

Inhaltsverzeichnis

1 EINLEITUNG	1
2 GRUNDLEGENDES ZUM KONZEPT CASE MANAGEMENT	3
2.1 DEFINITION.....	3
2.2 ENTSTEHUNG UND VERBREITUNG VON CASE MANAGEMENT	5
3 CASE MANAGEMENT IM GESUNDHEITSWESEN	7
3.1 FUNKTIONEN VON CASE MANAGEMENT	7
3.2 REGELKREIS CASE MANAGEMENT	10
3.3 ZIELE VON CASE MANAGEMENT	14
3.4 GEGENWÄRTIGE BEDEUTUNG DER IMPLEMENTIERUNG DES CASE MANAGEMENTS IM BUNDESDEUTSCHEN GESUNDHEITSWESEN	15
4 CASE MANAGEMENT IM KRANKENHAUS	17
4.1 AUFGABEN DES CASE MANAGERS IM KRANKENHAUS	17
4.2 ANFORDERUNGEN UND KOMPETENZEN EINES CASE MANAGERS IM KRANKENHAUS	19
4.3 STELLUNG DES CASE MANagements INNERHALB DES KRANKENHAUSES ...	20
5 KRITISCHE BEWERTUNG VON CASE MANAGEMENT	21
5.1 CHANCEN UND RISIKEN BEI DER IMPLEMENTIERUNG VON CASE MANAGEMENT IM FACHBEREICH KARDIOLOGIE AN DER UMG	21
5.1.1 <i>Ist-Analyse der Universitätsmedizin in Göttingen</i>	22
5.1.2 <i>Ist-Analyse des Fachbereichs Kardiologie</i>	22
5.1.3 <i>Voraussetzung zur Implementierung des Case Managements in der Kardiologie</i>	24
5.2 CHANCEN.....	29
5.3 RISIKEN	31
5.4 FALLBEISPIEL: CASE MANAGEMENT	32
6 FAZIT	38
7 LITERATURVERZEICHNIS	40
8 ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	47
9 EIDESSTATTLICHE VERSICHERUNG	48

1 Einleitung

Das Gesundheitssystem der Bundesrepublik Deutschland hat sich, bedingt durch den demographischen Wandel und der Einführung von pauschalen und leistungsorientierten Vergütungssystemen, in den letzten Jahren starken Herausforderungen zu stellen. Mit der Einführung des DRG - Systems wurden den Krankenhäusern Fallpauschalen für die Behandlung ihrer Patienten aufgezwungen. Innerhalb dieser Fallpauschalen muss ein Krankenhaus mit dem für die Versorgung zur Verfügung gestellten Budget wirtschaften. Schafft es das Krankenhaus weniger Geld auszugeben, so erwirtschaftet es einen Gewinn, gelingt dies nicht, so entsteht ein Verlust.¹

Zusätzlich führt eine Reduktion der Gesamtzahl der Krankenhäuser, einhergehend mit einem Abbau der Bettenzahl und einer Erhöhung der stationären Fallzahlen zu einer enormen Verdichtung von Arbeitsabläufen. Immer mehr Patienten mit hohem Versorgungsbedarf müssen, häufig in sehr kurzer Zeit, durch wenige Mitarbeiter versorgt werden. Der dadurch verursachte Kostendruck stellt insbesondere die deutschen Krankenhäuser vor große Herausforderungen.²

Im klinischen Alltag arbeiten verschiedenste Berufsgruppen zusammen. Um die Sicherstellung der Patientenversorgung zu gewährleisten, ist es zwingend erforderlich, die Aktivitäten aller am Versorgungsgeschehen beteiligten Personen, innerhalb und außerhalb einer Klinik zu koordinieren. Die Anzahl der Akteure hat dabei immer mehr zugenommen. Es muss die Zusammenarbeit zwischen Pflege, Ärzten, Verwaltung, anderen diagnostischen und therapeutischen Abteilungen, Servicepersonal, einweisenden Hausärzten, Kostenträgern und weiterversorgenden Institutionen koordiniert werden.³

Eine weitere Herausforderung, vor die die Kliniken gestellt werden, ist die Tatsache, dass die Fälle immer komplexer werden. Die Patienten kommen immer öfter mit mehreren Haupt- und Nebendiagnosen zur stationären Aufnahme, welche ebenfalls der Versorgung bedürfen. Dies ist der Grund, warum Patienten immer öfter interdisziplinär behandelt werden. Aufgrund der

¹ Vgl. Ewers, M. (2005c), S.156.

² Vgl. ebd., S.157.

³ Vgl. Thiry, L. (2009), S. 63.

soziologischen und demografischen Entwicklungen nimmt außerdem die Komplexität der Versorgungssituationen zu, die Patienten werden immer früher und kränker entlassen.⁴

Case Management kann als eine Möglichkeit gesehen werden, den eben beschriebenen Herausforderungen zu begegnen.

Die vorliegende Thesis beschäftigt sich mit dem Thema des Case Managements im Gesundheitswesen und im Krankenhaus. Es soll versucht werden, darzustellen inwieweit Case Management als Lösungsansatz für den Fachbereich Kardiologie der Universitätsmedizin in Göttingen zu sehen ist.

Der Autor gibt zunächst einen Überblick über grundlegende Aspekte des Case Managements und erörtert die Definition des Case Managements.

Im darauf folgenden Kapitel wird Case Management im Gesundheitswesen näher betrachtet. Es werden die Funktionen, der Regelkreis, die Ziele und die Gründe, warum Case Management im Gesundheitswesen eingeführt wird, beschrieben.

Im nächsten Kapitel beschäftigt sich der Verfasser mit den Aufgaben von Case Management im Krankenhaus. Es wird beschrieben, welche Anforderungen und Kompetenzen ein Case Manager für seine Arbeit braucht und welche Stellung er im Krankenhausbetrieb einnehmen kann.

Es folgt ein praktischer Teil, in dem der Verfasser eine kritische Bewertung des Konzeptes, vor dem Hintergrund jenes in der Kardiologie des UMG einzuführen, vornimmt. Es wird auf die Chancen und Risiken, die das Konzept mit sich bringt, eingegangen. Es folgt eine Ist-Analyse der UMG und der Kardiologie, bevor auf die Voraussetzungen eingegangen wird, die für die Implementierung von Case Management notwendig sind. Den Abschluss des Kapitels bildet ein vom Verfasser selbst entworfenes Fallbeispiel, um die Arbeit eines Case Managers in der Kardiologie zu veranschaulichen.

Im letzten Kapitel zieht der Verfasser ein Fazit über die vorliegende Arbeit und das Konzept des Case Managements.

⁴ Vgl. Thiry, L. (2009), S. 64.

2 Grundlegendes zum Konzept Case Management

2.1 Definition

Heute gibt es eine kaum zu überschauende Anzahl unterschiedlichster Case Management Programme, welche sich bezüglich ihrer Zielsetzung, Qualifikation und Funktion des Case Managers sowie den institutionellen Rahmenbedingungen und des Leistungsvolumens unterscheiden.

Obwohl sich der Begriff „Case Management“ einer wachsenden Popularität erfreut, herrscht häufig Unklarheit darüber, was sich hinter diesem Begriff verbirgt.⁵

In der Literatur findet sich für den Begriff des Case Managements keine allgemeingültige Definition. Nach Ewers existieren im Augenblick zahlreiche Definitionen von diversen Organisationen, Versorgungseinrichtungen und Berufsverbänden, unter anderem Definitionen für die soziale Arbeit, aber auch für die Pflege.

Die Gewährleistung einer kontinuierlichen und integrierten Versorgung, die sowohl die zeitliche, als auch die räumliche Dimension des Versorgungsgeschehens überbrückt und infolgedessen so auf die wesentlichen Herausforderungen eines komplexen und in hohem Maße arbeitsteiligen Sozial- und Gesundheitswesens reagiert, stellt den Wesenskern des amerikanischen Case Managements dar.⁶

Hinsichtlich der zeitlichen Dimension des Versorgungsgeschehens soll mittels Case Management versucht werden, einer auf kurzfristigen Eingriffen ausgerichteten Dienstvorstellung korrigierend zu begegnen, um so eine kontinuierliche Versorgung sicherzustellen. Primäres Ziel der räumlichen Dimension des Versorgungsgeschehens ist es, aus einem unübersichtlichen Leistungsangebot ein ausführliches, effizientes Versorgungspaket, das speziell auf die Bedarfe des Individuums abgestimmt ist, zusammenzustellen.

Durch Case Management sollen also Schnittstellen und Versorgungslücken überwunden, und den individuellen Bedarfslagen durch ein kompaktes, aufeinander abgestimmtes Hilfsangebot begegnet werden.⁷

⁵ Vgl. Ewers, M. (2005c), S. 158.

⁶ Vgl. Ewers, M. (2005b), S. 53-56.

⁷ Vgl. ebd., S. 55.

Die Case Management Society of America definiert Case Management als „einen kooperativen Prozess, in dem Versorgungsangebote erhoben, geplant, implementiert, koordiniert, überwacht und evaluiert werden, um so den individuellen Versorgungsbedarf eines Patienten mittels Kommunikation und verfügbarer Ressourcen abzudecken.“⁸

Cohen und Cesta definieren Case Management für den Bereich der Pflege als ein System der pflegerischen Leistungserbringung, welches eine ergebnisorientierte und kostenwirksame Versorgung unterstützt.⁹

Bei eingehender Betrachtung dieser unterschiedlichen Definitionen fällt nach Ewers auf, dass insbesondere die Kriterien „over time“, und „across services“ wieder zu finden sind. Die Bezeichnung „Over time“ steht hier für die Begleitung des Patienten während des Betreuungs- und Krankheitsverlaufs und „across services“ bezeichnet die Zusammenarbeit einzelner an der Therapie beteiligter Gruppen zwischen den einzelnen Versorgungssektoren und Versorgungseinrichtungen.¹⁰

Darüber hinaus existieren eine Reihe weiterer Übereinstimmungen. Insbesondere geht es beim Case Management stets um eine ganzheitliche Sichtweise des Patienten und nicht nur um kurzfristig zu betrachtende Bedarfslagen. Es handelt sich zudem um einen auf Kooperation angelegten Prozess, in dem mehrere Parteien eingebunden sind und in dessen Ablauf sie sich schließlich zu einem integrierten Hilfesystem verbinden. Hauptziel ist es, Problemfelder zu analysieren, Lösungsstrategien zu entwickeln und letzten Endes im Vorfeld definierte Ergebnisse zu erreichen.¹¹

Van Riet und Wouters erklären die Tatsache einer nicht vorhandenen einheitlichen Definition damit, dass die zugrunde liegenden Bestimmungen aus den einzelnen Praxisbereichen entstammen, in denen diese auch angewendet werden.¹²

⁸ Vgl. CSMA 2011.

⁹ Vgl. Cohen, El./ Cesta, T.G. (1997) zit. n. Ewers, M. (2005b), S. 57.

¹⁰ Vgl. Rubin, A. (1987), S. 212-222.

¹¹ Vgl. Ewers, M. (2005b), S. 57.

¹² Vgl. Van Riet, N. / Wouters, H. (2002), S. 38.

2.2 Entstehung und Verbreitung von Case Management

Um die Hintergründe des Konzeptes Case Management zu verstehen und nachzuvollziehen, soll zu Beginn dieser Arbeit dessen Entstehungsgeschichte kurz erläutert werden. Case Management findet seine Wurzeln im anglo-amerikanischen Raum und kann frei übersetzt als „Fallmanagement“ verstanden werden. Den aus der Sozialarbeit stammenden Sachverhalt bezeichnete man zunächst als Case Work, mit dem Fokus auf das psychosoziale Beziehungsverhältnis zwischen einem professionell Ausgebildeten und einem Hilfebedürftigen.¹³

Die Verfahrensweise des Case Managements entfernte sich von dieser Einzelarbeit und erweiterte seine Zuständigkeit. Bedingt durch die Tatsache, dass punktuelle Einzelmaßnahmen nicht ausreichen, entwickelte sich ein professionelles Versorgungs- und Unterstützungsmanagement.

Der Begriff Case Management stammt ursprünglich aus den USA und ist zurückzuführen auf die Neuorganisation der sozialen und gesundheitlichen Versorgung der 70er Jahre des letzten Jahrhunderts.

