut. Hier können deshalb die im Vorhinein erwähnten hinderlichen Bedingungen verstärkt auftreten. So ist es dann eine Herausforderung, wirklich umzudenken. Die Implementierung eines Case Management funktioniert weder rein durch „Top down“, darunter ist eine erzwungene Implementierung von Oben zu verstehen. Denn durch eine rein „Bottom up“ Implementierung, also einer Erfolgsversprechenden Implementierung seitens engagierter Mitarbeiter/innen. Um Erfolg zu haben ist es unbedingt notwendig beide Komponenten mit ein zu beziehen. Damit muss die Führungsebene absolut verlässlich und konsequent hinter der angestrebten Implementierung stehen. Nur so können die benötigten Kompetenzen und Verantwortungen gut eingeteilt werden. Dies ist in einer Aufgabenbeschreibung zu dokumentieren. Weiters müssen jederzeit messbare Case Management Ziele des jeweiligen Krankenhauses festgelegt werden. Dies geschieht mit Hilfe von Kennzahlen. So kann die Wirkung von Case Management nachvollzogen und dargestellt werden.[141]

[140] Vgl. a. a. O., S.144
[141] Vgl. ebda.

Mit der Implementierung des Case Management geschieht gleichzeitig ein Organisationsentwicklungsprozess. Zu Veränderungen, die durch die Weiterentwicklung der Organisation Krankenhaus entstehen, zählen:[142]

- Einflussnahme auf Prozesse, die teilweise schon vor der Aufnahme beginnen, nachfolgend Aufnahmeprozess, Behandlungsprozesse, bis hin zum Entlassungsprozess und dessen Reichweite
- Identifizierung der durch die Implementierung betroffenen Schnittstellen und deren Mitarbeiter/innen
- Sicherstellung der disziplin- und Professionsübergreifenden Zusammenarbeit je nach Case Management-Schwerpunkt
- Schaffung von Möglichkeiten zur Umsetzung des Case Management-Regelkreises
- Umschichtung von Ressourcen
- Einflussnahme auf das Budget
- Personalentwicklung vorantreiben (nicht nur die des/der Case Managers/in)
- Einfluss auf das gesamte Fortbildungsmanagements der Einrichtung
- Entwicklung eines Informationswesen, für Mitarbeiter/innen, Patienten/innen im Krankenhaus und über das Krankenhaus hinaus
- Einarbeitungskonzepte für neue Mitarbeiter/innen
- Beschwerdemanagement
- Analyse von Beinahe-/Zwischenfällen, eine Vorstufe des Risikomanagement
- Befragungswesen (Mitarbeiter/innen- , Patienten/innen, Zuweiser/innenbefragung)[143]

Dies sind nur einige zu bedenkende Aspekte, welche keineswegs den Anspruch auf Vollständigkeit erheben.

Implementiert man eine solch komplexe Methode, so wird eindringlich empfohlen, dies als Projekt, begleitet von einem professionellen Projektmanagement anzulegen. Darunter versteht man das Zusammenwirken von Projektkontrakt, Projektleiter/in, Moderator/in, Zielvorgaben, Meilensteinformulierung, Projektablaufplan, Probephase, Projektmonitoring und Evaluation vor der definierten Einführung. [144]

[142] Vgl. a. a. O., S.145
[143] Vgl. ebda.
[144] Vgl. a. a. O., S.145-146

5. Praxisbeispiele, Anwendung von Case Management in Krankenanstalten in Österreich und Deutschland

5.1. Österreich

Eingangs ein paar Zahlen zum Akut Bereich im Krankenhaus.
Der überwiegende Teil von stationären Krankenhausaufenthalten (2007, 96% der Fälle) wird in Akut-Krankenanstalten versorgt. 2007 wurden in Akut-Krankenanstalten 2.633.980 Entlassungen nach stationären Aufenthalten verzeichnet. Die Anzahl stationärer Aufenthalte ist seit Jahren ansteigend. Von 1989 bis 2007 gab es einen Anstieg um 59%. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer nimmt hingegen ab. Wie bereits erwähnt lag die durchschnittliche Aufenthaltsdauer im Jahr 1989 noch bei 11 Tagen und im Vergleichsjahr 2007 nur noch bei 6,8 Tagen. Geschlecht und Alter haben eine deutliche Auswirkung auf die Entlassungszahlen. 2007 wurden 23% mehr Frauen als Männer aus österreichischen Krankenhäusern entlassen. Besonders in der Gruppe der über 80-jährigen wurden doppelt bis dreifach so viele Frauen als Männer entlassen. Der Grund hierfür liegt in der Altersstruktur der Bevölkerung. Über die Hälfte der Krankenhausentlassungen aus Akut-Krankenanstalten betrifft die Gruppe der über 60-jährigen.[145]

Ziele werden sowohl national auch international mit dem Schwerpunkt einer integrierten Versorgung formuliert. Die World Health Organization (WHO) formuliert eine kontinuierliche und integrierte Versorgung als Zielvorstellung („continuum of care“). In einer Vereinbarung über die gemeinsamen Maßnahmen des Bundes und der Länder für pflegebedürftige Personen gemäß Artikel 15a B-VG werden in Österreichs Gesundheits- und Sozialpolitik eine verbesserte Koordination zwischen allen angebotenen ambulanten, teilstationären und stationären Diensten sowie die Sicherstellung von Information und Beratung gefordert.[146]

Wie bereits erwähnt, entstehen Versorgungsdefizite im Gesundheitswesen oft durch die starke Segmentierung. So kommt es zu einer Ineffizienz bei Versorgungsleistungen zwischen verschiedenen Gesundheitsleistungsanbietern. Durch eine Verbesserung der Schnitt-

[145] Vgl. Statistik Austria 2009
[146] Vgl. Gründböck, A., Rappauer, A., Müller, G. 2003, S.15

stellen zwischen intra- und extramural Leistungsanbietern/innen könnte dies verhindert werden und zu einer Entlastung im intramuralen Bereich beitragen.[147] Weiters stehen die Krankenhäuser durch die Einführung des LKF-System immer mehr unter Kostendruck. Dabei werden immer kürzere Verweildauer mit gleichzeitiger Leistungssteigerung angestrebt. Betrachtet man die demographische Entwicklung der Bevölkerung sieht man, dass alleine in Wien bis 2031 um 59,3% mehr über 85-jährige leben werden als heute (2010). Genau diese Gruppe, die meist an chronischen Erkrankungen oder auch Multimorbidität leiden werden, kann es nicht zugemutet werden sich in der vielfältigen Versorgungslandschaft des österreichischen Gesundheitswesens zu Recht zu finden. [148]Um dieser Entwicklung entgegen zu wirken wird in Österreich in vielen Fällen ein Entlassungsmanagement bzw. Überleitungspflege welche auf Case Managementansätzen beruht, angewandt. [149]

Um dem/der Leser/in mehr Klarheit zu verschaffen wird Eingangs auf die Entwicklung und Klärung des Begriffes Entlassungsmanagement eingegangen. Entlassungsmanagement wird oft als standardisierte Maßnahme, für Personen mit multiplem Versorgungsbedarf definiert, welche während des Krankenhausaufenthaltes geplant wird, um nach der Zeit im Krankenhaus eine adäquate Versorgung zu gewährleisten.[150] Das Entlassungsmanagement wird vom Krankenhausträger erbracht mit dem Ziel, nötige Leistungen zu organisieren, die Leistungsanbieter/innen zu informieren und deren Handlungen zu koordinieren. [151] Die Planung der Maßnahmen erfolgt immer unter Beachtung der vorhandenen Ressourcen des/der Patienten/in mit dem Ziel, den Übergang von der stationären zu häuslichen Betreuung zu erleichtern.[152]

[147] Vgl. Klassen, M, Müller, M. 1/2009, S.15
[148] Vgl. Kapounek, A. 6/2009, S.15
[149] Vgl. Klassen, M., Müller, M 1/2009, S.15
[150] Vgl. a. a. O., S.15
[151] Vgl. ebda.
[152] Vgl. ebda.

Die Organisationsform Entlassungsmanagement wird nach Gründböck folgend eingeteilten:[153]

- ✓ Direktes Entlassungsmanagement: Dies findet auf einer einzelnen Station statt und wird vom Stationspersonal, quasi als Nebentätigkeit durchführt. Die Qualität der erbrachten Leistungen ist von der momentanen Verfügbarkeit des Personals abhängig
- ✓ Indirektes Entlassungsmanagement: Hier wird Entlassungsmanagement in einer eignen organisatorischen Einheit stationsübergreifend von Pflegenden bzw. von Sozialarbeitern/innen organisiert.

Zielgruppe des Entlassungsmanagement wird durch multimorbide, meist geriatrische Patienten/innen die einer langfristigen Betreuung bedürfen gebildet. Diese Gruppe verweilt aufgrund unsicherer poststationärer Versorgung meist sehr lange im Krankenhaus obwohl keine medizinische Indikation mehr nötig ist. [154]

„Das Hauptziel des Entlassungsmanagement besteht darin, dass die gesundheitlichen (und psychosozialen) Leistungen so bedarfs- und bedürfnisgerecht konzipiert, geplant und eingesetzt werden, das der im Rahmen der stationären Behandlung erreichte Gesundheitszustand des Patienten über die Entlassung hinaus bestand hat.“[155]

Die Teilziele lauten wie folgt:[156]

- ➢ *Professionalisierung und Optimierung des Entlassungsprozess und der Entlassungsplanung*
- ➢ *Rückgang der Belags Tage*
- ➢ *Vermeidung von unnötigen Wiederaufnahmen*
- ➢ *Verringerung der Schnittstellenproblematik zwischen stationärer und ambulanter Versorgung*
- ➢ *Effizienter Ressourceneinsatz und Kostenoptimierung*

Um einen Erfolg oder Misserfolg ablesen zu können müssen Haupt- und Teilziele gemessen werden. Hierfür müssen Kennzahlen gebildet werden. [157]

[153] Vgl. ebda.
[154] Vgl. ebda.
[155] Gründböck, A. 2007, in Klassen, M, Müller, M., 1/2009, S.16
[156] Klassen, M., Müller. 1/2009, S.16
[157] Vgl. ebda.

5.1.1. Wiener „Patientenorientierte integrierte Krankenbetreuung“ (PIK) – indirektes Entlassungsmanagement

Dieses Projekt zählt zu den Case Management-Aktivitäten in Österreich.[158]
Dieses Projekt verfolgt das Ziel durch eine verbesserte Kommunikation, Kooperation und Zusammenarbeit unter allen beteiligten Professionen und Patienten/innen Nahtstellenoptimierung durchführen zu können. Eine wichtige Maßnahme ist die Verbreitung des indirekten Entlassungsmanagement. [159] Durch die Wien weite Einführung von Entlassungsmanagement sollen im konkreten folgenden Ziele erreicht werden:[160]

- ✓ Zielgenauigkeit der Versorgung
- ✓ Gewährleistung von Kontinuität
- ✓ Verkürzung der Verweildauer auf das erforderliche Maß
- ✓ Effektive Beratung und Information für Patienten/innen und deren Angehörigen bzw. Vertrauenspersonen im Sinne eines eigenständigen Krankheitsmanagement und Selbsthilfe
- ✓ Steigerung der Patienten/innenzufriedenheit
- ✓ Vermeidung unnötiger Wege für Patienten/innen und deren Angehöriger

Im Rahmen des Projektes wurde in Wien über den Zeitraum von November 2005 bis Februar 2006 eine Potenzialerhebung bei 76% der Krankenhausbetten durchgeführt, welche folgende Schlussfolgerung zulässt:
Bei durchschnittlich 12% der Patienten/innen wird Entlassungsmanagement eingesetzt. Die Spannbreite reicht dabei von 6%-18%, besonders auf internen Abteilungen, Neurologie, Unfallchirurgie und Gynäkologie erhalten durchschnittlich 20% der Patienten/innen ein umfassendes Entlassungsmanagement.[161]

Eine Forderung an Krankenhäusern ist es, Patienten/innenorientierung und Wirtschaftlichkeit in Verbindung zu bringen. Dies wird besonders bei Aufnahme- und Entlassungsprozessen verlangt. Besonders Patienten/innen mit einem komplexen poststationären Versorgungsbedarf stellen bezogen auf das Entlassungsmanagement von Krankenhäusern eine große Herausforderung dar. Genau deshalb wurde in Wien an einer flächendeckenden Lösung für die beschriebene Zielgruppe gearbeitet. Das Modell wurde in Anlehnung nationaler und internationaler Entwicklungen geplant. National orientierte man sich an Projekten, wie Qualität im Krankenhaus und MedTogether, international hingegen an Entlassungsma-

[158] Vgl. Czypionka, T., et al. 2008, S. 4
[159] Vgl. Kapounek, A. 6/2009, S.16
[160] Vgl. PIK 2009, S.4
[161] Vgl. a. a. O., S.5-6

nagementmodellen aus Deutschland und der Schweiz. Es wurde eine interdisziplinäre und Organisationsübergreifende Umsetzungsgruppe für Entlassungsmanagement geschaffen. Zielgruppe des Entlassungsmanagement sind Personen mit poststationären (therapeutisch, pflegerischem, sozialem), Versorgungs- und Betreuungsbedarf.[162]
Im Verlauf des Projektes wurde von den beteiligten Experten/innen ein Standard Entlassungsmanagement erstellt. Dieser Standard orientiert sich wiederum an nationalen und internationalen Projekten. Er beinhaltet neben einem Anforderungsprofil, die Kernaufgaben des Entlassungsmanagement und den Ablauf nach acht Schritten welche in Prozess-, Struktur- und Ergebniskriterien gegliedert sind. Weiters weißt der Standard auf einen interdisziplinären Zugriff und Organisations- und Berufsgruppenübergreifende Tätigkeiten hin.[163]

Am Projekt beteiligte Krankenanstalten sind: Krankenhäuser der Vinzenz Gruppe, Hanusch Krankenhaus, Krankenhaus Barmherzige Brüder, UKH Meidling und UKH Lorenz Böhler. Es wurden für das Entlassungsmanagement 16 Dienstposten genehmigt. [164]

[162] Vgl. a. a. O., S.5
[163] Vgl. a. a. O., S.6
[164] Vgl. ebda.

