

**WEITERBILDUNGSLEHRGANG FÜR
FÜHRUNGSAUFGABEN (BASISAUSBILDUNG)
„Basales und mittleres Pflegemanagement“
07.11.2011 bis 04.10.2012**

ABSCHLUSSARBEIT

zum Thema

**Implementierung Case Management
im Klinikum Klagenfurt am Wörthersee
am Beispiel der Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie**

vorgelegt von: Claudia Salzmann
Klinikum Klagenfurt am Wörthersee
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie

begutachtet von: Claudia Oberdorfer
KABEG Management
Abteilung Personal/Organisationsentwicklung
Pflegemanagement
Sachgebietsleitung

September/2012

Ehrenwörtliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Abschlussarbeit selbst verfasst und alle ihr vorausgehenden oder sie begleitenden Arbeiten eigenständig durchgeführt habe. Die in der Arbeit verwendete Literatur sowie das Ausmaß der mir im gesamten Arbeitsvorgang gewählten Unterstützung sind ausnahmslos angegeben. Die Arbeit wurde in gedruckter und elektronischer Form abgegeben.

Ich bestätige, dass der Inhalt der digitalen Version mit der gedruckten Version übereinstimmt. Es ist mir bewusst, dass eine falsche Erklärung rechtliche Folgen haben wird. Die Arbeit ist noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt worden.

Salzmann Claudia

Klagenfurt am Wörthersee, im Juli 2012

Kurzzusammenfassung

Die explodierenden Kosten im Gesundheitswesen sowie die demographische Entwicklung der österreichischen Bevölkerung veranlasste die Regierung dazu, für die Finanzierung des Gesundheitssystems gesetzliche Weichen zu den Themen: Wirtschaftlichkeit, Qualitätssicherung und Transparenz zu erstellen. Durch die Vereinbarung Art. 15a B-VG und der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung sind Krankenhausträger aufgefordert, umzudenken und zu reagieren. Das Handlungskonzept Case Management bietet die Möglichkeit an, einen Balanceakt zwischen Wirtschaftlichkeit und Patientenorientierung zu erreichen. Um eine erfolgreiche Implementierung von Case Management in einer Krankenanstalt zu gewährleisten bedarf es eines klaren Verständnisses der Case Management Methode bei allen Berufsgruppen und einer gezielten Top-down Entscheidung der Krankenhausleitung.

Ziel dieser Abschlussarbeit ist es, auf der einen Seite eine kurze Einführung über die Thematik Case Management zu geben, da dieser Begriff sowohl in der Literatur, als auch in der praktischen Anwendung unterschiedlich verwendet bzw. herangezogen wird sowie auf der anderen Seite ein mögliches Konzept zur Implementierung für onkologische Patienten an der Abteilung der Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie darzustellen.

Summary

The exploding costs in healthcare as well as the demographic development of the Austrian population have prompted the government to introduce legal provisions that should ensure economic efficiency, quality assurance, and transparency for the financing of health services. Due to the agreement set out in article 15a B-VG and the performance-oriented approach of hospital financing, the management teams of such large institutions are required to rethink and to respond. Case management offers an accomplished balancing act between economic efficiency and the patient's well-being. To guarantee a successful implementation of case management in health care systems, a clear understanding of its methodology across all professional sectors is required in addition to a targeted top-down decision from the hospital management.

The aim of this thesis is, on the one hand, to give a short introduction to the topic of case management because both in the literature as well as in practical application terminology is used differently. On the other hand, this thesis will present a possible concept for its implementation for oncological patients in the oral and maxillofacial surgery (OMS) department.

Abkürzungsverzeichnis

Abt.	Abteilung
Art.	Artikel
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
B-VG	Bundes-Verfassungsgesetz
CM	Case Management
DGCC	Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management
DGKS	diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester
EDV	Elektronische Datenverarbeitung
EKG	Elektrokardiogramm
GuKG	Gesundheits- und Krankenpflegegesetz
interdis.	Interdisziplinär
IMC	Intermediate Care
KABEG	Landeskrankenanstalten-Betriebsgesellschaft des Landes Kärnten
LKF	Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung
MKG-Chirurgie	Mund- Kiefer-Gesichtschirurgie
Mio.	Millionen
Mrd.	Milliarden
MRT	Magnetresonanztomographie
ÖGCC	Österreichische Gesellschaft für Care und Case Management
OÖGKK	Oberösterreichische Gebietskrankenkasse
OP	Operation
ÖSG	Österreichischer Strukturenplan Gesundheit
OSR	Oberschwester
PET-CT	Positronen-Emissions-Tomographie
SHT-Lobby	Schädel-Hirn-Trauma-Lobby