Zur damaligen Zeit wurden eine große Zahl geistig behinderter, an einer chronischen Erkrankung leidender und pflegebedürftiger Menschen aus stationären Einrichtungen entlassen, da man zu der Erkenntnis gelangte, dass es für die betroffenen Menschen unzumutbar und nicht mit deren Rechten als freie Bürger vereinbar sei, sie in Anstalten und Heimen „festzuhalten“. Des Weiteren stellte man fest, dass eine Versorgung dieser Menschen im stationären Umfeld einen hohen Kostenrahmen einnahm und zudem nicht den gewünschten Nutzen erzielte. So kam es, nicht nur in den USA, zu einer starken Umorientierung, weg von der stationären Versorgung hin zu ambulanten Hilfen. Wendt spricht in diesem Zusammenhang von einer Deinstitutionalisierung.¹⁴

Im Zuge der Enthospitalisierung oder Deinstitutionalisierung wurde es notwendig, ambulante Versorgungssysteme zu schaffen, die zum einen die sozialen und zum anderen die pflegerisch und medizinisch benötigten Unterstützungsleistungen für die Patienten gewährleisten sollten. Ende der 70er Jahre wurde das Community Support Programm durch das *National Institute*

¹³ Vgl. Ewers, M./Schaeffer, D. (2005), S.12.

¹⁴ Vgl. Wendt, W.R. (2010), S.17f.

of *Mental Health* (NIMH) ins Leben gerufen. Dieses Programm sah erstmalig die Bereitstellung eines Case Managers vor, dessen Aufgabe es war, einen kontinuierlichen Kontakt mit den Patienten zu halten und für diesen die Versorgungsdienstleistungen zu koordinieren.

Die Entwicklung des Case Management in Großbritannien berief sich, anders als in den USA, auf dem Hintergrund politischer nationaler Entscheidungen. Diese wollten Anfang der 1980er Jahre eine Reform des staatlichen Gesundheitswesens (National Health Service) und des öffentlichen Dienstes durchsetzen, um so die Arbeitsprozesse im Gesundheitswesen und die der Sozialdienste effektiver und vor allem effizienter zu gestalten. Zur Versorgung Pflegebedürftiger erhielten von den Behörden beauftragte Sozialarbeiter einen Kostenplan um eine ambulante oder teilstationäre Versorgung ihrer Patienten zu organisieren. Aufgrund der so zu vermeidenden Heimunterbringungen war dieses Programm sehr kosteneffizient. Andere europäische Länder, darunter auch Deutschland, diskutierten die Einführung von Case Management aufgrund von Umstrukturierungen in den Gesundheitssystemen.¹⁵

Augenblicklich findet sich das Case Management vorwiegend in den Bereichen der Altenpflege, der Psychiatrie, der Jugendhilfe und der Arbeit mit Suchterkrankten, sowie im Bereich der Rehabilitation und bei der Arbeit mit Patienten, die an einer chronischen Erkrankung leiden, wieder. Der Stellenwert des Case Managements im Bereich des Krankenhauswesens ist in der Bundesrepublik Deutschland zurzeit noch relativ gering einzustufen. Viele Institutionen verwenden den Begriff des Case Managements. Es muss jedoch kritisch hinterfragt werden, ob es sich tatsächlich um Case Management handelt oder allenfalls um Teilbereiche des Case Managements, wie zum Beispiel das Entlassungs- oder Aufnahmemanagement. In Einzelfällen verbergen sich hinter Case Management unter Umständen lediglich Optimierungsmaßnahmen der Kodierqualität.¹⁶

¹⁵ Vgl. Wendt, W. (2010), S.18-22.

¹⁶ Vgl. Pape, R. (2008), S. 17.

3 Case Management im Gesundheitswesen

3.1 Funktionen von Case Management

Dem Case Management werden in der Literatur drei Hauptfunktionen zugeschrieben. Einzelne Autoren erwähnen noch eine zusätzliche Funktion, die der Vollständigkeit halber auch in dieser Arbeit aufgeführt werden soll.

Die Kernfunktionen lauten: die Broker-, die Advocacy- und die Gate-Keeper-Funktion.¹⁷ Die vierte Funktion ist die Support-Funktion. Es handelt sich bei den Funktionen um Modelle, welche im praktischen Gebrauch vielfältige Kombinationsmöglichkeiten aufweisen und nach Ewers je nach Zielvorgaben des Arbeitgebers zu gewichten sind.¹⁸

Alle vier Funktionen werden im Folgenden in kurzer Form aufgezeigt.

Advocacy Funktion

Die Advocacy Funktion gilt als die ursprünglichste Case Management Funktion.

Bei der „anwaltschaftlichen“ Funktion des Case Managements übernimmt der Case Manager die Interessenvertretung des Patienten. Die Funktion legt den Fokus auf Personen, die aufgrund von konfliktträchtigen Lebensumständen (z.B. Behinderung oder mangelnder Bildung) oder aber unverhofft eingetretenen Lebenskrisen (z.B. Unfall oder schwere Erkrankungen) nicht befähigt sind, ihre eigenen Interessen zu vertreten und durchzusetzen. Durch die Advocacy Funktion bietet sich diesem Personenkreis die Möglichkeit, ihre individuelle Bedürfnisse, angepasst an die jeweiligen Bedarfslagen, in einem Aushandlungsprozess mit den einzelnen Einrichtungen zu verwirklichen.¹⁹

Grundlage für die anwaltschaftliche Funktion ist das Einnehmen der Patientsicht durch den Case Manager. Es ist somit möglich, den Verlauf einer Erkrankung und den damit einhergehenden potentiellen Versorgungsbedarf

¹⁷ Vgl. Sambale, M. (2005), S. 86-90.

¹⁸ Vgl. Ewers, M. (2005b), S. 71.

¹⁹ Vgl. ebd., S. 63.

des Patienten zu erkennen und mittels der anwaltschaftlichen Schutzfunktion Krisen zu vermeiden, beziehungsweise abzufedern.

Darüber hinaus sollen unterversorgte Bereiche im Versorgungssystem aufgedeckt und diese Informationen dann an die übergeordneten Entscheidungs- und Handlungsebenen weitergeleitet werden.²⁰

Das durch die Advocacy vertretene Patienten Klientel soll jedoch nicht in eine Abhängigkeit zum Case Manager geführt werden. Stattdessen soll durch die Entwicklung von Bewältigungsstrategien eine selbstständige Lebensführung des Patienten bewirkt werden.²¹

Broker Funktion

Die Broker - Funktion wird laut Ewers auch Makler- und Vermittler-Funktion genannt. Sie zeichnet sich durch eine stärker organisations- und institutionsbezogene Perspektive aus und wird als Antwort auf die „Unübersichtlichkeit und Desintegration moderner, komplexer und hochgradig arbeitsteiliger Sozial- und Gesundheitssysteme“²² verstanden.

Der Case Manager tritt als neutraler Vermittler zwischen Nutzern und Anbietern von Gesundheitsdienstleistungen auf. Durch seine Kenntnisse über das aktuelle Marktangebot tritt der Case Manager als Makler auf, der für die Versorgungsbedürfnisse des Patienten die optimale Versorgungslösung zusammenstellt.²³

Der Case Manager hat die Aufgabe, Form, Gehalt und qualitative Aspekte von Dienstleistungen inhaltlich und finanziell auszuhandeln.²⁴

Dazu sollte der Case Manager nicht bei einem Leistungserbringer angestellt sein, was zu Wettbewerbsverzerrungen führen könnte, sondern unabhängig und neutral von spezifischen Interessen handeln können.²⁵

²⁰ Vgl. Moxley, DP. (1997) zit. n. Ewers, M. (2005), S. 65.

²¹ Vgl. Wendt, W.R. (2010), S. 79.

²² Vgl. Ewers, M. (2005), S. 66.

²³ Vgl. Ewers, M. (2005b), S. 66.

²⁴ Vgl. Wissert, M. (2010), S. 38.

²⁵ Vgl. Ewers, M. (2005b), S. 66.

„Gate - Keeper“ – oder selektierende Funktion

Diese Funktion soll den ungehinderten Zugang zu gemeinschaftlich finanzierten Versorgungsleistungen kontrollieren. Dadurch ist sie als Lösung für die wachsenden Aufgaben im modernen Gesundheitssystem, mit gleichzeitig begrenzten finanziellen Ressourcen, zu sehen. Der Gate Keeper hat die ökonomische Funktion der Selektion und Zugangssteuerung. Dahinter steckt die Vorstellung, dass eine gezielte Zugangssteuerung zu Gesundheitsdienstleistungen bei knappen finanziellen Mitteln den größten Nutzen für das Gesamtsystem bietet.²⁶

Der Gate Keeper öffnet und kontrolliert die Zugänge zu aller Art von Leistungen des formellen und informellen Hilfesystems.²⁷

Dabei vertritt er weder ausschließlich die Interessen der Patienten, noch die Interessen der Dienstleistungsanbieter, bei denen er tätig ist. Idealerweise tritt er für die Interessen der Gesamtgesellschaft ein und verfolgt eine regulierende Funktion im Sinne sozialer Gerechtigkeit.

Der Case Manager nimmt eine Schlüsselposition zwischen Patient und Versorgungssystem wahr. Das Assessmentergebnis entscheidet über die Zugangsberechtigung des Patienten zu bestimmten Versorgungsleistungen. Er erwirbt die für die Versorgung notwendigen Mittel bei den Kostenträgern, um anschließend eine ausgabenorientierte Steuerung des gesamten Versorgungssystems vorzunehmen.²⁸

Der Case Manager hat die Aufgabe, innerhalb eines Dienstes zu klären, welche Patienten zu welchen Diensten sollen, welcher der kostengünstigste Anbieter ist und welcher Patient am bedürftigsten ist bzw. bei wem die Erfolgchancen am höchsten sind.²⁹

Betrachtet man die gespannte Finanzsituation im Gesundheitssystem und die finanziell begrenzten Ressourcen von Institutionen im Gesundheitswesen, kommt es sicherlich zu einem Bedeutungszuwachs dieser Funktion.

²⁶ Vgl. ebd., S. 69.

²⁷ Vgl. Wissert, M. (2009), S. 90.

²⁸ Vgl. Ewers, M. (2005b), S. 69f.

²⁹ Vgl. Klug, W. (2002), S. 40.

Support- Funktion

Diese Funktion dient der sozialen und emotionalen Unterstützung des Patienten, seiner Angehörigen und der Dienste, sich auf den Case Management-Prozess einzulassen und die vereinbarten Ziele gemeinsam zu verfolgen. In dieser Funktion soll der Case Manager eine Versorgungsgerechtigkeit für die Menschen herstellen, die aufgrund krankheitsbedingter Einschränkungen Teilbereiche ihrer Selbstpflegekompetenz verloren haben. Er soll sie mithilfe von Empowerment dazu befähigen, sich selbst zu helfen.³⁰

3.2 Regelkreis Case Management

Das methodische Vorgehen beim Case Management ist unabhängig vom angewandten Konzept. Der so genannte Case Management Regelkreis ähnelt mit seinen unterschiedlichen Phasen unter anderem dem Pflegeprozess.³¹

Dem Case Management Regelkreis werden in der Literatur sechs Grundkomponenten zugeordnet. Die für diese Arbeit relevanten Komponenten sollen an dieser Stelle näher erläutert werden.

1. Phase: Die Identifikation

Dieser Arbeitsschritt, auch „Intake“ genannt, ist dadurch gekennzeichnet, dass der Case Manager Patienten oder Kunden auswählt, die Dienstleistungen aus dem medizinischen und pflegerischen Bereich benötigen und in besonderem Umfang von Case Management einen Profit erzielen.³²

Insbesondere Patienten, die an einer chronischen Erkrankung leiden oder alte Patienten, stellen das Hauptklientel für das Case Management dar. Eine Selektion und ein Recruiting der in das Case Management einzubindenden

³⁰ Vgl. Wissert, M. (2009), S. 90.

³¹ Vgl. Ewers, M. (2005b), S. 72.

³² Vgl. ebd., S. 72.

Patientenklientel kann aber auch an anderen festgelegten Auswahlkriterien erfolgen. Diese Auswahl kann zum Beispiel anhand von vorher festgelegten ICD-Diagnosen oder potentiell kostenintensiven und pflegeaufwendigen Krankheitsbildern erfolgen.³³

Aufgabe des Case Managers ist hier, die Prüfung der individuellen Zugangsvoraussetzungen, beziehungsweise Anspruchsberechtigungen des Patienten. Ist der Patient berechtigt, so wird er in das Case Management Programm eingebunden.