5.1.2. Krankenhaus „Göttlicher Heiland“

Dieses Krankenhaus zählt zur Vinzenzgruppe. Dabei handelt es sich um ein Standardkrankenhaus mit dem Schwerpunkt „alter Mensch“. Im Jahr werden 12.400 Patienten/innen stationär betreut. In diesem Krankenhaus wird sowohl direktes, als auch indirektes Entlassungsmanagement angeboten. Patienten/innen mit poststationärem Betreuungsbedarf werden von dem mulitprofessionellen Entlassungsmanagementteam beraten und betreut. Das Team ist als Stabstelle der Pflegedirektion unterstellt. Es besteht aus zwei Sozialarbeiter/innen und zwei Pflegefachkräften und arbeitet eng mit anderen Berufsgruppen, welche an der Behandlung des/der Patienten/in beteiligt sind, zusammen. Durch eine optimale Organisation der poststationären Versorgung kann der Aufenthalt im Krankenhaus auf sein erforderliches Maß reduziert werden. So werden auch Wiedereinweisungen verhindert. Durch geplante Rehabilitationsmaßnahmen bzw. Betreuungsmaßnahmen soll der Gesundheitszustand des/der Patienten/in über den Krankenhausaufenthalt bewahrt bleiben. Die Patienten/innenperspektive steht im Vordergrund. Alle Leistungen werden prozessorientiert erbracht, quer über Professions-, Abteilungs- und Organisationsgrenzen. [165]

Der Betreuungsaufwand im Krankenhaus „Göttlicher Heiland“ beträgt pro Fall durchschnittlich 3 Stunden 22 Minuten. Bei ungefähr 1665 Fällen jährlich ergibt dies einen Personalaufwand von 3.375 Vollzeitstellen. Durch die Einführung des Entlassungsmanagement konnte die Verweildauer von durchschnittlichen 17 Tagen auf 15 Tage reduziert werden. Auf der internen Station hat sich die Verweildauer von durchschnittlich 11 Tagen auf 8 Tage reduziert.[166]

Die Entlassungsmanager/innen der Vinzenzgruppe tauschen in einem häuserübergreifenden Netzwerk Erfahrungen aus. Sie arbeiten an der Weiterentwicklung des Entlassungsmanagement und bauen die Kooperation mit extramuralen Partnern/innen aus, mit dem Ziel, die Versorgung für den/die Patienten/in zu sichern.[167]

[165] Vgl. Kapounek, A. 6/2009, S. 16
[166] Vgl. a. a. O., S.16-17
[167] Vgl. a. a. O., S.17

5.1.3. Entlassungsmanagement durch ambulante Arbeiterorganisationen im Kaiser-Franz-Josef-Spital der Stadt Wien: Case Management an der Schnittstelle zwischen stationärer und extramuraler Betreuung

Im Jahr 1998 wurde in Wien mit der Einführung eines spezifischen Entlassungsmanagements für Krankenhäuser begonnen. Ambulante Arbeiterorganisationen bieten Entlassungsmanagement als stationsübergreifendes Dienstleistungsangebot im Krankenhaus an. Derzeit gibt es in Wien drei solcher Organisationen. Neben dem Roten Kreuz und der Volkshilfe Wien bieten die Caritas der Erzdiözese Wien sowie auch die Magistratsabteilung 47 – Pflege und Betreuung (MA 47) Entlassungsmanagement an. Davon hat sich das Wiener Rote Kreuz als erste Organisation mit dem Entlassungsmanagement, in Zusammenarbeit mit dem Hanusch-Krankenhaus auseinander gesetzt. Später wurde es mit den genannten Arbeiterorganisationen weiter ausgebaut.[168]

Entlassungsmanagement von den Leistungserbringern wird folgende definiert*: „ Das Entlassungsmanagement ist eine Stationsübergreifende Dienstleistung für Patienten/innen und Angehörige im Krankenhaus. Sie dient zur rechtzeitigen Planung und Organisation der Entlassung von Patienten/innen mit komplexem Betreuungsbedarf zu Hause (therapeutisch, pflegerisch, sozial). Der individuelle Versorgungsbedarf der Patienten/innen für die Betreuung zu Hause wird erhoben. Bis zum Zeitpunkt der Entlassung werden die notwendigen Hilfsmitteln organisiert und es erforderliche professionelle Netzwerk aktiviert – unter Berücksichtigung und Einbeziehung vorhandener Ressourcen aus dem Laiensystem.“*[169]

Eine Definition von Entlassungsmanagement laut Dash 2000 lautet:
„Entlassungsplanung bedeutet heut mehr, als den/die Patienten/in von einer betreuenden Umgebung in eine andere zu verlegen; sie umfasst vielmehr die Betreuung während und nach einem Krankenhausaufenthalt, bezieht qualitativ hochwertige Patientenbetreuung und fundierte Praktiken des patientenorientierten Case Management ein und koordiniert einzelne Stationen und Disziplinen, um die Ressourcen zu mobilisieren, die zur Gewährleistung des rechtzeitigen Übergangs von einer Betreuungsebene zur nächsten nötig sind“.[170]

Übergangs von einer Betreuungsebene zur nächsten nötig sind“ (Dash et al. 2000, S. 10).
Das Entlassungsmanagement wird im Kaiser-Franz-Josef-Spital (KFJ) von diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonal der ambulanten Arbeiterorganisationen erbracht. Während des Krankenhausaufenthaltes übernehmen die Entlassungsmanager/innen die

[168] Vgl. Gründböck, A., Rappauer, A., Müller, G. 2003, S.3
[169] a. a. O., S.4
[170] Dash, K. 2000, in Gründböck, A., Rappauer, A., Müller, G. 2003, S.36

Koordinations- und Organisationsverantwortung für die Planung und Umsetzung der Aufgaben extramuraler Dienste.
In der Modellphase vom Oktober 2002 bis Juni 2004 wurde Entlassungsmanagement auf sechs Stationen, von Montag bis Freitag von 9.00 bis 13.00 Uhr angeboten. Je nach Bedarf wurde die restliche Dienstzeit eingeteilt. Im KFJ-Spital wurden Stationen ausgewählt, die meist überbelegt bzw. durchschnittlich ausgelastet waren bzwg. Stationen, auf denen die Verweildauer der Patienten/innen über dem Durchschnitt des Krankenhauses lagen.[171]

Die Ziele und die Zielgruppe überschnitten sich mit jenen der Patienten/innenorientierten integrierte Patienten/innenbetreuung im Krankenhaus Göttlicher Heiland und wurden im KFJ-Spittal nicht näher beschrieben.

Das beschriebene Modellprojekt des KFJ-Spitals von Oktober 2002 bis Juni 2004 wurde evaluiert. Dabei erstreckte sich der Evaluierungszeitraum von Mitte Dezember 2002 bis Mitte April 2003.[172] Die primäre Forschungsfrage, die sich daraus ergab lautete folgendermaßen*: „Welchen Beitrag kann das Angebot des Entlassungsmanagement zu einer integrierten, kontinuierlichen, koordinierten und qualitätsvollen Versorgung der Patienten/innen an der Schnittstelle zwischen stationären und ambulanten Bereich leisten?"*[173]

Somit kam es zu folgenden Schwerpunktsetzungen:[174]

1. *Evaluierung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität des Dienstleistungsangebotes Entlassungsmanagement im KFJ-Spital*
2. *Evaluierung der Bedingung und der Qualität der Zielerreichung bei der Implementierung*

Die Evaluation erfolgte mittels qualitativer Forschung. Diese Methode eignet sich besonders zur Überprüfung von Praxisveränderungen und deren Effizienz.[175] Als Evaluationsdesign wurde ein „Deskriptives(beschreibendes)" nach der Systematik von Ovretveit (2002) verwendet. Die Datenerhebung fand retrospektiv im Bezug auf die Einführung des Dienstleistungsangebotes definierten Zielsetzungen statt.[176]

Im Rahmen der Evaluation wurden 48 Experten/Inneninterviews von stationären und ambulanten Dienstleistungserbringer/innen durchgeführt. Weiters wurde mit neun Patien-

[171] Vgl. Gründböck, A., Rappauer, A., Müller, G.. 2003, S.4
[172] Vgl. a. a. O., S.8
[173] a. a. O., S. 7
[174] ebda.
[175] Vgl. ebda.
[176] Vgl. ebda.

ten/innen und elf Angehörigen Interviews durchgeführt. Bei einer Stichprobe von 108 Patient/innen wurde eine Analyse von Patienten/Innendokumentationen erbracht. [177]

5.1.3.1. Ergebnisse der Evaluation

Die Ergebnisse zeigen, dass die Zielgruppe, nämlich Personen mit komplexem Betreuungsbedarf zu Hause und hoher Verweildauer im Krankenhaus tatsächlich erreicht werden konnten. Dies zeigen folgende Daten.[178]

Der Erstkontakt durch einen/eine Entlassungsmanager/in mit dem/der Patienten/in erfolgte durchschnittlich nach 64% der Gesamtverweildauer. Somit durchschnittlich 8 Tage vor der Entlassung. Der Kontakt wurde hauptsächlich durch das Stationsteam hergestellt, sehr selten durch mobile Schwestern oder Sozialabeiter/innen. Monatlich wurden durchschnittlich 19-28% Patienten/innen der teilnehmenden Stationen an den/die Entlassungsmanager/in überwiesen. Die Tätigkeit des/der Entlassungsmanager/in betrug durchschnittlich 2,5 Stunden pro Patient/in. [179]

5.1.3.2. Nutzen des Entlassungsmanagements aus verschiedenen Perspektiven

Patienten/innen, Angehörige:

Patienten/innen sehen den Nutzen vor allem in der umfassenden Betreuung, durch die ihre eigene Unsicherheit, Orientierungslosigkeit in dieser schwierigen Lebenssituation verringert werden konnten. Auch für Angehörige ist es nicht leicht sich in den komplexen Dienstleistungsangeboten zu Recht zu finden. Die Entlassungsmanager/innen bringen Verständnis für die Situation der Patienten/innen und der Angehörigen auf. Sie nehmen Rücksicht auf deren Bedürfnisse. Gemeinsames Herausarbeiten der Bedürfnisse stärkt die Beziehung zwischen Patient/in/Angehörigen und Entlassungsmanager/in, Vertrauen und Sicherheit werden aufgebaut. Die Patienten/innen und Angehörige fühlen sich ernst genommen. Durch die übermittelten Informationen seitens des/der Entlassungsmanager/in fühlen die Patienten/innen adäquat informiert. Somit kann die eigene Unsicherheit und Orientie-

[177] Vgl. a. a. O., S.7
[178] Vgl. ebda.
[179] Vgl. ebda.

rungslosigkeit verringert werden. Es kommt zu einer Entlastung, da unnötige Wege vermieden werden können.[180]

Professionelle Dienstleister/innen:

Die Entlassungsmanager/innen sehen den Nutzen besonders in der kontinuierlichen vollbrachten Pflege. Einen weiteren Vorteil sehen sie darin, dass durch das Miteinbeziehen der Patienten/innen und Angehöriger in die Entlassungsvorbereitungen Unsicherheiten abgeschwächt werden konnten. [181]

Stationäre Dienstleister/innen:

Der Nutzen wird vor allem bei der zeitlichen Entlastung des Stationspersonals gesehen. Besonders bei Patienten/innen mit komplexem Versorgungsbedarf müsste hierfür sehr viel Zeit seitens des Personals aufgebracht werden. Weiters wird die Verkürzung der Aufenthaltsdauer als positiv angesehen. Außerdem wird erwähnt, dass sie nicht die gleichen Ergebnisse wie Entlassungsmanager/innen erreichen könnten, da diese bessere Fach- und Strukturkenntnisse aufwiesen. (Pflegebedarf besser einschätzen, rascher benötigte Pflegehilfsmittel und Dienste beschaffen, Kontakt zu Angehörigen professioneller durch besseres Fachwissen). Auch für die Ärzte/innen ergeben sich positive Auswirkungen durch die Anwendung von Entlassungsmanagement, in Form einer zeitlichen und emotionalen Entlastung. Therapeuten/innen erwähnen die Arbeitserleichterung. Diese fühlen dadurch besser in dem Gesamtprozess eingebunden. Sie werden frühzeitig über den Entlassungszeitpunkt informiert und können somit ihre Behandlung präziser auf die Bedürfnisse des/der Patienten abstimmen. Dadurch können die Patienten/innen zeitgerecht in der Handhabung benötigter Pflegehilfsmittel geschult werden. [182]

Krankenhaus:

Der Nuten für das Krankenhaus liegt in folgenden Punkten:[183]

- Imageaufwertung
- Steigerung der Patienten/innenzufriedenheit
- Steigerung der Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter/innen
- Verkürzung der Verweildauer
- Vermeidung von Wiederaufnahmen

[180] Vgl. a. a. O., S.9-10
[181] Vgl. a. a. O., S.10-11
[182] Vgl. a. a. O., S.11-12
[183] Vgl. a. a. O., S.12-13

Gesundheitspolitik:

Der Nutzen für das Entlassungsmanagement liegt in der Verkürzung der Verweildauer und der Reduktion der Wiederaufnahmeraten. Weiters ist die Pflege zu Hause kostengünstiger als stationäre Versorgung.[184]

5.1.3.3. Verbesserungsvorschläge

Laut Entlassungsmanager/innen liegen Verbesserungspotenziale in folgenden Bereichen vor:[185]

- ✓ Kontaktaufnahme des/der Patienten/in bereits kurz nach der Aufnahme
- ✓ Räumliche Einbindung des/der Entlassungsmanager/in in den Stationsablauf, durch ein Büro auf der Station bzw. in deren Nähe, dadurch bedingte Förderung der Kooperation unter den Berufsgruppen
- ✓ Steigerung des Bekanntheitsgrades des Entlassungsmanagement
- ✓ Reduzierung der schriftlichen Dokumentation
- ✓ Ausbau der personellen Ressourcen bei den Entlassungsmanager/innen
- ✓ Verfassen von einheitlichen Dokumenten
- ✓ Anwesenheit des/der Entlassungsmanager/in am Entlassungstag
- ✓ Klare Aufgabenverteilung zwischen Entlassungsmanager/in und Sozialarbeiter/in
- ✓ Bessere Zusammenarbeit zwischen Ärzten/innen und Entlassungsmanagern/innen

5.1.3.4. Schlussfolgerung

Neben der Aufwertung des Images des Krankenhauses bietet dieses Modelprojekt auch eine hohe Flexibilität, da es einerseits rasch an die Struktur und Abläufe des Krankenhauses anpassen kann und andererseits sehr schnell auf dessen Veränderung mit seinem Dienstleistungsanbot reagieren kann. Es kommt zu einem raschen Wissensaustausch und zu einer gegenseitigen Akzeptanz zwischen stationären und extramuralen Dienstleistungserbringern/innen. Die Evaluation hat gezeigt, dass Patienten/innen adäquat betreut werden und die Organisation von extramuraler Betreuung sowie notwendiger Hilfsmittel rasch geschieht.[186]

„Entlassungsmanager/innen übernehmen im Rahmen des Entlassungsmanagement die Rolle des „Navigators/in", in dem sie im Sinne des Case Management-Ansatzes Patienten/innen und deren Angehörige im Widerspruch zwischen Bedarf und Angebotsstruktur sowie individuell gegebenen Ressourcen beratend begleiten und ein „maßgeschneider-

[184] Vgl. a. a. O., S.13
[185] Vgl. ebda.
[186] Vgl. a. a. O., S.15

tes" Versorgungspaket für die Betreuung zu Hause in Zusammenarbeit mit stationären und extramuralen Dienstleistungserbringer/innen erarbeiten."[187]

Dies setzt voraus, dass Entlassungsmanager/innen sehr gute Kenntnisse im extramuralen Bereich haben und über fachliche Kompetenzen verfügen. Diese Voraussetzungen sind besonders bei der Herausarbeitung der Bedürfnislage und der Lösungsoptionen mit Patienten/innen und Angehörigen, sowie für die Organisation der extramuralen Dienste von großer Bedeutung. Weiters muss der/die Entlassungsmanager/in verschiedenen Interessenslagen Verbindungen herstellen und in der Lage sein Aushandlung- und Vernetzungsprozess zu gestalten.[188]

[187] ebda.
[188] Vgl. ebda.