Inhaltsverzeichnis

0	VORWORT	7
1	EINLEITUNG	8
2	CASE MANAGEMENT	12
2.1	Historische Entwicklung von Case Management	13
2.2	Ziele von Case Management	14
2.3	Kernfunktionen und Aufgaben von Case Management.....	15
2.3.1	„Advocacy“ oder die anwaltschaftliche Funktion	15
2.3.2	„Broker“ oder die vermittelnde Funktion	15
2.3.3	„Gate-Keeper“ oder die selektierende Funktion	16
2.4	Case-Management-Prozess/Regelkreis.....	17
3	CASE MANAGEMENT IM KRANKENHAUS	20
3.1	Aufgaben und Ziele im Krankenhaus	20
3.2	Implementierungsschritte und Umsetzungsstrategien.....	21
3.3	Anforderungsprofil an den Case Manager	24
4	CASE MANAGEMENT IN ÖSTERREICH	26
4.1	Projekte von Case Management in Österreich.....	26
5	PRAXISBEISPIEL: „DAS KÖLNER CASE MANAGEMENT MODELL“	29
6	IMPLEMENTIERUNG CASE MANAGEMENT AN DER ABTEILUNG	32
6.1	Zielvorstellung an Case Management.....	32
6.2	Erwartender Nutzen von Case Management	33
6.3	Kritische Erfolgsfaktoren für die erfolgreiche Implementierung	33
7	KONZEPT ZUR IMPLEMENTIERUNG	34
7.1	Ist-Analyse „onkologischer Patient“	35
7.2	Projektplanung	38
7.3	Inhaltliche Voraussetzungen für das Konzept	38
7.3.1	Aufgaben des Case Managers.....	40
7.4	Managementanteil der Stationsleitung	41
	RESÜMEE	42
8	LITERATURVERZEICHNIS	43
9	ANHANG	46

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Case-Management-Regelkreis (Quelle: Ewers 2011, S. 73)	17
Abbildung 2: Ausgediente und zeitgemäße Darstellung der Versorgungsprozesse im Krankenhaus (Quelle: Pape 2008, S. 30)	22
Abbildung 3: Kommunikationsstruktur vor Einführung des Case Managements (Quelle: Pape/Bostelaar 2008, S. 48)	29
Abbildung 4: Kommunikationsstruktur mit Case Management (Quelle: Pape/Bostelaar 2008, S. 50)	30
Abbildung 5: Zeitplanung der Implementierung (Darstellung der Verfasserin) ...	34
Abbildung 6: Prozess Ist-Analyse „onkologischer Patient“ (Darstellung der Verfasserin)	36
Abbildung 7: Kommunikationsstruktur aus Sicht des Patienten (Darstellung der Verfasserin)	37
Abbildung 8: Soll-Konzept nach Implementierung eines Case Managers (Darstellung der Verfasserin)	39

0 VORWORT

Seit April 2009 führe ich als Stationsleitung die Abteilung der Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie (MKG-Chirurgie) im Klinikum Klagenfurt am Wörthersee. Es liegt in meinem und im Interesse der gesamten Abteilung sich in der Patientensicherheit, der Patientenversorgung und der Patientenorientierung unter dem Aspekt der bestmöglichen wirtschaftlichen Ressourcennutzung weiterzuentwickeln. Für diese Entwicklung wäre das Case Management Modell eine mögliche Methode.

Als erstes Pilotprojekt in Österreich für den intramuralen Bereich wurde Oktober 2011 Case Management im Klinikum Klagenfurt am Wörthersee an der Abteilung Orthopädie und orthopädische Chirurgie implementiert. Nach einem Gespräch mit Frau Peternel-Scheiber (Leitung Case Management) über die Case Management Methode war mein Interesse geweckt und ich beschloss dies als Thema für meine Abschlussarbeit in der Weiterbildung „Basales und mittleres Pflegemanagement“ zu wählen.

Zugunsten der besseren Lesbarkeit wird in dieser Arbeit darauf verzichtet, explizit beide Geschlechtsformen auszuschreiben. Ich weise darauf hin, dass ich ausdrücklich beide Geschlechter damit meine.

Mein persönlicher Dank gilt in erster Linie meinem Lebensgefährten Robert Ramin und meinen beiden Kindern (Julia und Philipp), die im Rahmen meiner Weiterbildung sehr viel Geduld und Verständnis für mich aufgebracht haben.