Nach Ewers können folgende Kriterien angewandt werden: Die Komplexität der Diagnose, Probleme mit dem Schmerzmanagement oder mehrere Wiedereinweisungen innerhalb einer kurzen Zeitspanne.³⁴

2. Phase : Das Assessment

In dieser Phase werden durch eine ausführliche Befragung des Patienten die individuellen Versorgungsbedürfnisse ermittelt und schriftlich fixiert. Darüber hinaus soll in Erfahrung gebracht werden, inwiefern informelle und formelle Ressourcen, wie zum Beispiel die familiäre Anbindung eine Berücksichtigung finden sollen.³⁵

Dieser Assessment Schritt ist für das Case Management von großer Wichtigkeit, da die in diesem Prozessschritt gesammelten Informationen und Daten die Voraussetzung für die Entwicklung und Erstellung eines Versorgungsplans sind.³⁶ Auch die Einbeziehung der Statistik bietet ein probates Mittel zur Planung und Gestaltung des Versorgungsplans für das jeweilige Patientenklientel. Erforderlich für den Case Manager ist es, sich intensiv mit wissenschaftlich dokumentierten Ergebnissen und mit bereits vorhandener Literatur über die Versorgung und eventuell auftretenden Problemen der jeweils im Fokus stehenden Patientengruppen auseinander zu setzen.³⁷

³³ Vgl. Fries, H. (2002), S. 110.

³⁴ Vgl. Ewers, M. (2005b), S. 74.

³⁵ Vgl. Schaeffer, D. (2005), S. 132.

³⁶ Vgl. Ewers, M. (2005b), S. 76.

³⁷ Vgl. Ewers, M. (2005c), S. 160.

3. Phase Planning oder Entwicklung des Versorgungsplans

Auf Basis des während des Assessments festgestellten Bedarfs und in Zusammenarbeit mit dem Patienten wird ein Versorgungsplan entwickelt und dieser schließlich schriftlich dokumentiert.

Aufgabe des Case Managers ist es, unter Berücksichtigung der Selbstversorgungskompetenzen und – defizite des Patienten, individuelle, patientenbezogene Versorgungsziele zu definieren.³⁸

Hierbei muss der Case Manager zum einen kurzfristige Ziele und zum anderen mittel-, bis langfristige Versorgungsziele formulieren. Diese sollten einfach zu realisieren und überprüfbar sein und darüber hinaus Aspekte der Rehabilitation und der Prävention enthalten. Der Versorgungsplan bedarf abschließend der Zustimmung des Patienten.³⁹

Im Ergebnis des Versorgungsplans können nach Wendt unter anderem auch Verträge mit einzelnen Leistungserbringern schriftlich fixiert werden.⁴⁰

4.Phase: Intervention oder Implementierung des Versorgungsplans

Nach Zustimmung des Patienten und den gegebenenfalls für den Patienten Verantwortlichen wird der erstellte Versorgungsplan implementiert. Dem Case Manager fällt hierbei die Aufgabe zu in Verhandlungen mit den jeweiligen Leistungserbringern (Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen) und Kostenträgern (z.B. Krankenkassen) zu treten und im Anschluss die Koordination über das Leistungsgeschehen zu übernehmen. Der Case Manager verbindet in dieser Phase Patient und Dienstleistungsorganisation durch Kommunikations- und Interaktionsprozesse.⁴¹

Durch eine Einbindung unterschiedlicher Hilfsorganisationen und durch Unterstützung mithilfe elektronischer Medien durch den Case Manager kommt es sowohl zu einer effektiven Kontrolle der Versorgung des Patienten, als auch zu einer Erfassung der Versorgungsqualität. Somit ergibt sich die Mög-

³⁸ Vgl. Ewers, M. (2005b), S. 76.

³⁹ Vgl. ebd., S. 77.

⁴⁰ Vgl. Wendt, W.R. (2010), S. 152.

⁴¹ Vgl. Ewers, M. (2005b), S. 77.

lichkeit der schnellen Krisenintervention, da eventuell auftretende Probleme zeitnah erkannt und behoben werden.⁴²

5.Phase: Monitoring und Re- Assessment

Die Überwachung des implementierten Versorgungsverlaufs sowie die Sorge des sich gegebenenfalls wandelnden Bedarfs des Patienten sind in dieser Phase für den Case Manager ausschlaggebend. Dies kann jedoch nur geschehen, wenn der Patient eng mit dem Manager und den einzelnen Versorgungsinstanzen zusammenarbeitet. Ziel ist es, Qualitätsmängel, die durch eine unpassend und mangelhaft gewählte Versorgungsform auftreten, frühzeitig zu erkennen und damit zu verhindern.⁴³

Auch das Re-Assesment, also die kontinuierliche Neuüberprüfung des Versorgungsverlaufs, gilt als grundlegendes Element des Monitoringprozesses. Die Dokumentation rundet schließlich die Monitoringphase ab. Diese wird durch den Case Manager angelegt und dient zum einen der Qualitätssicherung und zum anderen als Nachweis für die erbrachten Leistungen.⁴⁴

6.Phase: Evaluation und Abschluss

Die letzte Phase im Case Management Regelkreis bildet die Evaluation. Diese ist untrennbar mit der Entlassung des Patienten aus dem jeweiligen Case Management Programm, eines gelösten Versorgungsproblems oder einem Grund, der die Versorgung zwangsläufig beendet (z.B. der Tod des Patienten), verbunden.⁴⁵

Grund der Evaluation ist es, einen Status über das Erreichen der gesetzten Ziele zu erheben.⁴⁶ Zudem sollen auch die Ergebnisse und gegebenenfalls durchgeführte Einzelleistungen überprüft und bewertet werden, um einen

⁴² Vgl. Fries, H. (2002), S. 112.

⁴³ Vgl. Ewers, M. (2005b), S. 77-78.

⁴⁴ Vgl. Wendt, W.R. (2010), S. 156.

⁴⁵ Vgl. Ewers, M. (2005b), S. 78-79.

⁴⁶ Vgl. Wendt, W.R. (2010), S. 159.

eventuell auftretenden Mehrbedarf an Leistungen oder ein Fortführen der aktuellen Versorgungsleistungen zu erkennen.

Dieses lässt sich unter anderem an den positiv oder auch negativ veränderten körperlichen Zuständen des Patienten feststellen.⁴⁷

Der Case Management Abschluss stellt das Ende des Case Management Prozesses dar. Der Case Manager und der Patient verpflichten und entlassen sich in gegenseitiger Absprache aus den, im Verlauf des Prozesses geschlossenen Verträgen, das heißt, die Arbeitsbeziehungen zwischen Case Manager und Patient finden ein Ende.⁴⁸

Der Abschluss wird in einem Managementabschlussbericht schriftlich dokumentiert. Dies erfolgt auf Grundlage einer strukturierten Dokumentenvorlage. Der Patient hat jedoch auch nach Beendigung des Case Management Prozesses die Möglichkeit, Nachfragen an den Case Manager oder an einen durch den Case Manager bestimmten Ansprechpartner zu stellen.

Entscheidet sich der Patient, das Case Management vorzeitig zu beenden, so ist es Aufgabe des Case Managers, die Ursachen dafür zu klären und gegebenenfalls eine Weiterführung des Management Programms zu erreichen.⁴⁹

3.3 Ziele von Case Management

Der Fokus des Case Managements liegt auf der Sicherstellung der Behandlungskontinuität. Insbesondere wird eine hochwertige und qualitative Versorgung von Patienten mittels nahtloser Weiterführung von Behandlungs- und Pflegeprozessen im Case Management als wichtig erachtet. Die Organisation von Pflegehilfsmitteln und Therapiemaßnahmen im Anschluss an eine stationäre Behandlung führt oftmals häufig zu einer Unterbrechung eben dieser Behandlungs- und Pflegeprozesse. Im Zuge dessen kommt es wiederum

⁴⁷ Vgl. Mennemann, H. et al. (2009), S. 88.

⁴⁸ Vgl. ebd., S. 89.

⁴⁹ Vgl. ebd., S. 90.

häufig zur Verschlechterung des Zustandes des Patienten und zu Wieder-
einweisungen in Institutionen des Gesundheitswesens.⁵⁰

Ein weiteres Hauptziel des Case Managements stellt die Budget- und Kos-
tensicherung dar. Dies geschieht zum Beispiel durch eine Steigerung der
Fallzahlen, einer Absenkung der Verweildauer, einer Optimierung von Fehl-
belegungen oder aber durch eine Vermeidung unnötiger Mehrfachuntersu-
chungen.

Durch effizienten Einsatz des Case Managements sollen, mittels Reorganisa-
tion von Abläufen und Umverteilungen von Aufgaben, zudem ärztliche und
pflegerische Arbeiter entlastet werden.⁵¹

3.4 Gegenwärtige Bedeutung der Implementierung des Case Managements im bundesdeutschen Gesundheitswesen

Es gibt eine Reihe unterschiedlicher Gründe dafür, dass sich Case Manage-
ment zunehmend im deutschen Gesundheitswesen etabliert. Die wichtigsten
Gründe sollen hier kurz genannt werden.

Es gibt in der Bundesrepublik Deutschland, wie in allen westlichen Nationen,
eine Zunahme chronischer Erkrankungen. Circa 2/3 der über 65-Jährigen
weisen heute mindestens zwei chronische Erkrankungen auf.⁵²

Da das deutsche Gesundheitssystem jedoch überwiegend auf die Behand-
lung von akuten und kurzfristig heilbaren Erkrankungen ausgerichtet ist und
nicht den gesamten Krankheitsverlauf betrachtet, kommt es hier zu Diskonti-
nuitätserscheinungen. Diese Entwicklung kommt auch durch die zunehmen-
de Medikalisierung von Versorgungsproblemen zustande, die durch eine Un-
terbewertung nicht-medizinischer Berufsgruppen gekennzeichnet ist.⁵³ Auch
die demografische Entwicklung trägt dazu bei, dass es eine immer größere
Zahl multimorbider, alter Menschen gibt. Die Bevölkerung in Deutschland
altert zunehmend. Seit den frühen 70er Jahren verschiebt sich die Alters-

⁵⁰ Vgl. Dörpinghaus, S., et al. (2004), S. 120-121.

⁵¹ Vgl. Roland, C. (2008), S. 52.

⁵² Vgl. Sachverständigenrat (2009), S. 19.

⁵³ Vgl. Ewers, M. (2005a), S. 31.

struktur der Bevölkerung, aufgrund einer steigenden Lebenserwartung bei gleichzeitigem Rückgang der Geburtenrate, stetig nach oben. Laut statistischem Bundesamt weicht die aktuelle Bevölkerungspyramide deutlich von der Form der früheren Bevölkerungsverteilung ab. So beträgt die aktuelle Zahl der 21 bis 65-jährigen circa 61%, der Anteil der über 65-Jährigen beläuft sich auf etwa 20%. Bei gleich bleibender Entwicklung wird die Zahl der über 65-jährigen im Jahre 2060 auf 34% ansteigen. Dies hieße, so das Statistische Bundesamt, dass jeder dritte Deutsche mindestens 65 Jahre und älter sei.⁵⁴

Nach Haubrock wird diese Veränderung mit einer steigenden Nachfrage nach Gesundheits- und Pflegeleistungen einhergehen.⁵⁵ Ältere, multimorbide und chronisch Kranke bedürfen eines größeren Versorgungsaufwandes und Koordinationsaufwandes als junge bis mittelalte Personen. Darüber hinaus sei, so der SVRKAiG in seinem Gutachten von 2000/2001 Bd. III, die Versorgung von Patienten, die an einer chronischen Krankheit leiden, durch ein Nebeneinander an Unter-, Fehl- und Überversorgung gekennzeichnet.

Ein weiterer Grund für die zunehmende Bedeutung von Case Management in der Bundesrepublik sind die vorhandenen Desintegrationserscheinungen, zwischen ambulantem und stationärem Sektor. Diese entstehen vorrangig aufgrund der zunehmenden Arbeitsteiligkeit und Komplexität des Versorgungssystems. Hier ist von den Berufsgruppen eine stärkere Kooperation und Koordination gefordert, der jedoch ein Organisations- und Professionsseparatismus entgegensteht.⁵⁶

Auch die zunehmende Ökonomisierung hat dazu beigetragen, dass sich Case Management immer mehr etabliert. Hierunter wird der zunehmende Einfluss marktwirtschaftlich-ökonomischer Denk- und Entscheidungsmuster auf das Sozial- und Gesundheitswesen und der in ihm agierenden Berufsgruppen verstanden. Gesundheitsdienstleistungen werden bevorzugt auf ihre wirtschaftliche Effizienz hin betrachtet.⁵⁷

Nicht zuletzt haben die steigenden Ausgaben im Gesundheitswesen dazu geführt, dass nach Lösungen gesucht wurde, um dieser Entwicklung entgegen-

⁵⁴ Vgl. Statistisches Bundesamt (2009).