5.1.4. Entlassungsmanagement im Hartmanspital

Grund dafür waren vorhergehende Defizite in der Koordination der Entlassung und die Einführung einer, auf den tatsächlichen Betreuungsbedarf ausgerichtete Entlassungsvorbereitung für Patienten/innen. Im Hartmanspital wurde ein Projekt zur Qualitätsverbesserung der Entlassungsplanung gestartet. Dieses Projekt hatte bedarfsgerechte Entlassungsvorbereitung, sowie die wirtschaftliche Leistungserbringung zum Ziel. Versorgungslücken sollten geschlossen werden, damit es durch diese nicht mehr zu einer Verschlechterung des Zustandes des/der Patienten/innen kommen konnte. Weiters sollten unkoordinierte und ineffiziente Entlassungssituationen vermieden werden, um unnötige Ausgaben einzusparen. Dabei übernahm wiederum das Wiener Rote Kreuz in Zusammenarbeit mit intra- und extramuralen Einrichtungen das Entlassungsmanagement. [189]

Die Zusammenarbeit unter den Berufsgruppen im Krankenhaus ist grundsätzlich sehr komplex und schwierig zu durchschauen. So haben Patienten/innen mehrere Ansprechpartner/innen mit wechselnden Zuständigkeiten. Es kommt dazu, dass die Betreuungssituation nicht abgestimmt ist, und die Komplexität des Alltagslebens nicht miteinbezogen wird.[190]

Es muss unbedingt zu einer inhaltlichen und zeitlichen Abstimmung der Leistungserbringer/innen kommen. Ohne dies kann die Qualität der Betreuung nicht gewährleistet werden. Oft entstehen Lücken in der Versorgungskette.

Oft fehlt es an einem funktionierenden Informationssystem. Beteiligte sind nicht über alle durchgeführten Maßnahmen informiert, ein gemeinsames Versorgungsziel kann somit nicht verfolgt werden. Eine weitere Folge fehlender Koordination der verschiedenen Dienste ist, dass es zu ineffektiven und ineffizienten Leistungserbringungen kommt, dazu gehören Doppelgleisigkeit, unscharfe Kompetenzabgrenzung und Unter- oder Überversorgung. Durch fehlende oder nicht ausreichenden Kommunikations- und Kooperationsstrukturen intra- und extramuralen Bereich kommt es oft zu Problemen, dies soll die folgende Abbildung genauer verdeutlichen. [191]

[189] Vgl. Striker, S., Krückel, T., Kusej, A. 2002 , S.3
[190] Vgl. a. a. O., S.6
[191] Vgl. ebda.

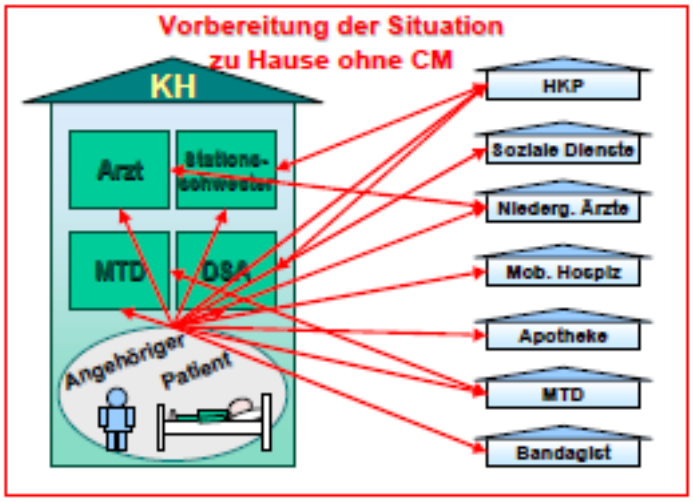

Abbildung 6: Vorbereitung der Situation zu Hause ohne Case Management[192]

Im Jahr 2000 wurden 5454 Patienten/innen stationär behandelt. Die Hälfte davon war über 65 Jahre alt. Bei dieser Altersgruppe besteht meist ein Versorgungsbedarf über das Krankenhaus hinaus. Eine adäquate Entlassungsvorbereitung stellt einen großen Aufwand dar. Die Dienstleistung Entlassungsmanagement wurde im Hartmanspital durch die Eröffnung einer Akutgeriatrie eingeführt. [193]

Konzeptidee

Die Konzeptidee des Hartmanspital gliedert sich wie folgt in zwei Ebenen:[194]

1. *„Herstellung einer zentralen Stelle zwischen intra- zu extramuralen Einrichtungen für alle im Entlassungsmanagement relevanten Angelegenheiten*
2. *Fachwissen im Entlassungsmanagement durch eine zentrale Koordinationsstelle somit kommt es zu:*
    - *Einer qualitativen, strukturierten Ablauforganisation in der Entlassungsvorbereitung*
    - *Kontinuität, damit allen Patienten/innen die gleiche, auf ihren Bedarf abgestimmte Entlassungsqualität geboten werden kann“*

Das Entlassungsmanagement im Hartmanspital in Zusammenarbeit mit dem Wiener Roten Kreuz fußt auf dem Betreuungskonzept des Case und Care Management. Durch die Verbreitung des Case Managements gibt es für die Organisation der Entlassung als auch für das Krankenhauspersonal jederzeit eine/en klaren Ansprechpartner/in für den/die Patienten/in.[195]

[192] Lehner, E., Stricker, S. 2000 in Striker, S., Krückel, T., Kusej, A. 2002, S.5
[193] Vgl. Striker, S., Krückel, T., Kusej, A. 2002, S.6-7
[194] a. a. O., S.8
[195] Vgl. ebda.

Die Anwesenheit eines/er Case Manager/in ermöglicht es, mit den Entlassungsvorbereitungen schon Tage vor der Entlassung zu beginnen. Der/Die Case Manager/in kann durch die frühzeitige Informationsweitergabe des Krankenhauses das ganzheitliche Betreuungsangebot so planen, das alles am Entlassungstag vorbereitet ist. [196]

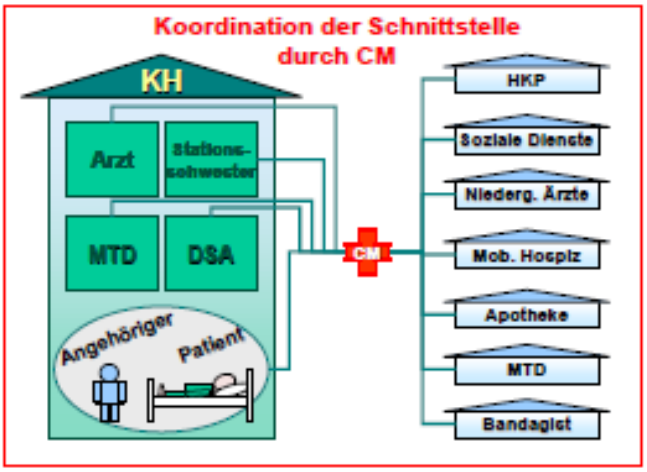

Abbildung 7:Koordination der Schnittstelle CM[197]

Die Hauptaufgaben des Entlassungsmanager/in/Case Manager/in umfassen:[198]

- ✓ *Koordination und Organisation in der Entlassungsphase*
- ✓ *Bewusstseinsbildung über Vorteile und Ressourcen einer effektiven Entlassungsplanung*
- ✓ *Abklärung der bisherigen Betreuungssituation*
- ✓ *Erhebung des erforderlichen Betreuungsausmaßes*
- ✓ *Beratung über Organisation von weiterführenden Betreuungsmöglichkeiten*
- ✓ *Unterstützung bei der Einreichung von Pflegegeld und Heimanträgen*
- ✓ *Miteinbeziehung von Angehörigen in die Entlassungsvorbereitung*
- ✓ *Gezielter Aufbau von Kooperationsbeziehungen mit externen Partnern/innen*

Die Auswahl der Patienten/innen, welche Case Management benötigen wird im Zuge von Gesprächen der Case Manager/innen mit den Stationspersonal beziehungsweise bei interdisziplinären Sozialbesprechungen auf den Stationen getroffen. Danach geht es darum die einzelnen Schritte des Case Managementregelkreises zu bearbeiten. [199]

Der Erfolg des Hartmannspitals durch die Einführung des Case Management wird in einer verbesserten Kooperation und in der Abstimmung des Informationsaustauschs zwischen stationären und extramuralen Diensten ersichtlich. Die Bedürfnisse der Patienten/innen werden nun in die Entlassungsplanung mit einbezogen. Alle notwendigen Maßnahmen der

[196] Vgl. ebda.
[197] a. a. O., S.9
[198] a. a. O., S.11-12
[199] Vgl. a. a. O., S.12

Entlassung wurden rechtzeitig geplant und sind am Entlassungstag verfügbar. Durch die Verbesserte Koordination, Abstimmung, Planung und Überwachung der Entlassungssituation durch das Case Management können Über-, Unter- und Fehlversorgung vermieden werden. „Drehtürpatienten“ die einen hohen Kostenaufwand verursachen, können mit dieser Methode vermieden werden. Ein nahtloser Übergang von der stationären Versorgung in einen anderen Versorgungsbereich kann somit gesichert werden. Durch die Anwesenheit eines/er Case Managers/in im Krankenhaus der/die eine direkte Ansprechperson für Patienten/innen und Personal darstellt, können Schnittstellen minimiert werden, da der Informationswege verkürzt werden.[200]

[200] Vgl. a. a. O. S.13

5.1.5. Case Management versus Entlassungsmanagement

Im Folgenden wird auf Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen Case Management und Entlassungsmanagement eingegangen. Eine Definition von Case Management lautet: *„Case Management stellt ein interprofessionelles Arbeiten in Netzwerken zur optimalen Gestaltung der Versorgung für den Einzelfall dar.“*[201]

Im Case Management geht es immer um die Beachtung individueller Versorgungsbedürfnisse von Menschen. Zwangsläufig stellt sich nun die Frage, was zu den individuellen Versorgungsbedürfnissen im Entlassungsmanagement gehört und wie dies in Verbindung mit Case Management steht. Wie bereits erwähnt, handelt es sich beim Entlassungsmanagement um die Gestaltung des bedarf- und bedürfnisgerechten Lebens des einzelnen Menschen, immer unter der Rücksichtnahme des momentanen Gesundheitszustands. Im Rahmen des Entlassungsmanagement geht es um die Optimierung von Ressourcen und um die sinnvolle Koordination einzelner Leistungsanbieter/innen. Betrachtet man die Kunden/innenbedürfnisse, lassen sich klar Gemeinsamkeiten zwischen Case Management und Entlassungsmanagement finden. Beide Modelle implizieren die Schaffung von Netzwerken, in denen die Leistungen arbeitsteilig und Institutionen übergreifend erbracht werden. Im Case Management, wie auch im Entlassungsmanagement (indirektes) kommt es zu einer Trennung von Beratung und direkter Leistungserbringung. Case Manager/innen/Entlassungsmanager/innen treten jedoch als Koordinatoren/innen zwischen Schnittstellen von intra- und extramuralen Leistungserbringern/innen, ambulanter Versorgung und Sozialleistern/innen auf. Bei den Case Management Phase/Regelkreis lässt sich eine Übereinstimmung mit dem Entlassungsmanagement feststellen. Dennoch werden nicht alle Teilbereiche in gleichem Ausmaß behandelt.[202]

[201] Klassen, M., Müller, M. 1/2009, S.17
[202] Vgl. ebda.

Im Folgenden wird kurz darauf eingegangen:[203]

- Identifikation: Die Auswahl der Fälle sollte nach definierten Kriterien von statten gehen. Hier haben Entlassungsmanager/inne im Vergleich zu Case Manger/innen meist einen Nachteil, da diese häufig fremdbestimmt sind. Die Auswahl der Fälle geschieht meist auf den Stationen und hier dabei durch Ärzte oder Pflegende ohne dem Beisein des/der Entlassungsmanager/in. Der Fall wird daraufhin dann an den/die Entlassungsmanager/in delegiert, meist ohne Rücksicht auf die Erfüllung der Auswahlkriterien. Dazu muss jedoch angemerkt werden, dass es relativ selten standardisierte Auswahlkriterien gibt.
- Assessment: Hier gibt es eine große Übereinstimmung zwischen Entlassungsmanagement und dem Case Management
- Monitoring/Evaluierung: Ist beim Entlassungsmanagement kaum möglich, da Entlassungsmanager/innen keinen Zugang auf die von ihnen eingeleitete extramurale Versorgung haben. Nur durch ein positives Kundenfeedback was aber nur selten vorkommt können diese ihren Erfolg nachvollziehen. Negative Fälle werden immer aufgezeigt. Nämlich dann, wenn es zu einer Wiedereinweisung des/der Patienten/in kommt.

Das Hauptziel des Case Management ist des, dem/der Patienten/in das Maximum der Versorgungsqualität sicher zu stellen, während beim Entlassungsmanagement meist der ökonomische Nutzen im Vordergrund steht. Es soll zu einer Entlastung des Stationspersonals und zur Optimierung des Entlassungsprozesses kommen. Weiters soll es zu einer Verringerung in der Wiederaufnahme und zum Erhalt der Versorgungsqualität kommen. [204]
Ein weiterer Unterschied liegt darin, dass Case Management meist als eine längerfristige Maßnahme zu betrachten ist, wohin gehend Entlassungsmanagement Großteils nur Anlassbezogen eingesetzt wird. Grundsätzlich ist zu sagen, dass Entlassungsmanagement als eine Ausprägungsform von Case Management verstanden werden kann, wobei einzelne Phasen/Regelkreis des Case Management im Entlassungsmanagement nicht oder nur teilweise vorhanden sind.[205]

[203] Vgl. a. a. O., S.17-18
[204] Vgl. a. a. O., S.18
[205] Vgl. ebda.

5.1.6. Überleitungspflege

Neben den genannten Beispielen zum Entlassungsmanagement in Österreich findet man in der Literatur noch einige Beispiele zur Überleitungspflege in Krankenhäusern.
In der Überleitungspflege wird Case Management *„…oft mit dem Prozessmanagement der fachlichen Pflege gleichgesetzt, ohne darüber hinaus die Lebensgestaltung von Pflegebedürftigen und sozialen Fragestellungen einzubeziehen. Man beschränkt sich auf die fallbezogene Optimierung der Organisation der Abläufe des pflegerischen handeln und bedient sich des Case Managements zum Ausweis einer qualifizierten Arbeitsweise.“*[206]

Unter krankenhausbasiertem Case Management wird die Systematisierung von Übergängen in andere Bereiche des Gesundheitswesens oder in Systeme der Langzeitpflege verstanden. Hier reiht sich die Überleitungspflege bzw. das Entlassungsmanagement ein.[207]

Unter Pflegeüberleitung ist die möglichst frühe und umfangreiche Erhebung von Defiziten und Ressourcen des/der Patienten/in zu verstehen. Dazu gehört auch die schriftliche Dokumentation der erbrachten Pflege und die zeitgerechte Weitergabe aller pflegerelevanten Daten an die extramurale Einrichtung oder an die Angehörigen.
Die Überleitungspflege kann genauso wie das Entlassungsmanagement in eine direkte Form, in welcher die Betreuung durch Stationsleitung oder Bezugspflegeperson und durch die indirekte Form, durch eine organisatorische Einheit, ein multiprofessionelles Team oder Case Manager/in die stationsübergreifend agieren, erfolgen.[208]

[206] Wendt, W.R. 2002, in Löcherbach o.J., S. 6.
[207] Vgl. Eggers, S., Römer-Kirchner, A., Schmidt, R. 2008, S. 41-42
[208] Vgl, a. a. O., S.48

„*In der weiteren Entwicklung der Pflegeüberleitung, wird der Begriff generalisiert und zum Entlassungsmanagement ausgeweitet*“ [209]

Ziele der Pflegeüberleitung lauten wie folgt:[210]

- ✓ *Kommunikation zwischen betreuender Person und Patienten/in*
- ✓ *Wahrnehmung des/der Patienten/in über seinen Gesundheitszustand*
- ✓ *Bewahrung der Autonomie des/der Patienten/in und seines/ihres Gleichgewichtes zwischen Abhängigkeit und Unabhängigkeit*
- ✓ *Ökonomische Aspekte, Kosteneinsparung → Liegezeit verringern*
- ✓ *Pflegeergebnisse, Pflegequalität verbessern*
- ✓ *Pflegerische Fragen*
- ✓ *Kommunale Ressourcen*
- ✓ *Entlassungspläne und ihre Überarbeitung*
- ✓ *Schnittstellenmanagement installieren*
- ✓ *Koordinationsbrücken vermeiden*
- ✓ *Dreh-Tür-Effekt entgegenwirken*
- ✓ *Erhaltung der Lebensqualität*
- ✓ *Sicherstellung der Kontinuität des Pflegeprozesses*