Weiters möchte ich mich bei meiner Vertretung, Frau DGKS Oberlercher Roswitta und bei meinem Team der Abteilung für die tatkräftige Unterstützung während meiner Abwesenheit, aber auch für die motivierenden Worte bedanken.

Einen besonderen Dank möchte ich an meine Betreuerin, Frau Oberdorfer Claudia aussprechen. Durch Ihre Erfahrungen als Projektleiterin bei der Implementierung von Case Management im Klinikum Klagenfurt am Wörthersee stand sie mir mit wertvollen Tipps sowie mit ausgewählter Literatur beratend und begleitend zur Seite.

Klagenfurt am Wörthersee, im Juli 2012

Salzmann Claudia

1 EINLEITUNG

An das Österreichische Gesundheitssystem werden hohe Anforderungen gestellt. Betrachtet man die demographische Entwicklung der Gesellschaft werden im Jahr 2041 rund 2,85 Mio. Menschen in Österreich über 60 Jahre alt sein. Dieser Anstieg der Lebenserwartung ist auf den Fortschritt der Medizin und einer verbesserten Lebensqualität zurückzuführen. Parallel dazu kommt es zu einer Zunahme von Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen und multimorbiden Krankheitsbildern. Weiters zeichnet sich das Gesundheitssystem in Österreich dadurch aus, dass jedem, unabhängig vom Alter, Wohnort und sozialem Status, der Zugang zu allen Gesundheitsleistungen gewährt wird. Die genannten Gründe führen zu einem kontinuierlichen Anstieg der Gesundheitsausgaben (vgl. <http://bmg.gv.at> Die Gesundheitsreform 2005).

Laut „System of Health Account“ (SHA) betragen diese in Österreich für das Jahr 2010 31,4 Mrd. Euro, mit einer Steigerungsrate von 2.2% auf das Jahr 2009 (vgl. <http://www.statistik.at> Gesundheitsausgaben in Österreich).

Damit die Finanzierbarkeit und somit auch die Aufrechterhaltung dieses Gesundheitssystems weiterhin bestehen kann, wurde im Regierungsprogramm zwischen Bund und Länder die Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung für die Jahre 2008 bis 2013 beschlossen. Diese Vereinbarungen sind im „Österreichischen Strukturenplan Gesundheit 2010“ (ÖSG) festgehalten, welcher seit 2006 eine verbindliche Grundlage für die Planung der österreichischen Gesundheitsversorgungsstruktur darstellt. Der ÖSG stellt die Rahmenbedingungen für Detailplanungen auf regionaler Ebene sowie in allen Ebenen und Teilbereichen der Gesundheitsversorgung im stationären und ambulanten Bereich, den niedergelassenen Ärzten sowie dem Rehabilitationsbereich und der Nahtstelle zum Pflegebereich dar. Im ÖSG wird von einer isolierten Betrachtungsweise des Krankenhauses abgesehen. Im Sinne des integrativen regionalen Versorgungsplanes wird die gesamte Versorgung einer Region mit den oben genannten Bereichen betrachtet. Ein optimiertes Nahtstellenmanagement zwischen den einzelnen Gesundheitsanbietern und Bereichen erhält eine besondere Bedeutung (vgl. <http://bmgf.cms.apa.at> BGBl. I – Nr. 105).

Die Qualitätssicherung bzw. Qualitätssteigerung ist im österreichischen Gesundheitssystem ein wichtiger Bestandteil des integrativen regionalen Versorgungsplanes. Die allgemeinen Zielvorstellungen und Planungsansätze stützen sich zum Teil auf die in Art. 15a B-VG festgelegten Vereinbarungen:

- Sicherstellung einer bedarfsgerechten, qualitativ hochwertigen, effektiven, effizienten und gleichwertigen Versorgung in allen Versorgungsregionen durch Vernetzung aller Sektoren im Gesundheits- und Sozialwesen.
- Kooperation zwischen den Akutkrankenanstalten, den niedergelassenen Fachärzten, Allgemeinmedizinerinnen, Rehabilitations- und Pflegebereichen.
- Entlastung der Akutkrankenanstalten durch Minimierung der Krankenhaushäufigkeit und der durchschnittlichen Belagsdauer auf das medizinisch notwendige Maß. Mit Maßnahmen durch Verlagerung von Leistungen in den ambulanten Bereich, Rehabilitationsbereich, Pflegebereich sowie Vermeidung von Doppelgleisigkeit in und zwischen den Krankenanstalten und den niedergelassenen Bereichen.
- Einführung eines Aufnahme- und Entlassungsmanagements in den Krankenanstalten durch gezielte Aufnahmeplanung, Entlassungschecklisten oder Überleitungspflege (vgl. <http://bmg.gv.at/> ÖSG 2010).