⁵⁵ Vgl. Haubrock, M. (2009), S. 29.

⁵⁶ Vgl. Ewers, M. (2005a), S. 32.

⁵⁷ Vgl. ebd., S. 33.

gen zu wirken. In Deutschland lagen die Ausgaben für das Gesundheitswesen in den zurückliegenden fünf Jahren bei circa 10 – 11% des Bruttoinlandsprodukts.⁵⁸ Im Jahre 1960 lagen die Ausgaben im Vergleich dazu nur bei 4,8% des BIP.⁵⁹

Aufgrund der sich fortlaufend verbessernden Interventionsmöglichkeiten in der Medizin und den absehbaren Mehrbelastungen unseres Sozialstaates durch den demographischen Wandel, muss darüber nachgedacht werden, wie durch einen verantwortungsvollen Ressourceneinsatz das Gesundheitswesen entlastet und gleichzeitig eine optimale Versorgung der Bevölkerung mit Gesundheitsdienstleistungen sichergestellt werden kann. Case Management kann hier einen Lösungsansatz darstellen.⁶⁰

4 Case Management im Krankenhaus

Bedingt durch budgetierte Leistungen seitens der Kostenträger, stark gestiegene Lohn- und Personalkosten und sinkende Einnahmen hat sich die finanzielle Lage vieler Krankenhäuser drastisch verschlechtert.

Die Auswirkungen, in Form von Einsparungen durch Personalabbau und damit einhergehend großer Leistungsverdichtung, bekam hauptsächlich der Schwerpunkt „Pflege“ zu spüren.

Dabei steht die Frage im Raum, ob und in wieweit die Versorgungsqualität weiter sicherzustellen ist.⁶¹

4.1 Aufgaben des Case Managers im Krankenhaus

Innerhalb der Institution Krankenhaus nimmt der Case Manager in der Regel die oben bereits aufgeführten Funktionen ein. Der Schwerpunkt im Rahmen

⁵⁸ Vgl. Brunner/Furmaniak (2009), S. 14.

⁵⁹ Vgl. OECD (2008), zit. n. Brunner/Furmaniak (2009), S. 17.

⁶⁰ Vgl. Sachverständigenrat für Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen 2001.

⁶¹ Vgl. Thiry, L./Pape, R. (2008), S. 27.

seiner Tätigkeiten wird jedoch, in Hinblick auf die finanziell angespannte Lage der Krankenhäuser, im Bereich des Gate Keepers liegen. Der Case Manager hat vornehmlich Aufgaben der Koordination und der Prozessoptimierung zu übernehmen.

Welche der oben beschriebenen Rollen der Case Manager im stationären Bereich einnimmt, ergibt sich aus den Aufgaben, die im Zuge der Koordination der Patientenversorgung während des Aufenthaltes anfallen. Bereits bei der stationären Aufnahme des Patienten nimmt der Case Manager eine erste beratene Aufgabe wahr. In seiner Rolle als klinischer Berater analysiert er zunächst die für den Aufenthalt aktuell relevanten Gesundheitsprobleme des Patienten. Dies geschieht durch ein Screening des körperlichen und psychosozialen Zustandes des Patienten.

Der Case Manager ist die erste Kontaktperson für den Patienten in der Klinik und prüft, ob die Versorgungssituation des Patienten einen komplexen Fall darstellt, der für ein Case Management in Frage kommt. Ist dies der Fall, so übt er seine klinische Rolle aus, bei welcher er bei der Erstellung des für den Patienten individuell zusammengestellten Versorgungsplans mitwirkt und anschließend die Umsetzung und Kontrolle des Ablaufs der pflegerischen und medizinischen Behandlung in den jeweiligen Fachabteilungen überwacht.⁶²

Des Weiteren tritt der Case Manager als Koordinator auf. Er übernimmt die Koordinierung von pflegerischer und medizinischer Versorgung des Patienten während dessen Klinikaufenthaltes. Der Case Manager trägt die Sorge dafür, dass die Behandlungswege des Patienten von der Aufnahme im Krankenhaus bis zur Entlassung und einer sich daran anschließenden nachstationären Versorgung ohne Komplikationen funktionieren. Das heißt, die Wartezeiten sollen so gering wie möglich gehalten werden und Komplikationen müssen vermieden werden. Sollten wider Erwarten Komplikationen auftreten, so ist der Case Manager der Ansprechpartner und muss im Rahmen seiner Managementrolle bereits geplante und fest terminierte Diagnostik und Prozeduren neu planen und umterminieren. Die Steuerung und die Strukturierung des Versorgungsprozesses des Patienten ist Aufgabe des Case Managers. Der Case Manager agiert dabei entlang des Behandlungs- und Krank-

⁶² Vgl. Stojic, G. (2008), S. 21.

heitsverlaufs des Patienten. Darüber hinaus hat er die medizinische Versorgung quer zu verschiedenen Versorgungseinrichtungen und anderen Dienstleistern im Gesundheitswesen zu koordinieren. Der Case Manager ist der Vermittler zwischen Haus- und Fachärzten, Therapeuten aus dem nicht medizinischen Bereich und anderen Leistungserbringern und stellt die für eine professionelle Versorgung des Patienten notwendige interdisziplinäre Zusammenarbeit und die organisatorische Koordination im Interesse der Patienten sicher.⁶³

Die dritte Rolle, die der Case Manager einnehmen muss, ist die des Betriebswirts, indem er Aufgaben eines Controllers übernimmt. Seine Aufgaben sind die Überwachung des Betriebsbudgets, das sich aus der jeweiligen DRG ergibt. Der Case Manager hat die anfallenden Kosten für die einzelnen medizinisch relevanten Diagnosen zu kontrollieren und überwacht zudem die festgelegte Verweildauer für den Fall. Sein Augenmerk sollte sich darüber hinaus auch auf die gewählten Therapien und Behandlungen, in Bezug auf die Diagnose, richten. Die letzte Aufgabe des Case Managers in seiner betriebswirtschaftlichen Rolle liegt in der Überprüfung der vorhandenen Ressourcen und in der Evaluation der Effizienz der Versorgung.⁶⁴

4.2 Anforderungen und Kompetenzen eines Case Managers im Krankenhaus

Die Grundlage eines erfolgreichen Case Managements liegt im Wissensmanagement. Um eine für den Patienten optimale Versorgungs- und Beratungssituation zu gestalten, sind neben einem umfassenden Fallverständnis auch die sozialen und klinischen Kernkompetenzen des Case Managers gefragt. Nachfolgend werden folgende Kernkompetenzen schwerpunktmäßig erläutert. Der Case Manager sollte die oben angesprochene Fachkompetenz aufweisen. Hierzu zählen unter anderem medizinisch-pflegerische Kenntnisse, Kenntnisse der Ökonomie, zum Beispiel Abrechnungssysteme wie DRG sowie Kenntnisse in der elektronischen Datenverarbeitung.

Darüber hinaus bedarf es sozialkommunikativer Kompetenz in der Gesprächsführung, Verhandlungsgeschick, ein positives Konfliktmanagement

⁶³ Vgl. Peer, S., (2007), S. 33.

⁶⁴ Vgl. ebd, S. 33f.

und Durchsetzungsvermögen. Um die an den Case Manager gestellten Anforderungen bei der Ausführung der verschiedenen Case Manager Funktionen zu erfüllen, ist ein hohes Geschick bei der Methodenwahl erforderlich. Der Case Manager muss befähigt sein, mittels verschiedener unterschiedlicher Maßnahmen, Instrumente und Methoden Ziele zu erreichen. Die Basis für ein funktionstüchtiges Case Management bildet oft langjährige Berufserfahrung im klinischen Alltag und Systemkenntnis. Nach Pape wird zudem eine hohe Belastbarkeit und ein hohes Maß an Eigenverantwortlichkeit erwartet sowie Mut und Engagement Neuland zu betreten und zu vertreten. Innerhalb der Klinik muss sich der Case Manager jederzeit professionell weiterentwickeln. Zu diesem Zweck ist es erforderlich, dass der Case Manager die notwendige Zeit erhält, um einzelne Abläufe kennen zu lernen, Strukturen zu analysieren und sich auf das zu betreuende Patientenklientel einzulassen. Der Case Manager ist im täglichen klinischen Alltag auf sich gestellt, deshalb sollte er sich im interdisziplinären Team eine Vertrauensbasis aufbauen, um sich wiederum der Akzeptanz aller Berufsgruppen sicher zu sein.⁶⁵

Aufgrund der großen Verantwortung des Case Managers, einhergehend mit einem hohen Erwartungsdruck, lastet auf ihm ein hoher Leistungsdruck. Dieser Leistungsdruck verlangt dem Case Manager ein enormes Maß an Frustrationstoleranz ab.⁶⁶

4.3 Stellung des Case Managements innerhalb des Krankenhauses

Bevor die Stellung des Case Managers innerhalb der Krankenhausorganisation dargestellt werden soll, sei zunächst eine Erläuterung der haftungsrechtlichen Bedeutung von Case Management in Zusammenhang mit der Autonomie des Krankenhausträgers gegeben.

⁶⁵ Vgl. Pape, R. (2008b), S. 57-59.

⁶⁶ Vgl. Pape, R. (2008b), S. 58.

Die Gestaltung des Krankenhausbetriebs obliegt, gemäß §1 Abs.1 KHG, dem Krankenhausträger.⁶⁷ Dieser ist für die Planung und Ausführung der Abläufe im Krankenhausbetrieb verantwortlich. Aufgrund dessen kann auch eine Implementierung von Case Management im Rahmen bestehender Gesetze frei geregelt werden. Entscheidet sich ein Krankenhaus für die Einführung eines Case Managements, so ist die Schaffung einer Case Management Abteilung zwingend erforderlich. Innerhalb des Krankenhauses untersteht der Case Manager der Krankenhausleitung, ist darüber hinaus jedoch weisungsungebunden. Schwaiberger empfiehlt die Case Management Abteilung in Form einer unabhängigen Stabsstelle der Krankenhausleitung anzugliedern.⁶⁸ Eventuell auftretende Konflikte zwischen einzelnen Abteilungen und Berufsgruppen können so vermieden, auf einer neutralen Ebene diskutiert und gegebenenfalls gelöst werden.⁶⁹ Ein interprofessionell organisiertes Case Management bildet zudem die Basis für die Akzeptanz innerhalb anderer Berufsgruppen, was wiederum die Effizienz und die Effektivität des Case Managers stärkt.

5 Kritische Bewertung von Case Management

5.1 Chancen und Risiken bei der Implementierung von Case Management im Fachbereich Kardiologie an der UMG

Im folgenden praktischen Teil der Arbeit soll dargestellt werden, welche Chancen und Risiken eine Implementierung des Case Managements im Fachbereich Kardiologie mit sich bringt. Zunächst erfolgt eine Ist-Analyse vorhandener Strukturen sowohl des Krankenhauses, als auch des Fachbereichs Kardiologie. Im Anschluss werden die Voraussetzungen, die für die Implementierung notwendig sind, erläutert, bevor auf die Chancen und Risi-

⁶⁷ Vgl. §1 Abs.1 KHG.

⁶⁸ Vgl. Schwaiberger, M. (2005), S. 65-70.

⁶⁹ Vgl. ebd., S. 13.

ken näher eingegangen wird. Den Abschluss des praktischen Teils der Arbeit bildet ein Fallbeispiel, anhand dessen der mögliche Einsatz eines Case Managers beschrieben wird.

5.1.1 Ist-Analyse der Universitätsmedizin in Göttingen

Die Universitätsmedizin Göttingen ist das einzige Klinikum der Maximalversorgung in Südniedersachsen. Es beschäftigt ca. 7000 Mitarbeiter, darunter 751 Vollzeitstellen für Ärzte, von denen 341 eine Facharztweiterbildung haben, 1202 Gesundheits- und Krankenpfleger, 157,5 Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und 34 Pflegeassistenten. Das Klinikum besteht aus 40 klinischen Fachabteilungen, verschiedenen interdisziplinären Zentren und Schwerpunktzentren, wie zum Beispiel dem Herzzentrum, dem Tumorzentrum oder dem Brustzentrum. Es gibt 1470 Betten. Im Jahr 2008 wurden 45276 vollstationäre, 132255 ambulante und 2276 teilstationäre Fälle behandelt.

Im Jahr 2006 nahm die Pflegeüberleitung ihre Arbeit auf, die eng mit dem Sozialdienst zusammenarbeitet. Ihre Aufgabe ist die Beratung, Vorbereitung und Organisation häuslicher und ambulanter Pflege.