Ziel soll es sein, den stationären Aufenthalt so kurz wie möglich zu gestallten und einen Versorgungsplan, welcher alle Pflegebedürfnisse umfasst für die Zeit nach dem Krankenhaus zu erstellen. Dieser soll jedoch nicht die Autonomie des/der Patienten/in einschränken.[211]

Die Pflegeüberleitung ist ein Teil des Pflegeprozesses im Krankenhaus. Dadurch soll die Pflegekontinuität für den/die Patienten/in sichergestellt werden. Sie beinhaltet neben der Beratung Angehöriger zur häuslichen Pflege auch die Organisation ambulanter Pflege, hauswirtschaftliche Versorgung, Bereitstellung von Hilfsmitteln sowie die Finanzierung der genannten Maßnahmen.[212]

Die Überleitungspflege verfolgt genauso wie das Entlassungsmanagement das Ziel, den Übergang vom Krankenhaus in die häusliche Pflege möglichst problemfrei zu gestallten und somit eine Wiedereinweisung zu verhindern. Bestehende Strukturen sollen besser organisiert werden. Es ist nicht zielführend neue Strukturen zu bilden. Eine Krankenschwester/Pfleger nimmt im Krankenhaus Kontakt zum/zur Patienten/in bzw. zum Angehörigen

[209] Nachtrab, T. 2006, S. 28
[210] Dash, et al. 2000, in Nachtrab, T. 2008, S. 28-29
[211] Vgl. Nachtrab, T., S. 29
[212] Vgl. a. a. O., S.45

auf. Fragen zur Wohnsituation und den Bedarf an Hilfsmittel und Pflegebehelfe werden geklärt. Ein weiterer wichtiger Punkt ist die Schulung und Beratung Angehöriger.
2001 startete eine österreichweite Weiterbildung zur Überleitungspflege (Case- und Care Management laut Gesundheits- und Krankenpflege Weiterbildungsverordnung) mit einer Gesamtdauer von 388 Stunden. Ziel ist es, dass die Überleitungspflege professionell, sozial und wertneutral durchgeführt wird. Es werden Kompetenzen in der Beratung, Patienten/innenbegleitung sowie Organisation gelehrt. Beim/Bei der Patient/in als auch bei den Angehörigen sollen Ängste abgebaut und Sicherheit gestärkt werden. Zielgruppe für diese Weiterbildung sind diplomierte Gesundheits- und Krankenschwestern/Pfleger mit mindestens zwei Jahren Berufserfahrung. [213]
Der Umfang der Überleitungspflege variiert zwischen einem einfachen Entlassungsgespräch, über Schulungen von Patienten/innen und/oder deren Angehörigen, sowie der Organisation einer Überleitung. Darunter ist die Begleitung bis nach Hause zu verstehen, bis zu einer auf die individuellen Bedürfnisse des/der Patienten/in angepassten Versorgungsleistung (Case Management). Überleitungspflege wird z.B. in Oberösterreichischen Fondkrankenanstalten angewendet.[214]

Dies war nur ein Auszug einiger Praxisbeispiele aus Österreich.
Neben den genannten Einrichtungen gibt es weitere österreichische Krankenanstalten, welche Entlassungsmanagement oder auch Überleitungspflege anwenden. Mit den ausgewählten Praxisbeispielen soll aufgezeigt werden in welcher Weise in Österreich Case Management bzw. Case Management-Ansätze angewendet werden. Die genannten Beispiele erheben keines Falls Anspruch auf Vollständigkeit.

[213] Vgl. Bruckmüller, A. 2002/4, S. 12
[214] Vgl. Danter-Klenner, A., Fürthaller, E. 2008/4, S. 33

5.2. Praxisbeispiele Deutschland

5.2.1. Das Kölner Modell

2004 wurde im Universitätsklinikum Köln Case Management im gesamten Klinikum eingeführt. Das Universitätsklinikum Köln hat Case Management folgend definiert:

„ Case Management ist ein Handlungskonzept oder prozessorientiertes theoretisches Konstrukt, nach dem alle am Versorgungsprozess direkt und indirekt Beteiligten arbeiten. Wenn von Case Management die Rede ist, bezieht es sich immer auf den Handlungsrahmen mit allen am Prozess Beteiligten und nicht nur auf die Person des/der Case Managers/in.“[215]

„Die Uniklinik Köln definiert Case Management als einen Prozess der interdisziplinären Zusammenarbeit in der Patienten/innenversorgung über alle Abteilungen des Krankenhauses. Es umfasst die Einschätzung, Planung, Dokumentation, Koordination, Organisation und Evaluation von Gesundheitsleistungen. Der individuelle und pflegerische Bedarf eines Patienten/innen wird vom Case Management mit dem Patienten/innen eruiert und geplant. Der/Die Case Manager/in erfasst den prospektiven Pflegebedarf sowie eine Risikoeinschätzung mit Unterstützung des Assessment-Instrumentes KAI-BI®. Das Case Management begleitet den Behandlungsverlauf eines/er Patienten/in unter dem Aspekt der Qualitätssicherung und der Kostenkontrolle. Dabei organisiert es primär interne Prozesse des Krankenhauses. Sind im Behandlungspfad vor- und nachstationäre Prozesse mit einbezogen, werden diese ebenfalls vom Case Management organisiert.“[216]

„Case Management ist nicht nur indiziert bei Patienten/innen mit chronischen Erkrankungen, sondern trifft auch auf Patienten/innen in einer akuten Krankheitssituation zu. Die Begrenzung des Zeitraums der Krankenhaussituation muss nicht mit dem Zeitraum des akuten Krankenhausaufenthaltes übereinstimmen, sondern kann darüber hinaus andauern.“[217]

In Deutschland befindet sich Case Management in der Entwicklung. Es wird politisch gefordert und gesetzlich in den Paragraphen § 11 SBG V festgeschrieben[218] *(Versicherte haben Anspruch auf ein Versorgungsmanagement insbesondere zur Lösung von Problemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche)*[219] und § 7a PfWG (*Anspruch Pflegebedürftiger auf Pflegeberatung*)[220] Referentenentwurf. Besonders in der Orientierungs- und Aufbauphase bietet es ein großes Maß an Gestaltungsmöglichkeiten. [221]

Im Rahmen der Politik wurden hauptsächlich Themen, wie Wettbewerb, Wirtschaftlichkeit, Qualität, Transparenz, Mitsprache und Wahlfreiheit besprochen. In der Gesundheitsreform

[215] Pape, R. 2008a, S.18
[216] Pape, R., et al. 2008b, S.52
[217] Bartholomeyczik, S. 2007, in Pape, R. 2008a, S.19
[218] Vgl. Pape, R., et al. 2008a, S.19
[219] Bundesministerium der Justiz o.J.
[220] Pawils, A., Reinschmidt, H. 2008, S.3
[221] Vgl. Pape, R., 2008a, S.18

von 2007 wurde ein Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung verabschiedet. Das GKV- Wettbewerbsstärkungsgesetz beinhaltet zwei zentrale Begriffe, nämlich die Ökonomisierung und Patienten/innenorientierung. Somit sollen Fehl-, Über- und Unterversorgung vermieden werden, Ressourcen effektiv genutzt und effizient eingesetzt werden, die stärkeren Beteiligung der Patienten/innen sollen berücksichtigt werden. Hier wird Case Management angewandt, da das Handlungskonzept in der Lage ist Ökonomisierung und Patienten/innenorientierung in Einklang zu bringen. [222]

Aufgrund von finanziellen Umbrüchen im Jahre 2003 wurde im Universitätsklinikum Köln eine Reorganisation im ärztlichen und pflegerischen Dienst notwendig. Als Lösung für dieses Problem wurde entschieden Case Management einzuführen und drei Stationen zusammen zu legen. Ein weiterer Punkt um Arbeitsabläufe und Prozesse zur Mobilisierung von Zeitressourcen zu optimieren, lag in der Einführung von drei Pflegebereichen. Je nach Pflegeaufwand der Patienten/innen wurden diese eingeteilt, in High-, Medium- und Low-Care.[223]

Das Projekt startete auf der Kardiologie, die auf drei eigenständige Stationen mit 71 Betten auf einer Ebene aufgeteilt war. Auf jeder Station gab es eine Stationsleitung und eine Stellvertretung. Die Stationen hatten unterschiedliche Handlungsabläufe und teilweise auch verschiedene Behandlungsschemata. Am Tag gab es ca. 20 Neuaufnahmen, welche dort aufgenommen wurden, wo ein Bett frei war. Es gab keine direkte Steuerung der Aufnahmen. Auch die Dienstplangestaltung war unabhängig von den anderen Stationen geplant. Aushelfen auf Nachbarstationen gestaltete sich Aufgrund der unterschiedlichen Arbeitsweisen und Strukturen als schwierig.[224]

[222] Vgl. Pape, R. 2008c, S.21
[223] Vgl. Pape, R. 2008d, S.47
[224] Vgl. ebda.

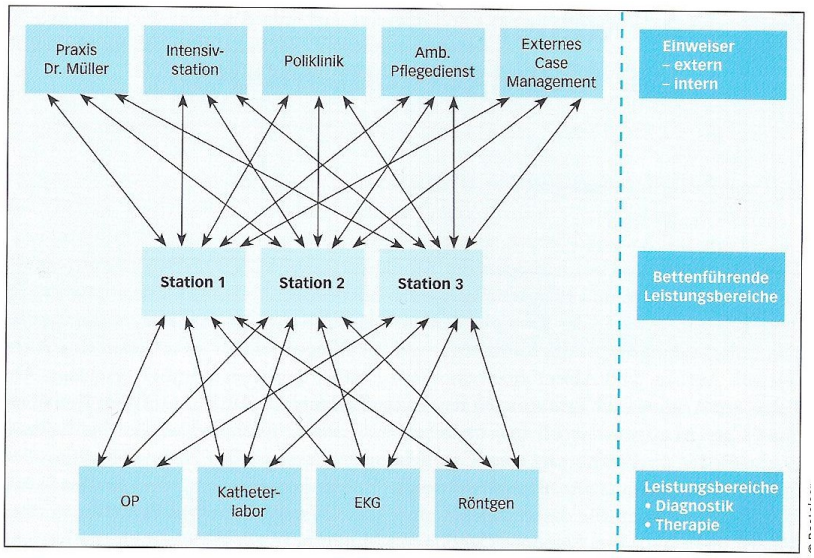

Abbildung 8: Kommunikationsstruktur vor Einführung des Case Managements[225]

2003 von Juni bis September wurden in Arbeitssitzungen die Arbeitsabläufe und Behandlungskonzepte zwischen den drei Stationen angeglichen.

Die Arbeitsgruppe bestand aus Vertretern des ärztlichen- und pflegerischen Dienstes. Bei speziellen Fragen wurden die entsprechenden Disziplinen eingeladen (Logistik, Speiseversorgung usw.)[226]

Die Hauptthemen der Arbeitssitzungen gliederten sich wie folgt:[227]

- *Einteilung und Definition der Pflegebereiche (High- Medium- und Low-Care)*
- *Patienten/innendisponierung durch das Case Management*
- *Personalmanagement der Pflegebereiche*
- *Schnittstellengestaltung*
- *Integration der Arbeitsabläufe*
- *Anpassen der Dokumentation*
- *Pflege-/Patienten/innen-Service, technische Probleme*
- *Infoveranstaltung für alle direkt oder indirekt Beteiligten*

Beim Projektstart wurden die Strukturen und Prozesse auf die neuen Bedingungen umgestellt. In den ersten Tagen traten unerwartet Probleme auf. Diese bezogen sich vor allem auf technische und kommunikative Probleme. Somit musste eine neue Kommunikationsstruktur geschaffen werden. Der ärztliche und pflegerische Dienst wurden unterschiedlich organisiert. Durch die Umgestaltung kam es dazu, dass zwei Ärzte/innen für den pflegerischen Bereich in „großer“ räumlicher Distanz zueinander zuständig waren. Dadurch entstand ein zusätzlicher Verwaltungsaufwand, in der Datensortierung und es kam zu einem

[225] a. a. O., S.48
[226] Vgl. ebda.
[227] ebda.

verlangsamten Datenfluss innerhalb einer Station. Die unterschiedliche Organisation der Berufsgruppen wurde als sehr negativ eingestuft. Um dies zu ändern, entschloss sich der ärztliche Dienst, eine Anpassung an die Strukturen des pflegerischen Dienstes vorzunehmen. Als besonders schwierig erwies sich die Institutionalisierung von, für den/die Patienten/in persönlichen Ansprechpartner/in in Form von bestimmten Pflegepersonen. Auch die Telefonanlage musste den veränderten Bedürfnissen angepasst werden. Fünf Tage nach dem Projektstart wurden, bedingt durch eine Vielzahl an Problemen, gewisse grundlegende Veränderungen getroffen. Die Entwicklung neuer Strukturen und Prozesse benötigte eine gewisse Zeit zur Reifung in der praktischen Anwendung. [228]

Das Aufgabenfeld des/der Case Manger/in wurde im Rahmen des Projektes vom ärztlichen- und pflegerischen Dienst bedarfsorientiert entwickelt. Die Aufgaben des/der Case Manger/in bezogen sich in der Phase des Pilotprojektes auf die Optimierung von Patienten/innenaufnahme/entlassung.[229]

Schon bald zeigten sich die positiven Effekte im Stationsalltag. Die Ergebnisse und Auswirkungen waren so eindeutig, dass an der Weiterführung des Case Management kein Zweifel bestand. Im November 2004 beschloss der Vorstand die Einführung von Case Management im gesamten Klinikum. [230]

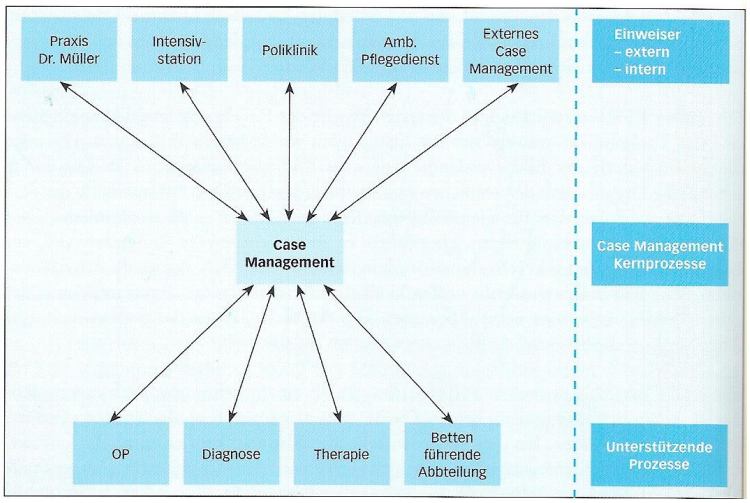

Abbildung 9: Kommunikationsstruktur mit Case Management[231]

[228] Vgl. a. a. O., S.49-50
[229] Vgl. a. a. O., S.50
[230] Vgl. a. a. O., S.50-51
[231] a. a. O., S.50

Die Ziele des Universitätsklinikum Köln die durch die Einführung des Case Management erreicht werden sollten, waren Budget- und Kostensicherung. Im Genaueren bedeutet dies, Auslastungsoptimierung mit Fallzahlsteuerung, Verweildaueroptimierung und Reduktion der Fehlbelegung. Ein weiters Ziel war eine Qualitätssicherung durch lückenlose Behandlungsabläufe und die Optimierung der Versorgungskontinuität im Rahmen des gesamten stationären Aufenthaltes und darüber hinaus gewährleistet werden. Durch eine optimale Überleitung von stationär auf eine extramurale Versorgung sollte der Drehtüreffekt vermieden werden. Mit der Einführung von Case Management wollte man eine Wettbewerbssteigerung im Bezug auf die Serviceorientierung erreichen. Ziel war auch eine Entlastung der pflegerischen und ärztlichen Dienste durch die Umverteilung der Aufgabe. [232]

Die Aufgaben des/der Case Manager/in im Universitätsklinikum Köln orientieren sich sehr am Case Management-Regelkreis. Die Besonderheiten werden kurz beschrieben.