In dieser Vereinbarung ist auch eine Verbesserung des Nahtstellenmanagements in und zwischen den extra- und intramuralen Bereichen mit entsprechender Qualitätssicherung verankert. Es gilt eine patientenorientierte, rasche, reibungs- und lückenlose, effektive, effiziente und sinnvolle Betreuung zu gewährleisten (vgl. <http://bmg.gv.at/> ÖSG 2010).

Weiters wurde in den Krankenanstalten am 01.01.1997 das System der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) eingeführt. Bis dahin galt in Österreich das „Pflegetagsvergütungssystem“, d.h. jeder stationäre Aufenthalt wurde nach der Zahl im Krankenhaus verbrachten Pflegetage mit einem Fixbetrag/Tag abgerechnet, unabhängig davon, welche Leistungen für den Patienten erbracht wurden. Seit 1997 werden folgende Ziele durch die leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung in den österreichischen Krankenhäusern verfolgt:

- Transparenz der medizinischen Leistungen und deren Kosten mit nachfolgender Senkung der Spitalskosten
- Optimierung der Ressourcen sowie Vermeidung von Mehrfachleistungen
- Medizinisch angepasster Krankenhausaufenthalt mit Reduzierung der Belagsdauer und der Krankenhaushäufigkeit
- Gerechtfertigte Verlagerung von Leistungen in den ambulanten Bereich (vgl. <http://bmqf.cms.apa.at> Das österreichische LKF-System).

Durch dieses österreichweite einheitliche System der Krankenanstaltenfinanzierung konnten notwendige Strukturveränderungen, z.B. Akutbettenabbau, vorgenommen werden (vgl. <http://bmgf.cms.apa.at> Das österreichische LKF-System).

So gab es Ende 2010 in Österreich 268 Krankenanstalten mit 64.008 tatsächlich aufgestellten Betten. Zum Vergleich waren es Ende 2003 272 Anstalten mit 67.700 Planbetten (vgl. <http://www.statistik.at> Die Gesundheitsversorgung).

Die Verweildauer in den Krankenanstalten im Jahr 2010 lag bei 6,7 Tagen. Im Jahr 1989 waren dies noch 11,0 Tage (vgl. <http://www.statistik.at/> Spitalsentlassungen gesamt).

Durch diese Rahmenbedingungen werden an das jeweilige Krankenhausmanagement große Erwartungen mit organisatorischen Prozessveränderungen gestellt. Es wird erwartet Kosten einzusparen mit gleichzeitiger Qualitätssteigerung. Die Abstimmung der Leistungserbringung sowie der Ressourcennutzung tritt in den Vordergrund. Um diese Ökonomisierung und Patientenorientierung in Übereinstimmung zu bringen, setzt das Handlungskonzept Case Management an (vgl. Pape 2008, S. 21).

Mit der Implementierung von Case Management im Klinikum Klagenfurt am Wörthersee im Herbst 2011 an der Abt. Orthopädie und orthopädischen Chirurgie wird in einer schrittweisen Gestaltung versucht dieses Handlungskonzept in den nächsten Jahren im gesamten KABEG-Verbund zu installieren. Befürwortet wird das Projekt von KABEG-Vorstandsdirektorin Dipl.-Kff. Ines Manegold (vgl. <http://kabeg.eu/> Case Management startet im Klinikum).

Diese Veränderung in der organisatorischen Struktur im Klinikum Klagenfurt am Wörthersee wirft in dieser Abschlussarbeit folgende Fragen auf:

- ***Welche Voraussetzungen sind notwendig um Case Management im intramuralen Bereich umzusetzen?***

- ***Wie könnte die Implementierung der Case-Management-Methode auf der Abteilung Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie gestaltet werden?***

Methodik zur Beantwortung der Forschungsfragen:

Zur Beantwortung dieser Fragestellungen wurde die Methode der Literatur- und Internetrecherche verwendet. Ebenfalls wurde die Fachzeitschrift „Case Management“ zur Beantwortung der Fragen herangezogen.

Das Kapitel 2. beginnt mit der Definition des Handlungskonzeptes Case Management, gibt einen kurzen Einblick in die geschichtliche Entwicklung, erläutert die Ziele und die Kernfunktionen des Konzepts. Weiters werden die 6 Schritte des Regelkreises erklärt.