Im Jahr 2008/2009 wurde in der Universitätsmedizin Case Management eingeführt. Zunächst als Pilotprojekt in der Neurochirurgie gestartet, wurde es mittlerweile auch erfolgreich im Fachbereich Dermatologie implementiert, so dass davon auszugehen ist, dass auch weitere Fachabteilungen folgen werden.

5.1.2 Ist-Analyse des Fachbereichs Kardiologie

Das Herzzentrum der Universitätsmedizin in Göttingen ist eines von vielen Schwerpunktzentren des Krankenhauses. Aufgeteilt in drei kardiologische Normalstationen, eine Intermediate Care Station, eine Intensivstation und eine psychokardiologischen Station, bietet es ein optimales Versorgungsspektrum. Insgesamt durchlaufen circa 4000 vollstationäre Fälle jährlich die-

ses Schwerpunktzentrum. Die Versorgungsschwerpunkte liegen in der Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten (durch zum Beispiel Herzkatheteruntersuchungen oder perkutane transluminale koronare Angioplastie), der pulmonalen Herzkrankheit, Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge. Zudem gehören die Intensivmedizin, eine Chest Pain Unit, eine Vor- und Nachbetreuung von Patienten, die eine Herztransplantation erhalten sollen, beziehungsweise erhalten haben, diverse Spezialsprechstunden (zum Beispiel eine Rhythmusambulanz) und die Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen zu den zentralen Schwerpunkten.

Die Hauptdiagnosen nach ICD 10 im Fachbereich Kardiologie waren im Jahr 2008 ⁷⁰:

- 806 Angina Pectoris
- 757 Akuter Myokard Infarkt
- 533 Vorhofflattern/Vorhofflimmern
- 286 Herzinsuffizienz
- 282 Ischämische Kardiomyopathie
- 265 Schrittmacher / ICD Implantationen
- 182 paroximale Tachykardien
- 98 Hypertonien
- 74 Aortenklappen Operationen
- 68 Cardiomyopathien

Im Rahmen der oben angeführten vollstationären Fälle wurden 2950 Linksherzkatheter, 2239 Gefäßinterventionen am Herzen, 474 Transösophageale Endosonographien, 388 Elektrophysiologische Untersuchungen sowie 353 Schrittmacher und ICD Implantationen durchgeführt.

Ungefähr 44 Ärzte arbeiten zurzeit im Fachbereich Kardiologie, 19 davon als Fachärzte. Die Gesundheits- und Krankenpflege umfasst 80 Personen. Ergänzt wird das kardiologische Team durch Psychologen, Pflegehelfer, Physio- und Ergotherapeuten, Wundmanager, Stomatherapeuten, Sozialarbeiter und Diätassistenten.

⁷⁰ UMG Göttingen Qualitätsbericht 2008

5.1.3 Voraussetzung zur Implementierung des Case Managements in der Kardiologie

Netzwerkebene

Patientenorientierte Hilfe auf der Einzelfallebene braucht ein System, in dem verschiedene Leistungserbringer zusammenarbeiten. Der Case Manager muss dafür ein fallübergreifendes Hilfenetzwerk schaffen. Das Netzwerk kann bereits vor der Implementierung von Case Management aufgebaut werden oder nach und nach entwickelt werden. Auch beim Netzwerkaufbau gibt es verschiedene Phasen, die dem Case Management Regelkreis ähneln. In der Phase der Netzwerkanalyse wird geprüft, ob Case Management auf der Systemebene notwendig ist. Der Case Manager muss klären, ob es genügend Patienten mit komplexen Belastungen und hohem Versorgungsbedarf gibt, für die sich die Entwicklung und Implementierung von klinischen Behandlungspfaden und Netzwerken rechnet. Am Ende dieser Phase muss die Entscheidung stehen, dass Case Management auf der Systemebene implementiert wird und welche personellen und strukturellen Ressourcen dafür benötigt werden.⁷¹

Am Beispiel der Kardiologie ist es sinnvoll, für die im Kapitel 5.1.2 genannten Hauptdiagnosen klinische Behandlungspfade zu entwickeln. Unter diesen Patientengruppen finden sich genügend Patienten mit einem komplexen Versorgungsbedarf, für die ein Case Management in Frage kommen würde. Für den Fachbereich Kardiologie bräuchte man einen Case Manager, auf dessen Qualifikation im Folgenden noch eingegangen wird. Auch auf die strukturellen Ressourcen wird noch Bezug genommen.

Es folgt eine detaillierte Bedarfs- und Umfeldanalyse, vergleichbar mit dem Assessment. Der quantitative und qualitative Bedarf an Case Management wird erhoben. Am Ende steht eine Übersicht über die Anzahl der mit Case Management zu versorgenden Patienten und die Versorgungsinhalte.

Die Umfeldanalyse soll einen Überblick über die Dienstleistungslandschaft zeigen. Es werden die Anzahl der Einrichtungen im Versorgungsgebiet, das Leistungsangebot, das Einzugsgebiet, Zugangswege zur Versorgung, die

⁷¹ Vgl. Baur, W.; Podeswik, A. (2009), S. 282-294.

Leistungsfinanzierung, die Ansprechpartner und die Kooperationsbereitschaft evaluiert. Wichtig ist hier die Zu- und Einweiser an das Case Management zu evaluieren, da diese als ein eigenständiger Erfolgsfaktor zu betrachten sind. Erst die Vernetzung von Unterstützungsangeboten führt zu einem erfolgreichen Case Management. Aufgrund der Akteursdichte muss man die regionalen Angebotspotentiale ausschöpfen: Verfügbare Ressourcen werden gesichtet, erschlossen und entwickelt.⁷²

Hierfür ist es notwendig, sich einen Überblick über Krankenhäuser, niedergelassene Kardiologen, Hausärzte, Kranken- und Pflegekassen, den medizinischen Dienst der Kassen, Offene Altenhilfe, Sozialhilfeträger, kommunale Fachabteilungen, Rehabilitationseinrichtungen, Pflegedienste, Pflegeheime, Selbsthilfegruppen, ehrenamtliche Unterstützungsangebote, Beratungsangebote, wie zum Beispiel den Göttinger Pflegestützpunkt oder die hauseigene Patientenbibliothek, Koronar-Sport-Gruppen, Sanitätshäuser und weitere Therapeuten zu verschaffen.

Im Anschluss werden die Bedarfs- und die Umfeldanalyse miteinander verglichen, um Über-, Unter- und Parallelversorgungen festzustellen.

Während der Netzwerkplanung, vergleichbar mit der Hilfeplanung, werden auf der Grundlage der Bedarfs- und Umfeldanalyse Ziele und Maßnahmen des Case Managements festgelegt. Es müssen klinische Behandlungspfade für die identifizierte Patientengruppe entwickelt und Schnittstellen aufgedeckt werden. Nach der Planung folgt der Netzwerkaufbau. Die am Netzwerk beteiligten Einrichtungen und Personen einigen sich mit Hilfe der Pfade über Aufgaben, Befugnisse und Kommunikationswege im Netzwerk.

Nach dem Netzwerkaufbau muss dieses gepflegt werden, da es sich ständig weiterentwickelt und in dynamischen Prozessen verändert.

Auch die Netzwerkevaluation muss sich anschließen, um zu prüfen, ob das Netzwerk seinen Aufgaben nachkommt und die Ziele erreicht werden.⁷³

⁷² Vgl. Baur, W.; Podeswik, A. (2009), S. 282-294.

⁷³ vgl. Baur, W.; Podeswik, A. (2009), S. 282-294

Organisationsebene

Auf der Organisationsebene muss ein Case Management Konzept entwickelt werden. Unterstützt wird dieser Prozess vom Qualitätsmanagement. Des Weiteren ist die Einführung von Prozess- und Dokumentationsstandards notwendig. Der Case Manager muss in festgelegten regelmäßigen Abständen überprüfen, ob die monatliche Auslastung, Fallzahl und Verweildauer für die Kardiologie erreicht worden sind oder nicht. Bei negativen Ergebnissen muss der Case Manager das Gespräch mit dem Abteilungsleiter und dem Betriebscontrolling suchen und neue Ziele zur Systemsteuerung vereinbaren. Der Case Manager muss Probleme in der Ablauforganisation identifizieren und mit den betroffenen Schnittstellen klären.

Hilfreich wäre darüber hinaus die Einführung des Expertenstandards „Entlassungsmanagement“.

Qualifikation des Personals

Mit der Implementierung von Case Management werden zugleich hohe Erwartungen und Anforderungen verbunden. Aufgrund dieser hohen Anforderungen bedarf es einer spezifischen Weiterbildung auf der Basis einer qualifizierten Berufsausbildung.

Case Manager benötigen zur professionellen Umsetzung des gewünschten Handlungskonzeptes spezielle Kompetenzen. Die deutsche Gesellschaft für Care und Case Management (DGCC) hat in diesem Zusammenhang einige wichtige Kompetenzen erarbeitet und als Richtlinien herausgegeben.

Folgende Zulassungskriterien empfiehlt die DGCC. Die Interessenten benötigen ein abgeschlossenes einschlägiges Hochschulstudium und Berufserfahrung von mindestens einem Jahr. Alternativ dazu erreicht man die Zulassung zum Case Manager auch über eine abgeschlossene pflegeberufliche Ausbildung mit zweijähriger Berufserfahrung. Die Weiterbildung zum Case Manager umfasst circa 210 Stunden und beinhaltet Module in Kommunikations- und Gesprächsführung, Moderation, allgemeine sozialrechtliche Kenntnisse

und Selbstreflexion. Darüber hinaus bedarf es der beruflichen Praxis während der Dauer der Weiterbildung im Gesundheitsbereich.⁷⁴

Uneinigkeit herrscht darüber, welcher Berufsgruppe der Case Manager entstammen sollte. Aus der rechtlichen Sicht heraus ist festzuhalten, dass der Case Manager sowohl aus der Pflege, als auch aus der ärztlichen Berufsgruppe sowie aus dem Sozialdienst kommen kann. Neben klinischer Erfahrung und Fähigkeiten der Organisation, ist ein enormes Maß an persönlicher Autorität, integrativer Fähigkeit und Überzeugungskraft wünschenswert und erforderlich.⁷⁵ Für die Pflege spricht, dass die Systematik des Case Managements der des Pflegeprozesses entspricht. Die Erstellung eines bedarfsorientierten Pflegeplans in Zusammenarbeit mit dem Patienten obliegt in der Krankenpflege der zuständigen Bereichspflegekraft. Ebenso die Implementierung und das Monitoring des Pflegeplans. Sowohl Case Management, als auch Pflege arbeiten patientenorientiert und leisten Beziehungsarbeit. Klassische pflegerische Tätigkeiten entsprechen in Teilen folglich Tätigkeiten des Case Managements. Es bleibt festzuhalten, dass die Pflege bereits Verantwortung für die Organisation und die Koordination von Gesundheitsdienstleistungen innerhalb der einzelnen Krankenhausabteilungen übernimmt und es für das Wohl des Patienten auch tun sollte.

Bezogen auf den Fachbereich Kardiologie sollte der Case Manager möglichst aus dem Arbeitsbereich selbst kommen, da dieser sowohl die Arbeitsabläufe, als auch die Durchführung der einzelnen Diagnostik, inklusive der dafür benötigten Vorbefunde, kennt. Für eine interne Besetzung spräche zudem, dass etwaige Netzwerke in Form von Mitarbeiterkontakten bereits vorhanden sind.

Räumlichkeiten

Für eine effiziente und zuverlässige Arbeit benötigt der Case Manager zunächst ein eigenes Büro. Dies sollte in der Nähe des Fachbereichs angesiedelt sein, da zum einen die Nähe zu den Stationen, zum anderen die Nähe zur Diagnostik gegeben ist. Kommunikationsmittel wie Telefon, Computer

⁷⁴ Vgl. DGCC Richtlinien für Care und Case Management.

⁷⁵ Vgl. Schwaiberger, M. (2005), S. 63.

und Internetzugang sind zwingend erforderlich. Der Case Manager sollte sowohl für Patienten, als auch für Mitarbeiter schnell erreichbar sein.