Intake/Assessment/Screening/Case Finding

Der/Die Case Manger/in übernimmt hier die Gate-Keeper und Broker-Funktion. Jeder/e Patient/in der/die eine stationäre Aufnahme benötigen, wird explizit nur vom/n Case Manger/in terminlich bestellt. Externe sowie interne Einweiser/innen kontaktieren den/die Case Manger/in, der/diese unter der Berücksichtigung der Zugangsregelung (Selektion und Plausibilitätsprüfung), der Kostensicherung, und der zuvor erarbeiten Standards den Zugang des/der Patient/in veranlasst. Im Rahmen des Assessment werden der prospektive Versorgungsbedarf, sowie eine pflegerische Risikoeinschätzung durchgeführt (Screening). Die im Assessment erhobenen Ressourcen, Hilfsbedarfe und Risiken werden dokumentiert und an die entsprechenden Schnittstellen weitergeleitet. Dem/der Patient/in wird ein Aufnahmetermin mitgeteilt und das weitere Vorgehen wird besprochen. Das zuvor begonnene Assessment wird am Aufnahmetag vervollständigt. Dies dient nicht nur zu Informationssammlung, sondern auch zur Identifizierung ob ein/e Patient/in Case Management benötigt, diesen Prozess nennt man Case Finding.

Auf der Systemebene wird mit Hilfe des Assessment-Instrumentes KAI-BI, welches im Universitätsklinikum Köln entwickelt wurde der/die Patient/in in die Versorgungsgruppen (Low-, Medium-, High-Care) eingeteilt. Somit erhält der/die Patient/in bedarfsgerechte und angemessene Betreuung.[233]

[232] Vgl. a. a. O., S.52
[233] Vgl. a. a. O., S.53

Zielvereinbarung

Der/die Case Manager/in ist für den/die Patienten/in vom Erstkontakt an der/die Ansprechpartner/in für eine Fülle von Angelegenheiten. Der/die Case Manager/in beginnt mit der individuellen Planung gemeinsam mit dem/der Patienten/in, gegebenen falls auch mit den Angehörigen.[234]

Leistungssteuerung

Zu den Aufgaben des/der Case Manger/in gehört die Organisation und Lenkung der vorstationären Prozesse. Dazu zählen die Koordination von diagnostischen und therapeutischen Leistungen, die Sicherstellung von Unterlagen, um Doppeluntersuchungen zu vermeiden, die Planung und somit auch Reservierung des Operationsplatzes oder eines Therapieplatzes (Personal Ressourcen). Um dem/der Patient/in vor der stationären Aufnahme ein Bett zuzuweisen, muss der/die Case Manger/in die jeweiligen verfügbaren Ressourcen der Klinik und die Entlassungsdaten anderer Patienten/innen kennen. Als Hilfsmittel bzw. Steuerungsmittel werden hier die DRG´s, sowie die vorab entwickelten Standards oder Behandlungspfade verwendet. Im Universitätsklinikum Köln beginnt mit Hilfe der genannten Mittel die Entlassungsplanung schon am Aufnahmetag. Zu diesem Zeitpunkt wird der Sozialdienst oder ein/e Überleitungsmanager/in kontaktiert. Diese leiten nach Bekanntgabe des Entlassungstermins, je nach Bedarf des/der Patienten/in sofort weiterführende Maßnahmen ein. Der/Die Case Manager/in arbeitet nicht nur auf der Fallebene sondern auch auf der Systemebene. Dies zeigt sich darin, dass der/die Case Manger/in den Bedarf des/der Patienten/in mit den vorhandenen Ressourcen und Leistungsangeboten des Krankenhauses über einbringt. [235]

Monitoring

Hierbei geht es darum Störungen, Abweichungen und/oder Besonderheiten im Versorgungsablauf möglichst frühzeitig zu erkennen um dementsprechende Maßnahmen zu treffen. Durch regelmäßige Gespräche mit allen relevanten am Prozess beteiligten Berufsgruppen und in Gesprächen mit dem/der Patient/in und deren/dessen Angehörigen werden diese Veränderungen identifiziert um diese dem Prozess wieder anzupassen. Der Ablauf wird erst durch das frühzeitige Identifizieren und das darauf folgende Handeln, unter Berücksichtigung der Verweildauer und der damit verbundenen Kostensicherung, reibungslos steuerbar. Treten Probleme auf, werden die entsprechenden Schnittstellen kontaktiert und gemeinsam wird nach einer Lösung gesucht. Auf der Systemebene werden defizitäre Pro-

[234] Vgl. ebda.
[235] Vgl. a. a. O., S.53-54

zesse durch das Monitoring aufgezeigt, die einer Optimierung oder Veränderung bedürfen. Zu den Aufgaben des/der Case Managers/in gehört es, Entscheidungsträger auf diese Defizite aufmerksam zu machen und mit den betroffenen Schnittstellen, in Verhandlung zu treten. Dadurch wird eine Organisationsentwicklung ausgelöst bzw. angestoßen. [236]

Beendigung/Evaluation

Am Ende des stationären Aufenthaltes führt der/die Case Manager/in ein Gespräch mit dem/der Patienten/in. In diesem sollen Fragen nach dem Wohlbefinden und der Zielerreichung beantwortet werden. Es findet eine kurze Reflexion des Aufenthaltes statt. Der/Die Case Manager/in bietet sich weiterhin als Ansprechpartner/in bei Fragen bezüglich der Versorgung an. Aufgabe des/der Case Manager/in ist es, eine Überprüfung der monatlich festgelegten Auslastung, Fallzahl und Verweildauer der Klinik durchzuführen. Bei Abweichungen müssen diese mit dem entsprechenden Ansprechpartner diskutiert und gelöst werden. [237]

Im Kölner Modell wir auf der Fallebene die Funktionen des Gate-Keepers, des Brokers und des Advocats verwendet. Weiters werden Methoden der Hilfeplanung mit Zielvereinbarung und der Leistungssteuerung auf der Fall- und Systemebene angewendet. Der/Die Case Manager/in agiert abwechselt immer auf beiden Ebenen. Er/Sie arbeitet auf der Mikroebene mit dem/der Patient/in und auf der Mesoebene auf der Ebene der Organisation und Sektorenübergreifende Organisation. Der/Die Case Manager/in führt Fallmanagement für den einzelnen/e Patient/in durch und Systemmanagement in der Organisation.[238]

[236] Vgl. a. a. O., S.54
[237] Vgl. ebda
[238] Vgl. a. a. O., S.55

5.2.1.1. Ergebnisse des Kölner Modells

Die zuvor beschriebenen Ziele des Kölner Models wurden zum Großteil erreicht. Mit Hilfe der gezielten Patientensteuerung und Systemsteuerung konnte eine bestimmte Auslastungsoptimierung erreicht werden. Durch lückenloses aufeinander Folgen des Behandlungsablaufes und frühzeitiger Entlassungsplanung kam es auch zu einer Verkürzung der Verweildauer. Die Fehlbelegungsrate wurde durch die gezielte Selektion beim Zugang in die Klinik und durch den Einsatz des Assessment-Instrumentes reduziert. Durch die umfassenden Informationen über die ein/e Case Manger/in in diesem Modell verfügt, gilt er/er als zentrale Stelle, welche über die wichtigsten Daten zur Steuerung des Falls und des Systems verfügt. Fehl- und Doppelinformationen können somit vermieden werden. Weiter positive Entwicklungen zeigen sich in der Verbesserten Kommunikations- und Interaktionskultur. Diese führt zu einer vertrauensvollen Zusammenarbeit unter den verschiedenen Berufsgruppen. Durch das Case Management wurden Verbesserungen in der Ablauforganisation erreicht. Somit werden Behandlungsabläufe strukturierter und verbindlicher organisiert. Die Einführung des Case Managements hat zu einer Verbesserung aller im Prozess beteiligten Personen geführt.[239]

5.2.1.2. Der Beruf des/der Case Managers/in im Kölner Modell

Grundlage für den Beruf des/der Case Manger/in ist ein Wissensmanagement. Außerdem muss der/die Case Manager/in über folgende Kernkompetenzen verfügen:[240]

- ✓ *Fachkompetenz (medizinisch-pflegerische Kenntnisse, ökonomische Kenntnisse (DRG), EDV Kenntnisse, sowie strukturelle Kenntnisse des Systems)*
- ✓ *Sozial-kommunikative Kompetenzen (Gesprächsführung Verhandlungsgeschick, Durchsetzungsvermögen und Konfliktmanagement)*
- ✓ *Methodenkompetenz zur Ausfüllung der verschiedenen Case Manger/in Funktionen*

[239] Vgl. a. a. O., S.55-56
[240] a. a. O, S.57

„Der/Die Case Manager/in muss in der Lage sein, sich unterschiedlichster Instrumente und Methoden zur Zielerreichung zu bedienen. Eine langjährige Berufserfahrung im Krankenhaus mit Systemkenntnis bildet hier eine Grundvoraussetzung zur Funktionsfähigkeit des Case Managements. Es wird eine hohe Belastbarkeit und Eigenverantwortung an die Rolle des/der Case Manger/in gestellt, sowie die Bereitschaft berufliches „Neuland" zu betreten und zu vertreten."[241]

Ein/e Case Manger/in betreut im konkreten Modell durchschnittlich 60 bis 80 Patienten/innen in einer Fachklinik.[242]

Das Kölner Modell stellt eine effektive und effiziente Möglichkeit dar, den gegenwärtigen und zukünftigen Anforderungen im Gesundheitswesen adäquat zu begegnen.[243]

[241] a. a. O, S.58
[242] Vgl. ebda.
[243] Vgl. a. a. O., S.59

5.2.2. Das Augsburger Modell - Case Management in der Pädiatrie – Nachsorge bei schwer und chronisch kranken Kindern und Jugendlichen

Die Zielgruppe des Case Management im Augsburger Modell sind Frühgeborene, Kinder und Jugendliche mit chronischen oder schweren Krankheiten, sowie Kinder mit Behinderungen. Damit Case Management in der Nachsorge eingesetzt wird, muss eine hohe bzw. komplexe Belastung vorhanden sein. [244]

1991 suchte das Personal der Kinderklinik Augsburg nach Möglichkeiten, Kinder nach der akut Versorgung so schnell wie möglich in ihre gewohnte Umgebung zurück zu bringen, ohne dabei einen medizinischen Nachteil für die Kinder zu riskieren. Die Mitarbeiter/innen hatten das Ziel vor Augen, ein in der Praxis umsetzbares Nachsorgekonzept für betroffene Familien in den Regionen anzubieten. So entstand 1994 der „Verein zur Familiennachsorge – Bunter Kreis e.V.“. Anfänglich gab es lediglich eine Kinderkrankenschwester, die als Case Managerin, hochgradig belasteten Familien im Krankenhaus, und auch in der Nachbetreuung später auch zu Hause zur Seite stand. Mit dieser Unterstützung wollte man dem Drehtüreffekt entgegenwirken. Mittlerweile sind ca. 75 Fachkräfte aus verschiedenen Berufsgruppen, Kinderkranken/schwestern/pfleger, Sozialpädagogen/innen, Psychologen/innen, Diätassistenten/innen u.a. im Nachsorgemodell angestellt. Im Jahr können dadurch ca. 400 Familien intensiv, und ca. 1000 weiter Familien über einen längeren Zeitraum beraten werden.[245]

Abhängig vom Bedarf der Familie gibt es einen/e Hauptansprechpartner/in aus der jeweiligen Profession. Es kann jedoch auch dazu kommen, dass eine Familie von mehreren Berufsgruppen begleitet wird. Eine solche Vorgehensweise nennt man interdisziplinäres Case Management. Weiters werden spezielle Leistungsangebote, wie z.B. Patienten/innenschulungen, Ernährungsberatung oder therapeutische Angebote bereitgestellt. Das Case Management stellt eine Verbindung zwischen allen Leistungen dar. Für jede Patienten/innenfamilie bzw. für jeden/e Patienten/in wird eine so genanntes Routing, welches zwischen Intake (Aufnahme) und dem ausführlichem Assessment stattfindet, durchgeführt. Hierbei wird entschieden, ob und inwieweit Nachsorgeleistungen ohne spezielles Case Management oder mit speziellem Case Management, zur Koordination und Durchführung komplexer Nachsorgeleistungen, veranlasst werden muss. Zur Einstufung wird die Belas-

[244] Vgl. Baur, Podeswik, A. 2006, S.165
[245] Vgl. a. a. O., S.158

tung der/des Betroffenen, sowie die Komplexität der benötigten Hilfeleistung bewertet. Die Pflegenachsorge gehört zu einem speziellen Angebot. Zu dieser Leistung gehört die Planung der Entlassung und Vernetzung der häuslichen Pflege. Außerdem wird auch eine Schulung für Eltern in der Pflege zu Hause angeboten. Die Pflegenachsorge wird von Fachkinderschwestern aus der Kinderklinik durchgeführt. Zu den Aufgaben der Kinderschwestern zählt die Beratung der Eltern, welche auf eine verbesserte Bewältigungskompetenz, der Selbsthilfebereitschaft, der Selbststeuerungsfähigkeit und der Handlungstüchtigkeit abzielt. Durch gezielte Pflegenachsorge wird eine frühzeitige Entlassung aus dem Krankenhaus möglich. Die/Der Kinderkrankenschwestern/pfleger kommen nach Hause besprechen mit den Eltern welche Voraussetzungen nötig sind, um das Kind zu Hause zu versorgen. In der ersten Phase der Entlassung ist die/der Kinderkrankenschwester/pfleger vermehrt vor Ort. Weiters vernetzt sie alle nötigen Versorgungsleistungen für den/die Patienten/in und deren Angehörigen. [246]

Ein weiteres spezielles Angebot stellt die psychosoziale Begleitung dar. Diese setzt schon während des Krankenhausaufenthaltes ein und hilft den Familien sich mit der veränderten Lebenssituation auseinander zu setzten und damit um zu gehen. Je nach Bedarf werden Sozialpädagogen/innen oder Psychologen/innen involviert oder übernehmen die Rolle des/der Case Managers/in. Die Aufgaben der Sozialpädagogen/inne liegen in der Beratung der Familien, in der Kontaktaufnahme von Fachstellen, der Unterstützung bei Anträgen, der Begleitung zu Behörden und der Vermittlung zu Experten/innen. Weiters beraten Sozialpädagogen/innen auch Schwester/Pfleger in der Nachsorge und fungieren als Moderator/in zwischen Klinikmitarbeiter/in, Nachsorgeschwestern/pflegern und den Familien. Die Psychologen/innen leisten psychologische Beratungen bei Krisenbewältigung, unterstützen die Case Manager/innen bei Konflikten oder Interaktionsproblemen in den Familien, und/oder im Netzwerk der involvierten Institutionen.[247]

[246] Vgl. a. a. O., S.159-160
[247] Vgl. a. a. O., S.160-161

5.2.2.1. Case Management in der Nachsorge

„Case Management in der Nachsorge stellt eine auf den jeweiligen Fall orientierte interdisziplinäre Koordination der Betreuung unabhängig von der fachlichen, hierarchischen oder institutionellen Zuordnung dar.“[248]

Im Konkreten definiert der Bunte Kreis Case Management wie folgt:

„Eine am Bedarf und an den Bedürfnissen der Familie orientierte Begleitung, Unterstützung und Vernetzung, die hilft mit der Erkrankung des Kindes und den veränderten Lebensbedingungen der Familie zu Recht zu kommen“.[249]

Hauptziel ist es, den Familien in der ersten Phase der Erkrankung eine/n Case Manager/in zur Unterstützung bereit zu stellen. Zur Aufgabe des/der Case Manger/in gehört die optimale und umfassendste Informationsvermittlung und die Vernetzung aller am Versorgungsprozess beteiligen Betreuern/innen mit der Familie. In der Anfangsphase wird gemeinsam mit den Eltern und den involvierten Helfern/innen ein Plan erstellt, wie in Zukunft vorgegangen wird. Dies bietet für Eltern nachhaltig den schützenden und unterstützenden Kreis für die Familie. Im Rahmen des Case Managements des Augsburger Nachsorgemodelles soll keine neue Leistung gegründet werden, vielmehr sollen die vorhanden Leistungen zum größten Nutzen für die Familie und den/die Patienten/in vermittelt und vernetz werden. Case Management in der Kinderpädiatrie bedeutet eine Zusammenarbeit zwischen stationären und ambulanten Einrichtungen im Gesundheitswesen. Für eine erfolgreiche Arbeit ist eine Zusammenarbeit aller hierarchischen Ebenen medizinischer und pflegerischer Disziplinen Grundvoraussetzung.[250]

[248] Porz, F. 2005, in Baur, Podeswik, A. 2006, S.161
[249] Baur, Podeswik, A. 2006, S.161
[250] Vgl. a. a. O., S.161-162

Der Ablauf der Nachsorge beruht auf einem Prozessorientierten Behandlungsprogramm. Dies stammt aus dem Case Management-Regelkreis:[251]

- ✓ Assessment: Das Assessment erfolgt oft im interdisziplinären Team. Alle beteiligten Berufsgruppen sollen ihren Beitrag leisten um den Ist-Zustand des Kindes und dessen Familie zu erheben
- ✓ Hilfeplanung: Grundlage für die Hilfeplanung ist das Assessment. Aus diesem lässt sich ein Ressourcen- Belastungsprofil für die jeweilige Familie erstellen. Somit kann man ablesen in welchen Bereichen die Familie Unterstützung braucht.
- ✓ Intervention und Controlling: Aus den Interventionen die Familien benötigen wurden Kategorien gebildet zu diesen gehören: Vernetzung, Schulung, Beratung, Begleitung und Therapie. Gemeinsam mit der Familie entscheidet der/die Case Manager/in welche Kategorien bei der betreffenden Familie zutreffen bzw. benötigt werden. Der/die Case Manager/in begleitet den Prozess, einerseits durch tatkräftige Mitarbeit aber auch in der Aufgabe eines Controllers.
- ✓ Evaluation: Es gibt zuvor festgelegte Evaluationszeitpunkte. Dazu gehören wöchentliche Teamsitzungen, die Entlassungsevaluation und die Abschlussevaluation vor dem Ende der Nachsorge. Das Betreuungsteam ist jederzeit in der Lage auf veränderte Bedingungen beim Kind oder auch bei der Familie einzugreifen und die Maßnahmen nach zu justieren oder gar ganz zu verändern. Weiters wird von den Eltern ein Fragebogen zur Zufriedenheit über die Nachsorgemaßnahmen, der Zufriedenheit mit dem Personal und über Angebote und Ressourcen, die sich die Eltern eventuell zusätzlich gewünscht hätten durchgeführt.

5.2.2.2. Studie zum Bunten Kreis

In einer soziökonomischen Studie wurden prospektiv, in Form einer Fall-Kontrollstudie, Familien, die die Augsburger Nachsorge in Anspruch nahmen, mit Familien ohne Nachsorge aus Bonn und Nürnberg verglichen. Als Ergebnis der Studie ließen sich eine Senkung der stationären Versorgungskosten aufgrund der verkürzten Verweildauer, sowie die Senkung der Kosten der ambulanten Versorgung durch die Nachsorge ableiten. Die positiven Ergebnisse seitens der Eltern lagen in der umfassenden Informationsweitergabe, als auch in der besseren Zusammenarbeit aller an der Versorgung beteiligten Institutionen. Außerdem fühlten sich die Eltern nach der Entlassung sicherer und kompetenter in der Versorgung und hatten dementsprechend weniger Ängste in Bezug auf die Entwicklung ihrer Kinder.[252]

Hier wurden lediglich zwei Praxisbeispiele ausgewählt. Es gibt in Deutschland weiters zahlreiche Beispiele für Entlassungsmanagement oder auch für die Überleitungspflege.

[251] Vgl. a. a. O., S. 163-164
[252] Vgl. Porz, F. Podeswik, A. 2006, S. 13

In Deutschland wurde durch das deutsche Netzwerk für Qualitätssicherung ein Expertenstandard für Entlassungsmanagement in der Pflege entwickelt[253]. *„Konzepte zur Pflegeüberleitung und zur Entlassungsplanung beinhalten Aussagen zu Einzelinformationen, Zielvorstellungen sowie Handlungsabläufen, die in der Überleitungssituation zu bearbeiten sind.[254]“* Der Expertenstandard für Entlassungsmanagement wird in zahlreichen Einrichtungen in Deutschland angewandt.

Auch in vielen deutschen Einrichtungen werden direkte sowie indirekte Pflegeüberleitung angewandt. Eines der bekanntesten Modelle der indirekten Pflegeüberleitung ist das Projekt, „Von der Lücke zur Brücke“ in Herdecke[255]. Die indirekte Form der Pflegeüberleitung wir z.B. in Ludwigshafen, München, Essen u.a. angewandt.[256]

Da diese Arbeit aber nicht auf der vollständigen Aufzählung der Verwendung von Case Management bzw. Case Managementansätzen beruht, sondern auf der Darstellung der verschiedenen Anwendungsmethoden des Case Managements, wurden lediglich zwei Praxisbeispiele ausgewählt. Somit beansprucht diese Aufzählung keineswegs Anspruch auf Vollständigkeit.

[253] Vgl. Dörpinghaus, S. et al. 2008, S. 59
[254] ebda.
[255] Vgl. a. a. O., S. 60
[256] Vgl. a. a. O., S. 63

5.2.3. *Systematik zu Case Management in der Praxis*

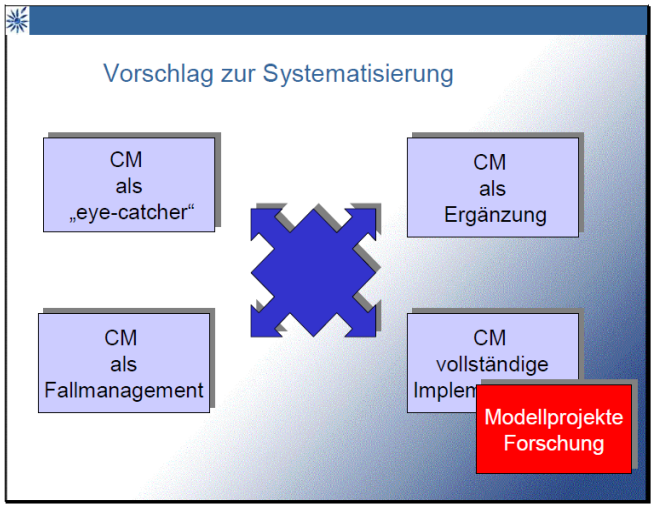

Abbildung 10: Systematik zur Case Management Praxis[257]

Löcherbach hat anhand von Literatur- und Internetrecherche, sowie mittels Expertenbefragung eine Systematik zur Anwendung von Case Management in der Praxis erstellt.

- **Case Management als „Eye catcher“**
  - Hier werden bereits bestehende Ablaufe bzw. Verfahren ohne oder nur mit geringer Überprüfung als Case Management bezeichnet. Dies geschieht aufgrund möglicher Übereinstimmungen bezogen auf den inhaltlichen oder organisatorischen Handlungsansatz und bei Verwendung von Begriffen wie, Vernetzung, Verlinkung, Fallsteuerung, Fallmanagement u.a.[258]

- **Case Management als „Ergänzung“:**
  - In dieser Ebene werden einzelne Schritte des Case Management-Regelkreises systematisch angewendet mit dem Ziel die Praxis zu verbessern. Die übergebliebenen Schritte bleiben zum Großteil unberührt.[259]

- **Case Management als „Fallmanagement“**
  - Hier wird der gesamte Case Management-Regelkreis eingeführt und mit bestehenden Konzepten in Verbindung gebracht. Dies geschieht jedoch nur auf der Fallebene, die Systemebene wird nicht bzw. wenn überhaupt nur geringfügig in Case Management-Ansätzen beachtet.[260]

- **Vollständige Implementierung**
  - Case Management wird in Fall- und Systemsteuerung vollständig implementiert.[261]

[257] Löcherbach, P. o.J. S. 2
[258] Vgl. a. a. O., S. 2-3
[259] Vgl. a. a. O., S. 3
[260] Vgl. a. a. O., S. 3-4
[261] a. a. O., S.4

5.2.4. Einteilung der Praxisbeispiele Österreich und Deutschland nach der Systematik laut Löcherbach

Betrachtet man die Gegenüberstellung zwischen Case Management und Entlassungsmanagement, kann man bezogen auf die österreichischen Praxisbeispiele die zwei letzen Punkte der Systematik nach Löcherbach sofort ausschließen.

Case Management als „Eye catcher"

Die patienten/innenorientierte integrierte Krankenhausversorgung bzw. das indirekte Entlassungsmanagement sowie das dazugehörige Praxisbeispiel Krankenhaus „Göttlicher Heiland" reiht sich in diese Kategorie ein. Bei den genannten Beispielen kommt es zu einer teilweisen inhaltlichen Übereinstimmung der Ziele zwischen Entlassungsmanagements und Case Management. Diese wären: Verbesserung der Kontinuität, Verkürzung der Verweildauer, bessere Kommunikation und Kooperation, Senkung der Wiedereinweisung.

Oft verfolgen Einrichtungen, die dieser Kategorie zugeordnet werden nur eine Aufwertung ihres Images. Laut Löcherbach ist aber keineswegs gesagt, dass es nicht zu einer qualitativen Verbesserung durch diese Maßnahmen kommen kann.[262]

Zu diesem Punkt gehört weiters auch die Überleitungspflege. Diese zeigt inhaltliche Übereinstimmungen im Handlungsansatz. Doch wie bereits in Kapitel „Überleitungspflege" erläutert, wird Case Management hier meist als Ausweis einer qualifizierten Arbeitsweise verwendet.

Case Management als „Ergänzung"

Hierzu zählen Case Management-Beispiele an der Schnittstelle zwischen stationärer und extramuraler Betreuung im Kaiser-Franz-Josef Spital und im Hartmannspital in Wien.

Wie zuvor beschrieben, wird der Case Management/Regelkreis in diesen Einrichtungen angewandt, jedoch lediglich Bruchstückhaft. Wie in der Gegenüberstellung zwischen Case Management und Entlassungsmanagement erwähnt werden einige Punkte des Regelkreises übernommen, wohingegen andere zur Gänze fehlen. Auch das Ausmaß der übernommenen Bereiche wird nicht gleich behandelt.

Auch hier erwähnt Löcherbach in seiner Systematik, dass positive Ergebnisse erreicht werden können ohne das gesamte Potenzial voll aus nützen zu müssen[263].

[262] Vgl. a. a. O., S.3
[263] Vgl. ebda.

Case Management als „Fallmanagement“

Beim Augsburger Modell werden alle Teile des Case Management/Regelkreis angewandt. Die Fallebene steht somit hier im Vordergrund, wohingegen die Systemebene nur in geringem Ausmaß in Case Management-Ansätzen betrachtet wird.

Aus der Systematik nach Löcherbach geht hervor, dass qualitative Verbesserungen bezogen auf die Fallarbeit erreicht werden können[264].

„Vollständige Implementierung“

Das Kölner Modell präsentiert eine vollständige Anwendung von System- und Fallsteuerung. Wie zuvor beschrieben, wurde Case Management im gesamten Universitätsklinikum implementiert. Dabei erstreckt sich Case Management von der Terminierung geplanter Operationen über das Aufnahmemanagement, dem Monitoring im Verlauf des Aufenthaltes bis zur Entlassungsplanung. Mit der Implementierung des Case Management ist auch eine Organisationsentwicklung von statten gegangen. Strukturen und Prozesse wurden den neuen Bedingungen angepasst.

[264] Vgl. a. a. O., S.4

6. Diskussion

Die Recherche zu Case Management in der Fachliteratur hat gezeigt, dass die Vorgehensweise des Case Management, hinsichtlich der Methode, immer aus einer Fülle von Schritten, Phasen oder Dimensionen besteht. Bezüglich der Kernfunktionen des Case Management existiert eine große Übereinstimmung unter den Autoren/innen, auch wenn diese sich in der praktischen Umsetzung stark unterscheiden.[265]

Besonderen Wert legen die Autoren/innen auf die System- und Fallsteuerung. So sollte jede Implementierung von Case Management mit der Systemebene beginnen. Die Einführung des Case Managements auf der Systemebene legt den Grundstein für den weiteren Erfolg in seiner Umsetzung. Case Management auf der Systemebene beinhaltet die gesamten Steuerungsleistungen und Einzelverfahren, die innerhalb des Netzwerkes aufeinander abgestimmt werden müssen. Dies bildet die Grundlage für die Fallsteuerung.[266]

Das Konzept Case Management ist in seiner Anwendung offen und variabel genug um aus einzelnen Schritten eine Verbesserung für die Praxis zu erreichen. Hierin liegt wahrscheinlich auch ein Grund für die zahleichen unterschiedlichsten Ausprägungsformen. Dennoch werden dadurch nicht sämtliche Möglichkeiten, die das Case Management bietet, voll ausgenutzt. Die volle Wirkungsweise des Case Managements kann sich nicht entfalten, wenn es nur auf der Ebene eines einzelnen Dienstes oder im schlimmsten Falle nur von einer einzelnen Fachkraft angewandt wird. Mit der Einführung von Case Management geht immer eine Organisationsentwicklung einher, in dem Case Management auf der Ebene der Systemsteuerung genützt wird.[267]

In vielen österreichischen und deutschen Krankenanstalten findet man Begriffe wie Case Management, Entlassungsmanagement, Überleitungspflege sowie Fallmanagement. Durch die Entwicklungen im Gesundheitswesen in den letzten Jahrzehnten waren bzw. sind Krankenhäuser gezwungen, Ökonomie und die Qualität der Patienten/innenversorgung in Einklang zu bringen. Hierbei verwendet man oft den Überbegriff Case Management, welcher in den zuvor erwähnten Varianten ausgeführt wird. Wie bereits beschrieben, enthält vollständiges Case Management eine Fülle von Anforderungen. In der Praxis wird jedoch nur in den seltensten Fällen vollständiges Case Management, nach den in der Literatur be-

[265] Vgl. Wendt, W.R. 2008, S.112
[266] Vgl. Ribbert-Elias, J. 2006, in Wendt, WR. 2006, 142
[267] Vgl. Löcherbach, P. et al. 2005, S.7

schrieben Kriterien, angewandt. In Österreich bedienen sich viele Krankenanstalten des Entlassungsmanagements oder der Überleitungspflege, die auf Case Management-Ansätzen beruhen. Diese gehören nach Löcherbachs Systematik in die Kategorie „Eye catcher", oder auch „Case Management als Ergänzung". Natürlich erreichen auch diese Anwendungsformen für die Praxis eine Verbesserung. Entlassungsmanagement und Überleitungspflege wenden aber nur Case Management-Ansätze an. Diese ähneln teilweise den inhaltlichen Handlungsansätzen des Case Managements. Begriffe wie Koordination, Kooperation, Kommunikation, Drehtüreffekt, Wiedereinweisungsraten und Patienten/innenzufriedenheit überschneiden sich mit dem Case Management. Fallsteuerung wird teilweise angewandt, die Systemsteuerung fehlt jedoch zur Gänze.