Einbindung Sozialdienst/ Überleitungspflege/ Wund- und Schmerzmanagement

Die Sicherstellung der Versorgungskontinuität ist ein zentrales Element des Case Managements. Eine Verbesserung der Versorgungsqualität für den Patienten bei gleichzeitiger Kostenreduktion hat für den Case Manager einen sehr hohen Stellenwert. Begleitende Maßnahmen zum Case Management sind nahezu unumgänglich. Nach Pape ist eine Zusammenarbeit von unterschiedlichen Leistungserbringern im Krankenhaus zu einer zielorientierten prozess- und personenbezogenen Dienstleistung notwendig.⁷⁶

Die einzelnen Leistungserbringer werden im Folgenden kurz dargestellt. Das zentrale Wundmanagement stellt eine wichtige Säule im Case Management Prozess dar. Mittels einem in die Versorgung eingebundenen Wundbeauftragten, der durch evidenzbasierte und standardisierte Behandlungsverfahren am Patienten tätig ist, kann die Versorgungskontinuität im Krankenhaus sichergestellt werden. In Zusammenarbeit mit der Pflegeüberleitung kann, wenn notwendig, eine Versorgung von Wunden in annähernd gleicher Qualität auch in häuslicher Umgebung gewährleistet werden. Dieses Element erfüllt die Universitätsmedizin bereits.

Der Sozialdienst und die Überleitungspflege stellen ein weiteres Element im Case Management Prozess dar. Sowohl die Überleitungspflege, als auch der Sozialdienst haben die Aufgabe der Überleitung der Patienten aus dem stationären in den ambulanten, häuslichen Bereich inklusive einer Sicherstellung der patientengerechten Versorgung. Der Schwerpunkt des Sozialdienstes liegt in der Pflegeeinstufung bei nachstationärem Hilfebedarf, einer Organisation geplanter medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen, Anschlussheilbehandlungen und der Beschaffung von Pflegehilfsmitteln. Darüber hinaus berät der Sozialdienst den Patienten bezüglich sozialrechtlicher Maßnahmen

⁷⁶ Vgl. Pape, R. (2008c), S. 37.

und steht dem Patienten bei Fragen zur Renten-, Kranken- und Pflegeversicherung zur Seite.

Die Aufgaben der Überleitungspflege beziehen auch auf die Weiterversorgung der Patienten im Anschluss an die stationäre Versorgung. Die Mitarbeiter der Überleitungspflege organisieren unter anderem Pflegehilfsmittel, wie zum Beispiel Pflegebetten oder Gehhilfen für den häuslichen Bereich. Zudem hilft die Überleitungspflege bei der Organisation einer Wiederaufnahme in eine bereits bestehende nachstationäre Pflegeeinrichtung.⁷⁷

Die Einbindung des Sozialdienstes beziehungsweise der Überleitungspflege sollte bereits kurz nach Einbestellung des Patienten durch den Case Manager erfolgen. Ziel muss es sein, die Verweildauer im Krankenhaus für den Patienten so kurz wie möglich zu halten und die Versorgungskontinuität und -qualität auch in der häuslichen, beziehungsweise ambulanten Umgebung des Patienten sicherzustellen und fortzuführen.

Abschließend sei das Schmerzmanagement als viertes Element des Case Managements genannt. Durch ein gutes Schmerzmanagement wird den Patienten eine frühe postoperative Mobilisation ermöglicht. Komplikationen, die durch Schmerzereignisse ausgelöst, beziehungsweise hervorgerufen werden, werden verringert und im optimalen Fall sogar vermieden.

Für den Fachbereich Kardiologie ist das Schmerzmanagement ein wichtiges, wenn aber auch zweitrangiges Element. Dies begründet sich durch die Tatsache, dass die Vielzahl der Patienten dieses Angebot nicht in Anspruch nehmen muss. Sollte dennoch Bedarf bestehen, so ist die Schmerzzambulanz der Universitätsmedizin schnell zu konsultieren.

5.2 Chancen

Die flächendeckende Einführung von Case Management im UMG würde zahlreiche Vorteile mit sich bringen. Krankenhäuser, die das Konzept bereits eingeführt haben, berichten von einer Verbesserung der Bettenplanung. Die Patienten kommen mit kompletten Vorbefunden und gut informiert zur stationären Aufnahme. So kann der Aufnahmetag direkt zur Diagnostik genutzt

⁷⁷ Vgl. Homepage Sozialdienst UMG Göttingen.

werden, was zu einer Verweildauerverkürzung und damit zu erheblichen Einsparungen führen kann. Termine während des Aufenthalts werden so geplant, dass es zu keinen Überschneidungen kommt. Die Ärzte werden entlastet, da sie sich nicht mehr um Termine kümmern müssen. So können sie sich auf ihre Kerntätigkeit, die Behandlung der Patienten, kümmern. Auch das Pflegepersonal wird von administrativen Aufgaben entlastet, dies führt zu einer größeren Mitarbeiterzufriedenheit. Das Case Management sorgt außerdem für optimale Rahmenbedingungen für eine geplante Entlassung.⁷⁸

Das Klinikum Köln, welches mit 1400 Betten bezüglich der Größe gut mit dem UMG vergleichbar ist und mit 42 Case Managern die flächendeckendste Umsetzung des Konzeptes in deutschen Krankenhäusern hat, rechnet durch das Case Management mit Einsparungen von 300000 Euro jährlich. Durch die Steuerung von Prozessen und der Abstimmung auf den Einzelfall kommt es seltener zu Fehlbelegungen, Über- und Unterversorgungen und unnötigem Ressourcenverbrauch. Ein weiterer wichtiger Faktor, der für die Einführung von Case Management spricht, ist die Steigerung der Versorgungskontinuität und -qualität. Durch die Verringerung von Stürzen und Dekubiti kommt es zu einer Verminderung von Folgekosten. Durch die voraussichtliche Entlassungsplanung werden „Drehtüreffekte“ vermieden. Dies alles führt zu einer Steigerung der Patientenzufriedenheit, was in Zeiten zunehmenden Wettbewerbs nicht zu unterschätzen ist.⁷⁹

Laut Ewers fördert Case Management zudem die Transparenz über Strukturen, Prozesse und Ergebnisse der Krankenversorgung. Es kommt dadurch zu einem effizienten Einsatz von Ressourcen auf Seiten der Klienten, der Administration und der Mitarbeiter. Über die Grenzen des eigenen Hauses hinaus fördert es ein kontinuierliches und ineinandergreifendes Versorgungshandeln, welches der Qualitätssicherung dient. Darüber hinaus stellt die Einführung von Case Management einen wichtigen Marketingeffekt dar, da eine Case Management gestützte Versorgung in der Region noch nicht verbreitet ist.

Hilfreich kann es nach Ewers sein, eine externe Implementationsbegleitung zu nutzen. Durch eine externe wissenschaftliche Begleitung können Ziele

⁷⁸ Vgl. Rausch, A.; Kurlemann, U. (2008), S. 902-904.

⁷⁹ Vgl. Bostelaar, R. (2008), S. 900-901.

schneller erreicht werden, sodass bei absehbar unerwünschten Effekten frühzeitig entgegengesteuert werden kann.⁸⁰

Laut Bostelaar kann der Austausch mit Krankenhäusern, die Case Management bereits eingeführt haben, hilfreich sein. Außerdem bietet die DGCC, durch fachlichen Austausch über das Konzept, Unterstützung bei der Implementierung an.⁸¹

5.3 Risiken

Neben den genannten Vorteilen, die überwiegen, birgt die Einführung von Case Management auch einige Risiken, deren Bedeutung diskutiert werden muss, aber auch relativiert werden kann.

Die Einführung von Case Management ist mit viel Arbeit verbunden, da sich hierdurch die Aufgaben im Krankenhaus ganz neu verteilen. Dadurch, dass die Case Manager, die aus dem Bereich der Pflege kommen, ärztliche Aufgaben, wie zum Beispiel die Steuerung von diagnostischen Untersuchungen, Therapien oder OP-Terminen übernehmen, kann es auf Seiten der Ärzte durch eine Angst vor Machtverlust zu einem Widerstand gegen das Konzept kommen. Aber auch die Berufsgruppe der Pflegenden kann mit einer Abwehrhaltung reagieren, weil auch sie sich in ihrer Arbeit und Funktion beeinträchtigt fühlen könnten. Hier ist es wichtig von Anfang an das Gespräch mit allen beteiligten Berufsgruppen zu suchen. In der Kardiologie kann man davon ausgehen, dass von ärztlicher Seite wenig Widerstand zu erwarten ist, da die ärztliche Leitung die Einführung eines Case Managers wünscht. Wichtig ist laut Bostelaar, dass der Vorstand, beziehungsweise die Geschäftsführung, hinter der Entscheidung zur Einführung von Case Management steht. Ein weiterer Risikofaktor betrifft die Kosten, die eine Einführung von Case Management mit sich bringt. Bostelaar rechnet mit einer Anschubfinanzierung von 200000 - 300000 Euro für ein Haus mittlerer Größe und Personalkosten von ca. 50000 Euro pro Case Manager pro Jahr. Kosten, die nach den Kölner Erfahrungen aber schnell wieder reingeholt werden.⁸²

⁸⁰ Vgl. Ewers, M. (2005c), S. 156-165.

⁸¹ Vgl. Bostelaar, R. (2008), S. 900-901.

⁸² Vgl. ebd., S. 900-901.

Laut Ewers ist eine einfühlsame Rollenklärung gegenüber Patienten, beteiligten Berufsgruppen und Organisationen, vor allem gegenüber der Überleitungspflege und dem Sozialdienst notwendig, da Case Management mit Veränderungen von Arbeitsprozessen, Organisationsabläufen und Formen der Zusammenarbeit verbunden ist. Ein weiterer Risikofaktor ist die Tatsache, dass Case Management häufig ausschließlich für ökonomische Steuerungsinteressen missbraucht wird. Es muss eine Balance zwischen der Aufgabe, Patienten individuell durch das Versorgungssystem zu leiten und dem schonenden Umgang mit den dafür benötigten Ressourcen gefunden werden. Dafür ist es notwendig, dass alle Phasen des Case Management Regelkreises angewendet werden und nicht einzelne Phasen isoliert genutzt werden. Denn nur bei der Beachtung aller sechs Phasen kann man von Case Management sprechen. Die Patientenorientierung und Patientenpartizipation darf, ebenso wie die Berücksichtigung sozialer Aspekte, nicht außer Acht gelassen werden. Außerdem darf Case Management nicht nur als eine ärztliche Assistenz angesehen werden und sich nicht nur auf das eigene Haus beschränken. Die Zusammenarbeit mit externen Kooperationspartnern darf zudem nicht vernachlässigt werden. Die eben aufgeführten Risiken kann man vermeiden, indem im Vorfeld konzeptionelle, qualifikatorische und organisatorische Implikationen berücksichtigt werden.⁸³

5.4 Fallbeispiel: Case Management

Nachfolgend soll ein anhand eines Fallbeispiels dargestellt werden, wo ein potentielles Einsatzgebiet für einen Case Manager im Fachbereich Kardiologie, liegt. Bei dem dargestellten Fall handelt es sich um einen reellen Fall, der Mithilfe der Aufgaben eines Case Managers vom Verfasser dieser Arbeit überarbeitet wurde.

⁸³ Vgl. Ewers, M. (2005c), S. 156-165.

Patientenanamnese

Der 67jährige Herr D. ist verheiratet, Vater eines erwachsenen Kindes und lebt mit seiner Ehefrau im eigenen Haus. Herr D. ist Rentner. Er arbeitete lange Zeit als kaufmännischer Angestellter.

Stressbedingt leidet er bereits seit Jahren an einem arteriellen Hypertonus. Herr D. ist zudem leicht adipös mit einem Body-Maß-Index von 30,7. Bis vor 10 Jahren war der Patient starker Raucher.

Im Rahmen einer Routineuntersuchung stellte sich vor vier Jahren heraus, dass Herr D. an einem Diabetes Mellitus Typ II leidet. Nachdem dieser zunächst mit oralen Antidiabetika behandelt wurde, ist Herr D. seit eineinhalb Jahren insulinpflichtig. Ein Pflegedienst kommt seitdem zweimal täglich zum Blutzucker messen und Insulin injizieren. Herr D. hat einen festen Hausarzt, der den Diabetes und den arteriellen Hypertonus behandelt. Herr D. klagt in letzter Zeit über zunehmende Belastungsdyspnoe und eine spürbare Abnahme seiner Leistungsfähigkeit, der er zunächst keine große Bedeutung beimisst. Auf Drängen seiner Ehefrau geht Herr D. zu seinem Hausarzt, um dies abklären zu lassen.