Sowohl Entlassungsmanagement als auch die Überleitungspflege sind bestrebt eine Koordination zwischen extramuraler und intramuraler Schnittstelle zu entwickeln. Entlassungsmanagement und Überleitungspflege findet anlassbezogen statt. Beim Entlassungsmanagement und der Überleitungspflege geht es meist nur um die Optimierung des Entlassungsprozesses. Beim Case Management hingegen, soll der gesamte Behandlungsprozess von Anfang bis Ende optimiert werden, um Ergebnis und Patiente/innenorientierung in Einklang zu bringen. Im Gegensatz zu Case Management, welches Autonomie in seinem handeln fordert, sind Entlassungsmanagement sowie Überleitungspflege fremdbestimmt. Weiters gibt es kaum standardisierte Kriterien zur Auswahl der Patienten/innen.

Eine Definition von Case Management lautet:

Case Management überschreitet die Grenzen herkömmlich professionell abgegrenzten Handelns. Oder mit anderen Worten: Ziel ist die Überwindung von Desintegration und Diskontinuität sowie die Förderung von Patienten/innen- und Ergebnisorientierung.[268] "

Man kann sagen, dass Entlassungsmanagement und Überleitungspflege nur ein Bruchstück des gesamten Prozesses sind.

Ein weiterer wichtiger Punkt warum Case Management oft nicht in seiner vollen Ausprägung implementiert wird, hängt sicher mit den starren hierarchischen Strukturen in Krankenhäusern zusammen. Jeder Bereich möchte alleine Herr über seine Abteilung sein. Man will nicht, dass jemand anders in die Karten schaut. Case Management verlangt ein Umdenken. Oft herrscht in Krankenhäusern Macht- und Konkurrenzdenken, fehlende Kooperationseinsicht sowie ein fehlendes Kommunikations- und Informationssystem. Um Case Management ein zuführen, müssen alle Berufsgruppen damit einverstanden sein. Gemein-

[268] Dörpinghaus, S, et al. 2008, S.114-115

same Ziele müssen formuliert werden. Die Einführung von Case Management nimmt Einfluss auf bestehende Prozesse und optimiert bzw. ändert diese gegebenenfalls. So kommt es zur Verschiebung von Aufgaben. Eine Aussage des Pflegdirektors des Universitätsklinikum Köln Herrn Rene A. Bostelaar lautet:

„Die Entscheidungsträger/innen müssen darüber im Klaren sein, dass sie durch die Einführung des Case Managements mit tradierten Tabus brechen – sowohl was die Strukturen der Organisation als auch die Selbstverständnisse der Berufsgruppen betrifft.[269]"

Die beschriebenen Beispiele aus Deutschland zeigen, dass Case Management laut Löcherbach sowohl auf der Fallebene als auch auf der Systemebene angewandt wird. Dies lässt aber nicht den Rückschluss zu, dass Case Management in Deutschland allgemein vollständiger angewandt wird, als in Österreich. Auch hier gibt es zahlreiche Formen des Entlassungsmanagement und der Überleitungspflege die in die Kategorie „Eye catcher" oder „Case Management als Ergänzung" eingeordnet werden können. Dies heraus zu finden war aber nicht Ziel dieser Arbeit. Diese Thematik könnte in einer weiterführenden Arbeit beschrieben werden.

Case Management auf der Fallebene, wie es im Augsburger Modell beschrieben wird, zielt auf eine ganzheitliche Betreuung der Patienten/innen und deren Angehörigen ab. Alle Schritte des Case Management Regelkreises werden behandelt. Dies ist ein Beispiel dafür, dass Case Management seinen Nutzen vor allem bei Patienten/innen mit hohem Versorgungsbedarf entfaltet.

Beim Kölner Modell wurde eine vollständige Implementierung von Case Management auf der Fall- und Systemebene vollzogen. Nach anfänglichen Schwierigkeiten wurde schnell erkannt, welchen Nutzten das Modell für das Krankenhaus sowie für den/die Patienten/in hat. Mittlerweile arbeiten 42 Case Manager/innen im Kölner Klinikum. Das Klinikum ist Vorreiter auf diesem Gebiet. Die Implementierung hat eine Reorganisation des ärztlichen und pflegerischen Dienstes mit sich gebracht. Es kam zu Umstrukturierungen, welche in der Anfangsphase mit Widerständen zu kämpfen hatte. Denn die neue Aufgabe des/der Case Manager/in war es, alle Prozesse und Entscheidungen zu bündeln. Dazu gehört unter anderem die Steuerung diagnostischer Untersuchungen, Therapien sowie OP-Termine. Jeder/e stationäre Patient/in muss einmal vom/von der Case Manager/in angeschaut werden, um auf Besonderheiten, Prognose und Risikofaktoren bewertet zu werden.[270]

[269]Teigler, B. 2008, S. 900
[270]Vgl. a. a. O, S. 900-901

Die Ärzte/innen hatten befürchtet, dass ihr Einflussbereich eingeschränkt werden könnte. Doch schnell erkannten sie, dass diese Maßnahme eine Entlastung ihrer Tätigkeit bewirkte und die Produktivität in der Abteilung um bis zu 20% stieg. Laut Herrn Bostelaar rechnet sich Case Management vom ersten Tag an. Die anfänglichen Kosten wie, beispielsweise für anfallende Personalkosten durch neue Stellen wurden schnell durch die Optimierung der Prozesse amortisiert.[271]

Wie die Praxisbeispiele gezeigt haben, herrscht eine große Heterogenität in der Anwendung von Case Management in österreichischen und deutschen Krankenhäusern. Mit Hilfe der Systematik von Löcherbach wurde dies noch genauer dargestellt und differenziert.
Die Einführung des Case Management ist sicher sehr aufwendig und mit vielen Veränderungen verbunden. Das Paradebeispiel des Universitätsklinikum Köln zeigt jedoch, wie es funktionieren kann und das es auch zum Erfolg führt.
Träger von Krankenanstalten müssen sich vor Augen halten, dass es aufgrund der demographischen Entwicklung zu immer komplexeren Versorgungsproblemen kommen wird. Somit wird es wichtiger, Methoden anzuwenden, die Prozesse optimieren, um den/die Patienten/in optimal durch den Versorgungsprozess zu führen. Auch Case Management-Ansätze, wie Entlassungsmanagement und Überleitungspflege, leisten einen positiven Beitrag in der Praxis. Dennoch sollte auch das Modell in seinem ganzen Umfang in Betracht gezogen werden, um ein optimales Gleichgewicht zwischen Ergebnis- und Patienten/innenorientierung zu erreichen.
Ein weitere relevante Thematik zum Thema Case Management sind die Qualifizierungsprogramme zur Ausbildung des/der Case Manger/in. Diesem Thema hätte sich die Autorin in ihrer Arbeit gerne noch gewidmet, doch aufgrund des Umfangs konnte darauf nicht mehr eingegangen werden. Dies Thema könnte in weiterführenden Arbeiten behandelt werden.

[271] Vgl. a. a. O., S. 901

7. Literaturverzeichnis

ANA Amerika Nurses Association 1988, Nursing Case Management, Kansas City MO: ANA in Ewers, M. 2000, Das angol-amerikansiche Case Management: Konzeptionelle und methodische Grundlagen, in Ewers, M., Schäffer (Hrsg.), D. 2000, *Case Management in Theorie und Praxis*, Verlag Hans Huber, Bern.

Bartholomeyczik, S. 2007, Kurze Verweildauer im Krankenhaus –die Rolle der Pflegenden, Pfleger & Gesellschaft 12 Jg. in Pape, R. 2008a, Einleitung, in Pape, R., et al. (Hrsg) 2008, *Case Management im Krankenhaus, Aufsätze zum Kölner Modell in Theorie und Praxis,* Boestelaar, RA., Schültersche Verlagsgesellschaft, Hannover.

Baumberger, J. 1996, *Die Entstehung der HMO in der Schweiz*, in Wendt, W., R. 2008, *Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen*, Lambertus-Verlag, Freiburg im Breisgau, S. 33.

Baur, Podeswik, A. 2006, Case Management in der Pädiatrie – Nachsorge bei schwer und chronisch kranken Kindern und Jugendlichen, in Wendt, WR., Löcherbach, P. (Hrsg) 2006, *Case Management in der Entwicklung Stand und Perspektiven in der Parxis*, Economica Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH, Heidelberg.

Beickrich, E., et al. 1995, *Handbuch für ambulante Pflegedienste – professionell gemeindenah, wirtschaftlich*. Losebl.-Ausg. Grundwerk, Freiburg im Breisgau, in Dörpinghaus, S, Grützmacher, S., Werbke, R., S., Weidner, F. 2008, *Überleitung und Case Management in der Pflege*, Schültersche Verlagsgesellschaft mbH & Co.KG, Hannover, S.1.

Bower, KA. 1995, Case Management Designed fort he Care Continuum, in Ewers, M. 2000, Das angol-amerikanische Case Management: Konzeptionelle und methodische Grundlagen, in Ewers, M., Schäffer (Hrsg.), D. 2000, *Case Management in Theorie und Praxis*, Verlag Hans Huber, Bern, S.56.

Brinkmann, V. 2006 (Hrsg.), *Organisationsentwicklung und Change Management in Gesundheits- und Sozialunternehmen*, GWF Fachverlage GmbH, Wiesbaden.

Bruckmüller, A. 2002, *Überleitungspflege, Die Brücke vom Krankenhaus ins „zu Hause“*, Österreichische Pflegezeitschrift, Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband, Wien, Ausgabe 4/2002, S. 12.

Bundesministerium der Justiz o.J., *Leistungsarten*, Zugriff am: [20.11.2009], < Http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/__11.html>.

Bundesministerium für Gesundheit 2008, Gesundheitsreform 2005, Zugriff am: [20.12.2009], <http://www.bmgfj.gv.at/cms/site/standard.html?doc=CMS1104313005110&channel=CH0717 >.

Center of Medicare & Medicaid Service 2009, *Overwiew*, Zugriff am: [10.01.2010], <http://www.cms.hhs.gov/MedicaidGenInfo/>.

Coffey, RJ., Baldwin, PJ., LeRoy, SS, Remmert, CS., Richards, JS., Schoville, RR. 1992, An introduction to critical paths, in Pham, PT. 2007, Auswirkung der Einführung klinischcer Pfade auf den Behandlungsverlauf, insbesondere Organisation, Aufwand und Kosten, Dissertation zur Erlangung eines Grades eines Doktors der Medizin, Saarland, S.45-54., Zugriff am: [20.02.2010], <http://deposit.d-nb.de/cgi-bin/dokserv?idn=996203257&dok_var=d1&dok_ext=pdf&filename=996203257.pdf>

Czypionka, T., Kraus, M., Röhrling, G., Straka, H. 2008, *Health System Watch*, *Case Management in Österreich und Europa Gesundheitsökonomische Evaluation: politische Implikation und nutzentheoretischer Outcome*, 1/2008, Zugriff am: [12.10.2009], <http://www.ihs.ac.at/departments/fin/HealthEcon/watch/hsw08_1d.pdf>.

Danter-Klenner, A, Fürthaller, E. 2008, *Überleitungspflege in Oberösterreich aus Sicht der sanitären Aufsicht*, Österreichische Pflegezeitschrift, Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband, Wien, Ausgabe 4/2008, S. 33-35.

Dash, K., Zarle, N., O`Donnel, L., Vince-Whitman, CH 2000, *Entlassungsplanung Überleitungspflege*, Urban Fischer, München, in Gründböck, A., Rappauer, A., Müller, G. 2003, *Evaluation des Dienstleistungsangebotes Entlassungsmanagement durch ambulante Anbieterorganisationen im Kaiser-Franz-Josef-Spital der Stadt Wien*, Dachverband der Wiener Pflege- und Sozialdienste, Wien.

Dash, K., Zarle, N., O`Donnel, L., Vince-Whitman, CH 2000, *Entlassungsplanung Überleitungspflege*, Urban Fischer, München, in Nachtrab, T. 2006, *Übergangsbegleitung statt Überleitungspflege, Soziale Arbeit bei den Statuspassagen von Patienten in stationären Einrichtungen*, Diplomarbeit, Grin Verlag, Norderstedt Deutschland, S. 2.

Dörpinghaus, S, Grützmacher, S., Werbke, R., S., Weidner, F. 2008, *Überleitung und Case Management in der Pflege*, Schültersche Verlagsgesellschaft mbH & Co.KG, Hannover.

Eggers, S., Römer-Kirchner, A., Schmidt, R. 2008, Versorgungsmanagement, Grundlagen des Case Managements, in Diffenbach, S., Harms, K., Heißling-Hohl, M. (Hrsg.) u.a. 2008, *Management Handbuch Pflege*, Economica Verlag, Deutschland.

Ewers, M., Schäffer, D. 2000, *Case Management in Theorie und Praxis*, Verlag Hans Huber, Bern in Dörpinghaus, S, Grützmacher, S., Werbke, R., S., Weidner, F. 2008, *Überleitung und Case Management in der Pflege*, Schültersche Verlagsgesellschaft mbH & Co.KG, Hannover, S.17-18.

Ewers, M. 2000a, Das angol-amerikanische Case Management: Konzeptionelle und methodische Grundlagen in Ewers, M., Schäffer, D. (Hrsg.) 2000, *Case Management in Theorie und Praxis*, Verlag Hans Huber, Bern.

Ewers, M. 2000b, *Einleitung: Case Management als Innovation im bundesdeutschen Sozial- und Gesundheitswesen* in Ewers, M., Schäffer, D. (Hrsg) 2000, *Case Management in Theorie und Praxis*, Verlag Hans Huber, Bern.

Ewers, M. 2000c, „Entstehungsgeschichte des US-amerikanischen Case Management“ in Ewers, M., Schäffer, D. (Hrsg.) 2000, *Case Management in Theorie und Praxis*, Verlag Hans Huber, Bern.

Ewers, M. 2000d, „Case Management im Schatten von Managed Care: Sozial- und gesundheitspolitische Grundlage“ in Ewers, M., Schäffer, D. (Hrsg.) 2000, *Case Management in Theorie und Praxis*, Verlag Hans Huber, Bern.

Ewers, M. 2006, „Case Management in der Tradition der Pflege“ in Wendt, WR., Löcherbach, P. (Hrsg) 2006, Case *Management in der Entwicklung Stand und Perspektiven in der Parxis*, Economica Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH, Heidelberg.

Gesundheitsberichterstattung des Bundes o.J., *Diagnosis Related Group*, Zugriff am: [26.11.2009] < http://www.gbe-bund.de/glossar/Diagnosis_Related_Groups_DRG.html >.

Gründböck, A. 2007, *Auf dem Weg zur integrierten Versorgung – Entlassungsmanagement, in Klassen*, M., Müller, M. 2009, „*Entlassungsmanagement – Case Management im Zuge der Krankenhausentlassung am Beispiel der Situation Österreich*“, Case Management, Nr 1/2009, Economica-Verlag, Landsberg, S.15-19.

Gründböck, A., Rappauer, A., Müller, G. 2003, *Evaluation des Dienstleistungsangebotes Entlassungsmanagement durch ambulante Anbieterorganisationen im Kaiser-Franz-Josef-Spital der Stadt Wien*, Dachverband der Wiener Pflege- und Sozialdienste, Wien.

Guggenberger, M. 2009, *Soziologische Aspekte zur Freiwilligkeit im Kriseninterventionssystem Burgenland*, Zugriff am: [10.01.2010] , < http://tagung.sve-psd.at/fileadmin/tagungneu/downloads/pdf/WS_14-2_Soziologische_Aspekte_zur_Freiwilligkeit_im_KI_Burgenland_-_Guggenberger.pdf>.

Kane et al. 1993, Ethical Conflicts in the Management of Home the home care – Case Manager´s Dilemma, Springer Publishing Co. New York, in Ewers, M. (Hrsg.) 2000, *Das angol-amerikanische Case Management: Konzeptionelle und methodische Grundlagen* in Ewers, M. 2000, *Case Management in Theorie und Praxis*, Schäffer, M., Verlag Hans Huber, Bern.

Kapounek, A. 2009, *„Entlassungsmanagement in der Praxis“, Das Österreichische Gesundheitswesen – ÖGKV*, Nr. 6/2009, Zugriff am [15.11.], <http://www.pik.or.at/fileadmin/user_upload/Publikationen/EM_in_der_Praxis_OEKZ_2009.pdf>.

Klassen, M., Müller, M. 2009, *Entlassungsmanagement – Case Management im Zuge der Krankenhausentlassung am Beispiel der Situation Österreich*, Case Management, Nr 1/2009, Economica-Verlag, Landsberg, S.15-19.

Klug, W. 2005, Case Management im US-amerikanischen Kontext, in Löcherbach, P., Klug, W., Remmel-Faßbender, R., Wentd, WR., (Hrsg), *Case Management in Fall- und Systemsteuerung in der Sozialen Arbeit*, Ernst Reinhardt, GmbH & CoKG Verlag, München.

Kurscheid, C. o.J., *Integrationsversorgung II Instrumente, Strategien und Konzepte*, Zugriff am: [10.01.2010], <http://www.uni-koeln.de/wiso-fak/soposem/snw/pdf/IV_23_11_06.pdf>.

Irmer, C. o.J., *Was ist Case Management*, Wien, Zugriff am: [20.10.2009], <http://www.geronto.at/Artikel/Themen_der_ambulanten_Pflege/Was_ist_Casemanagement_/was_ist_casemanagement_.html>.

Lehner, E., Stricker, S. 2000, *„Endbericht über das Projekt „Daheim gesund werden-weiterführende Betreuung durch Ganzheitliche Hauskrankenpflege“*, Wiener Rotes Kreuz Eigenverlag, Wien.

Löcherbach, P. 2004, *Innovation in und durch Case Management*, Berlin, Zugriff am: [27.12.2004]; <http://case-manager.de/Info.html> in Hierzer, KH. 2007, *Entwicklung eines Konzeptes zu Cafe-Management in der Neurorehabilitation insbesondere für Schädel-Hirn-Trauma Patienten in Oberösterreich*, Master Thesis, Johannes Kepler Universität Wien, S. 1-15.

Löcherbach, P., Klug, W., Remmel-Faßbender, R., Wendt, W., R. 2005, *Case Management, Fall- und Systemsteuerung in der Sozialen Arbeit*, Ernst Reinhardt, GmbH & CoKG Verlag, München.

Löcherbach, P. o.J., Einsatz der Methode Case Management in Deutschland: Übersicht zur Praxis im Sozial- und Gesundheitswesen, Zugriff am: [20.12.2009], <http://cms.uk-koeln.de/live/case-management/content/e59/e74/LcherbachCMinDeutschland.pdf>.

McGowan, BG. 1987*, Advocacy,* in Ewers, M. 2000, Das angol-amerikanische Case Management: Konzeptionelle und methodische Grundlagen, in Ewers, M. 2000 (Hrsg), *Case Management in Theorie und Praxis*, Schäffer, D., Verlag Hans Huber, Bern.

Moxely, D. 1997, *Case Management by Design*, Nelson Hall, New York, in Klug, W. 2005, *Case Management im US-amerikanischen Kontext – Anmerkung zur Bilanz und Folgerung für die deutsche Sozialarbeit*, in Löcherbach, P., Klug, W., Remmel-Faßbender, R., Wendt, W., R. 2005, *Case* Management, Fall- und Systemsteuerung in der Sozialen Arbeit, Ernst Reinhardt, GmbH & CoKG Verlag, München, S.53.

Nachtrab, T. 2006, *Übergangsbegleitung statt Überleitungspflege, Soziale Arbeit bei den Statuspassagen von Patienten in stationären Einrichtungen*, Diplomarbeit, Grin Verlag, Norderstedt Deutschland.

Ninaus-Meznik, S. 2009, *Entlassungsmanagement in Österreich*, *Das Österreichische Gesundheitswesen – ÖGKV*, Nr. 6/2009, Zugriff am [15.11.], <http://www.schaffler-verlag.com/gw_artikel_dl/090612.pdf>

NSAW- National Association of Social Workers 1992, Case Management in health, education and human service setting, NCOA, Washington DC, in Ewers, M. 2000, Das angol-amerikanische Case Management: Konzeptionelle und methodische Grundlagen, in Ewers, M., Schäffer (Hrsg.), D. 2000, *Case Management in Theorie und Praxis*, Verlag Hans Huber, Bern, S.14.

Pape, R. 2008a, Einleitung, in Pape, R., et al. (Hrsg.) 2008, *Case Management im Krankenhaus, Aufsätze zum Kölner Modell in Theorie und Praxis*, Boestelaar, RA., Schültersche Verlagsgesellschaft, Hannover.

Pape, R. 2008b, Das Kölner Case Management Modell – Entstehungsgeschichte, in Pape, R., et al. (Hrsg.) 2008, *Case Management im Krankenhaus, Aufsätze zum Kölner Modell in Theorie und Praxis*, Boestelaar, RA., Schültersche Verlagsgesellschaft, Hannover.

Pape, R. 2008c, Case Management im Gesundheitswesen, in Pape, R., et al. (Hrsg.) 2008, *Case Management im Krankenhaus, Aufsätze zum Kölner Modell in Theorie und Praxis*, Boestelaar, RA., Schültersche Verlagsgesellschaft, Hannover.

Pape, R. 2008d, Das Kölner Case Management Modell, in Pape, R., et al. (Hrsg.) 2008, *Case Management im Krankenhaus, Aufsätze zum Kölner Modell in Theorie und Praxis*, Boestelaar, RA., Schültersche Verlagsgesellschaft, Hannover.

Pawils, A., Reinschmidt, H. 2008*, Arbeitshilfe zum Pflege- Weiterentwicklungsgesetz – Was ändert sich für Pflegebedürftige und ihre Pflegepersonen (Angehörige) mit Inkrafttreten des PfWG zum 01.07.2008*, Zugriff am: [20.11.2009], <http://www.paritaet.org/hamburg/aktuell/AH_PfWG_pflegebed.pdf>.

PIK 2009, *Management Summary – Entlassungsmanagement*, Zugriff am: [10.11.2009], <http://www.pik.or.at/fileadmin/user_upload/Management/Management_Summary_EM.pdf>.

Porta Familia o.J, *Die formell und informelle Kommunikation*, Zugriff am: [10.01.2010], <http://www.portafamilia.de/9107-formelle,_informelle_kommunikation.html>.

Porz, F. 2005, Wissenschaftliche Begleitung von Case Management in der Pädiatrie – die Augsburger Nachsorgeforschung, in Wendt, WR., Löcherbach, P. (Hrsg.) 2006, *Case Management in der Entwicklung Stand und Perspektiven in der Praxis*, Economica Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH, Heidelberg.

Porz, F., Podeswik, A. 2006, *Case Management in der Kinder- und Jugendmedizin - Qualitätsmanagement im Aufbau und in der Begleitung von Nachsorgeeinrichtungen für schwer und chronisch kranke Kinder- und Jugendliche am Beispiel de Bunten Kreises Augsburg*, Zugriff am: [25.01.2010], < http://www.beta-institut.de/download/paediatrie-artikel-case-management.pdf>.

Quinn, J. 1993, Successful Case Management in Long-Terme Care, Spriger Publishing Co, New York in Ewers, M. 2000, Case Management im Schatten von Managend Care: Sozial- und gesundheitspolitische Grundlage, in Ewers, M., (Hrsg.)., D. 2000, *Case Manangement in Theorie und Praxis*, Schäffer, M., Verlag Hans Huber, Bern, S. 18, 24.

Raif, NR., Shore, BK. 1997, *Fortschritte im Case Management, Freiburg im Breisgau*, in Dörpinghaus, S, Grützmacher, S., Werbke, R., S., Weidner, F. 2008, *Überleitung und Case Management in der Pflege*, Schültersche Verlagsgesellschaft mbH & Co.KG, Hannover.
Ribbert-Elias, J. 2006, Case Management im Krankenhaus, in Wendt, WR., Löcherbach, P. (Hrsg.) 2006, *Case Management in der Entwicklung Stand und Perspektiven in der Parxis*, Economica Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH, Heidelberg.

Rothman, J. 1991, A Model of Case Management- Toward empirically based practice, Social Work,, in in Ewers, M. 2000, Das angol-amerikanische Case Management: Konzeptionelle und methodische Grundlagen, in Ewers, M., Schäffer (Hrsg.), D., 2000, *Case Management in Theorie und Praxis*, Verlag Hans Huber, Bern, S.24.

Schäffer (Hrsg.), D., 2000, *Case Management in Theorie und Praxis*, Verlag Hans Huber, Bern, S.255.

Seel A. 2004, *Einführung in die qualitative Forschung*, Zugriff am: [10.01.2010], <http://www.pze.at/typo3/fileadmin/user_upload/ife-dokumente/Qualitative_Forschung_Homepage.pdf>.

Statistik Austria 2009, *Spitalsentlassungen gesamt*, Zugegriffen am: [20.10.2009], <http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/stationaere_aufenthalte/spitalsentlassungen_gesamt/index.html>.

Striker, S., Krückel, T., Kusej, A. 2002, *Entlassungsmanagement im Hartmannspital – Ein Kooperationsprojekt des Wiener Roten Kreuzes und des Hartmannspitals*, Zugriff am: [01.10.2009], <http://www.w.roteskreuz.at/cn/was_wir_tun/frk/dateien/frk_P_bericht_Hartmann_2001.pdf>.

Szathmary, B. 1999, *Neue Versorgungskonzepte im deutschen Gesundheitswesen – Disease und Case Management*, Neuwied, in Dörpinghaus, S, Grützmacher, S., Werbke, R., S., Weidner, F. 2008, *Überleitung und Case Management in der Pflege*, Schültersche Verlagsgesellschaft mbH & Co.KG, Hannover, S. 167.

Teigeler, B. 2008, *„Case Management rechnet sich vom ersten Tag an“,* Die Schwester der Pfleger – Die Führende Fachzeitschrift für Pflegeberufe, Nr.47, Ausgabe 10/08, Bibliomed- Medizinische Verlagsgesellschaft mbH, Melsungen.

Vourlekis, B., Greene, R. 2000, Social work case management, New York, in Ewers, M. 2000a, Das angol-amerikanische Case Management: Konzeptionelle und methodische Grundlagen, in Ewers, M., Schäffer (Hrsg.), D. 2000, *Case Management in Theorie und Praxis*, Verlag Hans Huber, Bern.

Wendt, WR. 2002, Case Management Stand und Positionen in der Bundesrepublik, in Löcherbach, P., Klug, W., Remmel-Faßbender, R., Wendt, WR. (Hrsg.) 2005, Case Management, Fall- und Systemsteuerung in der Sozialen Arbeit, Neuwied, Luchterhand, S.13-36 in Löcherbach, P. o.J., Einsatz der Mehtode Case Management in Deutschland: Übersicht zur Praxis im Sozial- und Gesundheitswesen, Zugriff am: [20.12.2009], <http://cms.uk-koeln.de/live/case-management/content/e59/e74/LcherbachCMinDeutschland.pdf>.

Wendt, WR. 2005, Case Management Stand und Positionen in der Bundesrepublik, in Löcherbach, P., Klug, W., Remmel-Faßbender, R., Wendt, WR. (Hrsg.) 2005, *Case Management*, *Fall- und Systemsteuerung in der Sozialen Arbeit*, Ernst Reinhardt, GmbH & CoKG Verlag, München.

Wendt, WR. 2005a, *Case Management ein Konzept, viele Anwendungen*, *Managet Care*, Nr. 2.2005, Zugriff am: [20.10.2009], <http://www.fmc.ch/uploads/tx_userzsarchiv/05-CaseManage_Konzept.pdf>.

Wendt, WR. 2005b, Case Management Stand und Positionen in der Bundesrepublik, in Löcherbach, P., Klug, W., Remmel-Faßbender, R., Wendt, WR. (Hrsg.) 2005, Case Management, Fall- und Systemsteuerung in der Sozialen Arbeit, Ernst Reinhardt, GmbH & CoKG Verlag, München, S.7.

Wendt, WR. 2006, State of the art: Das entwickelte Case Management, in Wendt, WR., Löcherbach, P. (Hrsg.) 2006, *Case Management in der Entwicklung Stand und Perspektiven in der Parxis*, Economica Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH, Heidelberg.

Wendt, WR. 2008, *Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen, Eine Einführung*, Lambertus-Verlag, Freiburg im Breisgau.

Wendt, WR. 2008, *Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen: eine Einführung*, Lambertus-Verlag, Freiburg im Breisgau in Dörpinghaus, S, Grützmacher, S., Werbke, R., S., Weidner, F. 2008, *Überleitung und Case Management in der Pflege*, Schültersche Verlagsgesellschaft mbH & Co.KG, Hannover, S. 214.

Wendt, WR. 2008, *Case Management im Sozial- und Gesundheitswese -: Eine Einführung*, Lambertus-Verlag, Freiburg im Breisgau in, Schwaiberger, M. 2005, *Case Management im Krankenhaus*, *Die Einführung von Case Management im Krankenhaus unter den geltenden rechtlichen Bestimmungen für stationäre Krankenhausbehandlungen*, Bibliomed- Medizinische Verlagsgesellschaft mbH, Melsungen, 17-18.

Wikipedia 2009a, *Kennzahl*, Zugriff am: [10.01.2010], <http://de.wikipedia.org/wiki/Kennzahl>.

Wikipedia 2009b, *Kuration*, Zugriff am: [10.01.2010], <http://de.wikipedia.org/wiki/Kuration>.

Wikipedia 2009c, *Monitoring*, Zugriff am: [10.01.2010], http://de.wikipedia.org/wiki/Monitoring.

Wikipedia 2010a, Intersubjektivität, Zugriff am:[31.01.2010], <http://de.wikipedia.org/wiki/Intersubjektivit%C3%A4t>.

Wikipedia 2010b, *Outcome*, Zugriff am: [10.01.2010], <http://de.wikipedia.org/wiki/Outcome>.

Wikipedia2010c, *Partizipation*, Zugriff am: [10.01.2010], <http://de.wikipedia.org/wiki/Partizipation>.