Idealverlauf des Falls mithilfe eines Case Managers

Der Hausarzt führt ein EKG und Belastungs-EKG durch. Bei der Diagnostik werden ein pathologisches Ergo und EKG-Veränderungen diagnostiziert. Der Hausarzt möchte dies abklären und rät Herrn D. zu einem stationären Aufenthalt. Nach seiner Zustimmung nimmt der Hausarzt Kontakt zum Case Manager der Kardiologie/Pneumologie der Universitätsmedizin Göttingen auf. Im Intake prüft der Case Manager im Gespräch mit dem Einweiser die Dringlichkeit der stationären Aufnahme und welche Risiken ferner beim Patienten vorhanden sind. Im Gespräch erfährt der Case Manager, dass der Patient einen insulinpflichtigen Diabetes hat. Es wird ein Termin in drei Tagen zur stationären Aufnahme vereinbart. Aufgrund des Diabeteses soll Herr D. einen frühen Termin erhalten. Der Case Manager teilt dem Arzt mit, welche Untersuchungsbefunde Herr D. mitbringen soll, darunter ein EKG, ein aktuelles

Labor und eine bereits ausgefüllte Aufklärung für den Rechts-Linksherzkatheter. Der Case Manager macht im Anschluss an das Telefonat einen Termin im Herzkatheterlabor und meldet Herrn D. auf der Station 2021 an. Nach Bestätigung des Termins durch die beteiligten Fachbereiche ruft der Case Manager Herrn D. an, teilt ihm den Termin am Freitag, den 8. 4. 2011, mit. Herr D. soll sich um 7.30 Uhr nüchtern im Büro des Case Managers auf der Ebene 2020 melden, um 9 Uhr soll die Untersuchung durchgeführt werden. Sein Insulin soll der Patient an diesem Morgen nicht spritzen. Der Case Manager beantwortet noch die Fragen von Herrn D. und nimmt ihm die Sorge wegen des Nichtverabreichens des Insulins: Der Blutzuckerwert soll auf Station gemessen werden, um eine Entgleisung der Blutzuckerwerte des Herrn D. zu vermeiden.

Am Aufnahmetag findet sich Herr D. um 7.30 Uhr auf der Ebene 2020 ein und wird vom Case Manager in Empfang genommen. Es erfolgt eine erneute Prüfung der Befunde und Diagnostik auf Notwendigkeit. Im Gespräch (Assessment) mit Herrn D. werden sein prospektiver Pflegebedarf sowie eine Risikoeinschätzung erhoben und ein Hilfeplan unter Berücksichtigung seiner Ressourcen erstellt. Gemeinsame Zielvereinbarungen werden formuliert und dokumentiert. Im Anschluss übergibt der Case Manager Herrn D. an die zuständige Bezugspflegekraft, die Herrn D. auf sein Zimmer bringt, den Blutzucker kontrolliert und die Untersuchungsvorbereitung durchführt.

Bei der anschließenden Herzkatheteruntersuchung wird eine interventionsbedürftige Hauptstammstenose festgestellt. Herr D. soll eine Aortokoronarvenöse Bypass-Operation erhalten.

Der Case Manager setzt Herrn D. nach Rücksprache mit den behandelnden Ärzten auf die Liste für die Thorax-Herz-Gefäßchirurgie-Konferenz, die am Mittwoch stattfindet. Die für die THG-Konferenz benötigten Untersuchungsbefunde werden zeitnah durch den Case Manager in die Wege geleitet. Termine für Röntgen, Lungenfunktion, Echokardiografie, Neurodoppler und die Anästhesieambulanz werden vor Mittwoch vereinbart.

Um Störungen im Behandlungsverlauf frühzeitig zu identifizieren und infolgedessen Maßnahmen einleiten zu können, muss der Case Manager täglich im Rahmen des Monitorings den Behandlungsverlauf des Patienten mit den Medizinern und Pflegekräften besprechen. Zur Überprüfung der vereinbarten

Ziele führt der Case Manager regelmäßige Gespräche mit dem Patienten und seiner Ehefrau. Im Rahmen des Monitorings fällt auf, dass Herr D. starke Schwankungen bei seinen Blutzuckerwerten aufweist, und dass weder Herr D. noch seine Frau ausreichend über die Zusammenhänge zwischen der Ernährung und seinen Werten Bescheid wissen. Der Case Manager vereinbart daraufhin einen Termin für beide in der Diabetesambulanz, wo das Ehepaar geschult wird. Nachdem alle Untersuchungen durchgeführt worden sind, wird Herr D. am 12.04.2011 vorübergehend entlassen.

Auf der THG- Konferenz wird beschlossen, dass Herr D. einen Operationstermin am Freitag, den 15. 4.2011, erhält. Vom Case Manager werden die unmittelbaren Vorbereitungen zur Operation eingeleitet. Das Bett auf der Intensivstation wird organisiert. Der Case Manager informiert den Sozialdienst über den Patienten zur Einleitung einer Anschlussheilbehandlung und nennt ihm das zu erwartende Entlassungsdatum. Der Sozialdienst nimmt wiederum direkt Kontakt mit dem Patienten auf und bespricht mit ihm das weitere Vorgehen. Der Case Manager ruft Herrn D. an und teilt ihm mit, dass am Donnerstagabend um 17 Uhr seine Wiederaufnahme geplant ist und Freitag seine Operation stattfindet.

Nach erfolgter Operation werden auf der Intensivstation Herzrhythmusstörungen bei Herrn D. diagnostiziert, was dazu führt, dass er auf die Station 2021 rückverlegt wird. Es wird eine Indikation für eine Herzschrittmacherope-
ration gestellt, die am Montag, den 18.04.2011, durchgeführt wird.

Nach der Operation wird sichtbar, dass der Herr D. aufgrund seines Diabetes Mellitus Wundheilungsstörungen von der ACVB am Bein hat. Die Wunde am Brustkorb ist mittlerweile verheilt. Der Case Manager nimmt Kontakt mit dem Wundmanager auf, der die Wundversorgung übernimmt.

Der Case Manager vereinbart einen Termin in der Schrittmacherambulanz für den 19.04.2011 zur Abfrage und ggf. Feinabstimmung des Schrittmachers. Nach drei weiteren Tagen wird Herr D. am 21.04.2011 nach Hause entlassen. Der Case Manager hat Kontakt mit dem Pflegedienst aufgenommen, der die Wundversorgung nach den Vorgaben des Wundmanagers übernehmen wird. Der Case Manager bestätigt den Termin zur Anschlussheilbehandlung in der Rehabilitationsklinik Bad Harzburg am 28.04.2011.

In einem abschließenden Gespräch mit Herrn D. und seiner Ehefrau stellt der

Case Manager noch den Kontakt zu einer niedergelassenen Selbsthilfegruppe und einer Koronar-Sport-Gruppe her, die Herr D. nach Beendigung seiner Anschlussheilbehandlung besuchen soll, um Gewicht zu reduzieren und die Gefahr einer Verschlechterung seines Gesundheitszustandes zu verringern. Der Case Manager gibt Herr D. außerdem eine Liste mit niedergelassenen Kardiologen, die die weitere Behandlung von Herrn D. übernehmen sollen. Gemeinsam wird überprüft, inwieweit das Behandlungsziel erreicht wurde, es folgt eine kurze Reflexion des Aufenthaltes. Damit ist die Prozessbegleitung durch den Case Manager beendet und die Ergebnisse werden dokumentiert. Der Case Manager bietet sich darüber hinaus an, weiterhin als Ansprechpartner bei Schwierigkeiten oder Fragen bezüglich der Versorgung zur Verfügung zu stehen. Das Gespräch mit Herrn D. dient der Evaluation.

Fallanalyse

Anhand des oben beschriebenen Falls wird deutlich, wie effektiv der Einsatz eines Case Managers im Fachbereich Kardiologie sein kann. In Wirklichkeit war die Verweildauer des Patienten D. viel länger und ist damit auch kostenintensiver gewesen.

Bereits bei der stationären Aufnahme des Herrn D. wurde festgestellt, dass die im Vorfeld durchgeführten Diagnostiken unvollständig waren. Sowohl aktuelle Laborwerte, als auch EKG und Belastungs-EKG-Befunde wurden dem Patienten nicht ausgehändigt. Auch die Aufklärung für die bevorstehende Herzkatheteruntersuchung lag nicht vor. Da Herr D. dachte, dass er aufgrund seiner morgendlichen Insulingabe etwas essen muss, kam er nicht nüchtern zur Aufnahme. Dadurch konnte die geplante Untersuchung nicht am Aufnahmetag erfolgen, wodurch sich die Verweildauer verlängert hat. Diesen Effekt könnte man durch den Einsatz eines Case Managers vermeiden. Ein weiterer Vorteil liegt darin, dass die Patienten bereits gut informiert ins Krankenhaus kommen und auch von seinem Diabetes Mellitus hätte man so im Vorfeld gewusst und dies bei der Planung berücksichtigen können.

Nach der Herzkatheteruntersuchung sollte der Patient in der THG-Konferenz vorgestellt werden, um einen Operationstermin zu vereinbaren. Die dafür notwendige Diagnostik wurde aufgrund einer mangelnden Terminkoordination nur in Teilen bis zur Konferenz durchgeführt. Dies führte dazu, dass der Patient im stationären Aufenthalt verbleiben musste und nicht zwischendurch entlassen werden konnte, was die Verweildauer weiter erhöhte.

Die schwankenden Blutzuckerwerte wurden zwar bemerkt, aber kein Kontakt zur Diabetesambulanz hergestellt, sodass eine Schulung von Herrn D. und seiner Frau nicht erfolgte. Da die restlichen Untersuchungen noch gemacht werden mussten, musste Herr D. bis zur Durchführung seiner ACVB-Op stationär bleiben, was sowohl bei dem Patienten als auch bei seiner Ehefrau zu Unzufriedenheit führte.

Nach der Operation und dem Feststellen der Herzrhythmusstörungen wurde Herr D. zurück auf die Station 2021 verlegt. Nach der Herzschrittmacherope-ration wurden bei dem Patienten Wundheilungsstörungen im Bereich der Wundnähte der Bypassoperation festgestellt. Diese wurden zunächst durch das Stationspersonal versorgt und der Wundmanager erst nach einigen Tagen hinzugezogen, was die Verweildauer wiederum verlängert hat.

Erst kurz vor der Entlassung wurde der Sozialdienst informiert, um eine Anschlussheilbehandlung in die Wege zu leiten. Zwar ging die Bewilligung seitens der Kostenträger zügig, jedoch hätte das Prozedere beschleunigt werden können, wenn die Einbindung des Sozialdienstes früher erfolgt wäre. Der Patient wurde anschließend in die häusliche Umgebung entlassen, eine Information über mögliche Selbsthilfegruppen oder Koronarsportangebote erfolgte nicht. Dadurch wurde die Möglichkeit der Tertiärprävention nicht genutzt.

Man erkennt deutlich, dass der Einsatz eines Case Managers die Verweildauer und damit einhergehend die Kosten der Behandlung senken kann. Des Weiteren kann ein größerer Behandlungserfolg erzielt werden, zum Beispiel durch die Einbindung der Diabetesambulanz, des Sozialdienstes/der Überleitungspflege oder des Wundmanagers. Dies alles führt gleichzeitig auch zu einer höheren Patientenzufriedenheit. Ein weiterer positiver Effekt ist die Verringerung der Gefahr einer „Drehtüreinweisung“.

6 Fazit

Wenn man die Chancen und Risiken, die eine Implementierung des Case Managements mit sich bringt gegeneinander abwägt, stellt man fest, dass die Chancen überwiegen. Gerade durch das Fallbeispiel und die sich anschließende Analyse wird deutlich, dass die Implementierung von Case Management im Fachbereich Kardiologie, wie auch im gesamten UMG, viele Vorteile mit sich bringt. Neben einer Kostenersparnis durch eine zu erwartende Verkürzung der Verweildauer und der Vermeidung von Drehtüreffekten, lässt sich die Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit deutlich steigern. Die Kooperation und Koordination aller an der Behandlung beteiligten Akteure wird verbessert und die Versorgungsqualität und -kontinuität gesteigert. Zusätzlich kann das Konzept des Case Managements für Marketingeffekte genutzt werden. Damit die Implementierung erfolgreich verläuft, ist es allerdings wichtig, dass die Entscheidung von der obersten Leitung des Klinikums mitgetragen wird. Die im Krankenhaus agierenden Berufsgruppen, die an der Behandlung der Patienten beteiligt sind, müssen frühzeitig über die Einführung eines Case Managers informiert werden. Zudem müssen die Aufgaben des Case Managers transparent gemacht werden, damit hier eine mögliche Gefahr des Widerstandes gegen das Konzept frühzeitig erkannt und abgebaut werden kann. Den Ärzten, Pflegekräften, wie auch dem Sozialdienst und der Pflegeüberleitung muss deutlich gemacht werden, dass der Case Manager ihnen keine Aufgaben streitig machen will, sondern dass es sich beim Case Management um einen kooperativen Prozess handelt und die eben aufgeführten Berufsgruppen durch die Arbeit des Case Managers entlastet werden.⁸⁴

Die Anschubfinanzierung wird, wie das Beispiel des Uniklinikums Köln zeigt, schnell wieder erwirtschaftet. Bei der Einführung von Case Management handelt es sich um eine langfristige Investition. Laut Pape und Bostelaar dauert es 10 bis 15 Jahre, um Case Management in einem Krankenhaus der Maximalversorgung langfristig zu implementieren.⁸⁵

Das Wichtigste ist, dass sich Case Management als eigene Institution im Fachbereich Kardiologie wie auch im gesamten UMG sieht, die selbstständig

⁸⁴ Vgl. Ewers, M. (2005c), S. 163-165, Bostelaar, R. (2008), S. 900-901.

⁸⁵ Vgl. Pape, R.; Bostelaar, R. (2008), S. 31.

unter Kooperation mit allen Akteuren handelt und nicht nur auf ärztliche Anweisungen reagiert. Dafür ist es notwendig, dass der Case Manager mit eigenen Befugnissen, wie zum Beispiel der Steuerung diagnostischer Untersuchungen, Therapien und OP-Terminen ausgestattet wird.⁸⁶

Ein weiterer wesentlicher Aspekt ist, dass das Konzept des Case Managements nicht ausschließlich für ökonomische Zwecke missbraucht werden darf. Der Case Manager muss immer eine Balance zwischen Patientenorientierung und Kosteneinsparung finden. Neben der Gatekeeper-Funktion müssen also auch Aspekte der Advocacy- und Brooker-Funktion wahrgenommen werden.⁸⁷

Damit die Umsetzung und anschließend die praktische Arbeit des Case Managers erfolgreich verläuft, ist es zudem wichtig, die beschriebene Ist-Analyse sowie die Umfeld- und Bedarfsanalyse durchzuführen. Hierbei müssen auch die Institutionen außerhalb des Klinikums berücksichtigt werden, damit das Case Management seinen positiven Nutzen voll ausschöpfen kann.⁸⁸

Laut Ewers können sich krankenhausbasierte Case Management-Konzepte in Deutschland in absehbarer Zukunft als unverzichtbarer Bestandteil einer auf „Integration, Kontinuität und damit letztlich auf Patientenorientierung angelegten Versorgung erweisen.“⁸⁹

Durch die sofortige Etablierung von Case Management im Fachbereich Kardiologie im UMG könnte dieser Baustein jetzt schon gesetzt werden.

⁸⁶ Vgl. Bostelaar, R. (2008), S. 901.

⁸⁷ Vgl. Ewers, M. (2005c), S. 164.

⁸⁸ Vgl. Baur, W.; Podeswik, A. (2009), S. 282-294.

⁸⁹ Vgl. Ewers, M. (2005c), S. 165.

7 Literaturverzeichnis

Baur, W.; Podeswik, A. (2009): Case Management am Beispiel der pädiatrischen Nachsorge. In: Hagen, C.; Schwarz, H. (Hrsg.) (2009): Psychische Entwicklung bei chronischer Krankheit im Kindes- und Jugendalter. Stuttgart: Kohlhammer. S. 282-294.

Bostelaar, R. (2008): Case Management rechnet sich vom ersten Tag an. In: Die Schwester, Der Pfleger, Jg. 47, Heft 10, S. 900-901.

Brunner, H.; Furmaniak, A. (2009): Ethik und Ökonomie in der Medizin. Einführung. In: Lauterbach K.W. /Stock, S./Brunner, H. (Hrsg.) (2009): Gesundheitsökonomie-Lehrbuch für Mediziner und andere Gesundheitsberufe. 2., vollständig überarbeitete Auflage. Bern: Huber Verlag. S. 13-23.

CMSA: Case Management Society of America (2011): Definition of Case Management. Online verfügbar unter:
<http://cmsa.org/2011AnnualConferenceExpoSanAntonioTX/ExhibitorInformation/AboutCaseManagers/tabid/593/Default.aspx> (Zugriff: 5.3.2011).

DGCC Richtlinien (2009): Standards und Richtlinien für die Weiterbildung: Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen und in der Beschäftigungsförderung. Online verfügbar
ter: http://www.dgcc.de/download/cm_wb_richtlinien_2009.pdf
(Zugriff: 06.04.2011).

Dörpinghaus, S.; Grützmaker, S.; Werbke, R.S.; Weidner, F. (2004): Überleitung und Case Management in der Pflege. In: Schriftenreihe des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung e.V. (Hrsg.) (2004). Köln: Schlütersche Verlagsgesellschaft. S. 113-126.

Ewers, M.; Schaeffer, D. (2005): Einleitung: Case Management als Innovation im bundesdeutschen Sozial- und Gesundheitswesen. In: Ewers, M.; Schaeffer, D. (Hrsg.): Case Management in Theorie und Praxis. Bern: Hogrefe Verlag, S. 7-28.

Ewers, M. (2005a): Case Management im Schatten von Managed Care: Sozial- und gesundheitspolitische Grundlagen. In: Ewers, M.; Schaeffer, D. (Hrsg.): Case Management in Theorie und Praxis. Bern: Hogrefe Verlag, S. 29-52.

Ewers, M. (2005b): Das anglo-amerikanische Case Management: Konzeptuelle und methodische Grundlagen. In: Ewers, M.; Schaeffer, D. (Hrsg.): Case Management in Theorie und Praxis. Bern: Hogrefe Verlag, S. 53- 90.

Ewers, M. (2005c): Krankenhausbasiertes Case Management als Baustein einer integrierten Versorgung. In: Badura, B.; Iseringhausen O. (Hrsg.): Wege aus der Versorgungsorganisation. Beiträge aus der Versorgungsforschung. Bern. Huber Verlag, Hogrefe AG, S. 156-167.

Fries, H. (2002): Case Management als Gesundheitsdienstleitung. In: Löcherbach, P.; Klug, W.; Rimmel-Faßbender, R.; Wendt, W. (Hrsg.) (2002): Case Management. Fall- und Systemsteuerung in Theorie und Praxis. Neuwied: Luchterhand. S. 101-117.

Haubrock, M.(2009): Grundlagen der Gesundheitsökonomie. In: Haubock, M.; Schär, W. (Hrsg.) (2009): Betriebswirtschaft und Management in der Gesundheitswirtschaft. 5.,vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Huber Verlag, S. 25-82.

Klug, W. (2002): Case Management im US- amerikanischen Kontext: Anmerkungen zur Bilanz und Folgerungen für die deutsche Sozialarbeit. In: Löcherbach, P.; Klug, W.; Rimmel-Faßbender, R.; Wendt, W. (Hrsg.) (2002): Case Management. Fall- und Systemsteuerung in Theorie und Praxis. Neuwied: Luchterhand. S. 37- 62.

Krankenhausgesetz (2011). Online verfügbar
ter: http://www.bundesrecht.juris.de/khg/_1.html (Zugriff: 08.04.2011).

Kurlemann, U.; Rausch, A. (2008): Case Management und Sozialdienst arbeiten eng zusammen. In: Die Schwester, Der Pfleger, Jg. 47, Heft 10, S. 902-904.

Mennemann, H., et al. (2009): Rahmenempfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management e.V. zum Handlungskonzept Case Management. In: Wendt, W.; Löcherbach, P. (Hrsg.): Standards und Fachlichkeit im Case Management. Heidelberg: Economica, S. 53-96.

Pape, R. (2008): Einleitung. In: Bostelaar, R.A. (Hrsg.) (2008): Case Management im Krankenhaus. Aufsätze zum Kölner Modell in Theorie und Praxis. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft. S. 17-20.

Pape, R. (2008b): Das Kölner Case Management Modell. In: Bostelaar, R.A. (Hrsg.) (2008): Case Management im Krankenhaus. Aufsätze zum Kölner Modell in Theorie und Praxis. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft. S. 47-64.

Pape, R. (2008c): Flankierende Maßnahmen zum Case Management. In: Bostelaar, R.A. (Hrsg.) (2008): Case Management im Krankenhaus. Aufsätze zum Kölner Modell in Theorie und Praxis. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft. S. 37-46.

Pape, R.; Bostelaar, R. (2008): Case Management als Strategie und die Umsetzung in die Praxis aus Sicht des Managements. In: Bostelaar, R.A. (Hrsg.) (2008): Case Management im Krankenhaus. Aufsätze zum Kölner Modell in Theorie und Praxis. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft. S. 31-36.

Peer, Sabine, (2007): Geschärfter Blick für das Ganze. Case Management unter dem Gesichtspunkt von Prozessoptimierung und Wirtschaftlichkeit. In: Krankenhausumschau 1, Jg. 76, S. 32-34.

Qualitätsbericht Universitätsmedizin Göttingen 2008. Strukturierter Qualitätsbericht gemäß § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2008
Online verfügbar unter: http://www.med.uni-goettingen.de/media/global/V2_medversorgung/qualitaetsbericht_2008.pdf
(Zugriff 11.04.2011).

Rubin, A. (1987): Case Management. In: Minahand A et. al (Hrsg.) (1987): Encyclopedia of Social Work. National Association of Social Workers (NASW). Silver Spring; NASW. S. 212-222.

Sambale, M. (2005): Empowerment statt Krankenversorgung. Stärkung der Prävention und des Case Management im Strukturwandel des Gesundheitswesens. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft.

Sachverständigenrat für Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen (2009) Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Kurzfassung. Online verfügbar unter:

<http://www.svr-gesundheit.de/Gutachten/Gutacht09/Kurzfassung09.pdf> (Zugriff: 11.03.2011).

Sachverständigenrat für Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen (2001): Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit- Band III- Über-, Unter- und Fehlversorgung. Ausführliche Zusammenfassung. Online verfügbar unter:

<http://www.svr-gesundheit.de/Gutachten/Gutacht01/Kurz-f-de.pdf> (Zugriff: 11.03.2011).

Schaeffer, D. (2005): Case Management in der US-amerikanischen ambulanten Pflege: arbeitsorganisatorische Konsequenzen. In: Ewers, M.; Schaeffer, D. (Hrsg.): Case Management in Theorie und Praxis. Bern: Hogrefe Verlag, S. 117-144.

Schwaiberger, M. (2005): Case Management im Krankenhaus. 2., überarbeitete Auflage. Melsungen: Bibliomed – Medizinische Verlagsgesellschaft. S. 13-81.

Sozialdienst UMG Göttingen (2011). Online verfügbar unter: <http://www.med.uni-goettingen.de/content/sozialdienst.html> (Zugriff: 12.04.2011).

Statistisches Bundesamt (2009): Bevölkerung Deutschlands bis 2060. 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. Online verfügbar unter: http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Presse/pk/2009/Bevoelkerung/pressebroschuere_bevoelkerungsentwicklung2009,property=file.pdf (Zugriff: 11.03.2011).

Stojic, G. (2008): Case Management im Krankenhaus. Eine Studienarbeit. Verlag für akademische Texte.

Thiry, L. (2009): Case Management und Prozessmanagement in Krankenhäusern. In: Case Management, Jg. 6, Heft 2, S. 63-67.

Thiry, L.; Pape, R. (2008): Case Management im Krankenhaus. In: Bostelaar, R.A. (Hrsg.) (2008): Case Management im Krankenhaus. Aufsätze zum Kölner Modell in Theorie und Praxis. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft. S. 27-30.

Van Riet, N.; Wouters, H. (2002): Case Management. Ein Lehr- und Arbeitsbuch über die Organisation und Koordination von Leistungen im Sozial- und Gesundheitswesen. 3. Auflage. Luzern: Interact.

Wendt, W.R. (2010): Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen. Eine Einführung. 5. Auflage. Freiburg im Breisgau, Lambertus-Verlag.

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

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

8 Abkürzungsverzeichnis

Abs	Absatz
Bd	Band
BIP	Bruttoinlandsprodukt
ca	circa
CMSA	Case Management Society of America
DGCC	Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management
DRG	Diagnosis Related Group
ICD Diagnose	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
ICD Implantation	Implantierbarer Cardioverter Defibrillator
NIMH	National Institute of Mental Health
SVRKAiG	Sachverständigenrat für konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen
UMG	Universitätsmedizin Göttingen

9 Eidesstattliche Versicherung

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe angefertigt habe. Ich versichere auch, dass ich bei allen Gedanken, Befunden und anderen Inhalten, die nicht von mir stammen, direkt vor Ort auf die entsprechenden Quellen verwiesen habe. Alle wörtlichen Zitate sind als solche kenntlich gemacht.

Göttingen, 26.04.2011

(Denny Tarwitz)