Im 3. Kapitel wird näher auf das Thema Case Management im Krankenhaus eingegangen. Die zu erwartenden Aufgaben, die Ziele, die Umsetzungsstrategien und die Implementierungsschritte werden erörtert. Weiters wird das Anforderungsprofil eines Case Managers definiert.

Kapitel 4 beschäftigt sich mit Case Management in Österreich und stellt zwei Praxisbeispiele im extramuralen Bereich dar.

Kapitel 5 gibt einen Einblick in das Kölner Case Management Modell, welches als Paradebeispiel zur Umsetzung von Case Management im intramuralen Bereich gilt.

Im 6. und 7. Kapitel dieser Abschlussarbeit wird eine hypothetische Implementierung auf der Abteilung erarbeitet und die daraus resultierenden Aufgaben des Case Managers vorgestellt.

Um das Ziel einer erfolgreichen Implementierung von Case Management auf der Abteilung erreichen zu können muss zuerst das Konzept in seiner Wirkungsweise und Arbeitsweise genau betrachtet werden. Dadurch wird ein besseres Verständnis für Case Management erlangt.

2 CASE MANAGEMENT

Bislang gibt es in der Literatur über Case Management keine einheitliche und allgemeingültige Definition. Vielmehr erfolgt die Begriffsdefinition von den einzelnen Berufsverbänden und Versorgungseinrichtungen, die das Konzept Case Management in ihrer jeweiligen Disziplin nutzen. Dieses breite Nutzungsfeld macht eine einheitliche Definition fast unmöglich (vgl. Ewers 2011, S. 56).

Case Management Society of America (CMSA) billigte 1995 nachfolgende Definition, welche nach mehr als einem Jahr Diskussion und Studien von Mitgliedern der nationalen Case-Management-Arbeitsgruppe erarbeitet wurde. Diese Arbeitsgruppe bestand aus Persönlichkeiten mit Erfahrung und Ausbildung in den Bereichen Gesundheit, Recht, Bildung, Verwaltung, Versicherungswesen und Management (vgl. Wendt 2010, S. 195).

„Case Management ist ein Prozess der Zusammenarbeit, in dem eingeschätzt, geplant, umgesetzt, koordiniert und überwacht wird und Optionen und Dienstleistungen evaluiert werden, um den gesundheitlichen Bedarf eines Individuums mittels Kommunikation und mit den verfügbaren Ressourcen auf qualitätvolle und kostenwirksame Ergebnisse hin nachzukommen“ (deutsche Übersetzung, zit. Wendt 2010, S. 195).

Der im Jahr 2006 gegründete Verein der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management (DGCC) mit dem Ziel in Deutschland die Anwendung und Entwicklung von Case Management im Gesundheits- und Sozialwesen zu fördern, definiert Case Management unter dem Zielaspekt einer Qualitätsgewährleistung, verbunden mit Wahrung der Patientenrechte folgendermaßen:

„Case Management ist eine Verfahrensweise in Humandiensten und ihrer Organisation zu dem Zweck, bedarfsentsprechend im Einzelfall eine nötige Unterstützung, Behandlung, Begleitung, Förderung und Versorgung von Menschen angemessen zu bewerkstelligen. Der Handlungsansatz ist zugleich ein Programm, nach dem Leistungsprozesse in einem System der Versorgung und in einzelnen Bereichen des Sozial- und Gesundheitswesens effektiv und effizient gesteuert werden können.“ (zit. <http://www.dgcc.de> Was ist Case Management).

Demzufolge ist Case Management ein dynamischer Ablauf mit Involvierung aller Parteien (Patienten/Klienten, Angehörige, Leistungsträger). Aus einer ganzheitlichen Sichtweise wird die Patienten/Klientenproblematik erarbeitet, um durch die Koordination des Case Managers die definierten Ergebnisse zu erreichen (vgl. Ewers 2011, S. 57).

2.1 Historische Entwicklung von Case Management

Den Hintergrund für die Einführung von Case Management in den 1970 Jahren bildete in den USA, aber auch in einigen anderen Ländern, die Kampagne der sogenannten „Deinstitutionalisierung“ oder auch „Enthospitalisierung“. Zu dieser Zeit entließ man in großer Zahl chronisch und psychisch Kranke, geistig Behinderte und Pflegebedürftige aus der stationären Versorgung. Man erkannte, dass eine Unterbringung in Heimen und Anstalten durch die Bürgerrechte nicht weiter vertretbar war und es den Insassen mehr schadete als nutzte. Sie wurden lebensuntüchtig. Außerdem waren solche Einrichtungen kostenintensiv. Die Entlassenen, die teilweise einfach auf die Straße gesetzt und auf sich selbst gestellt waren, verlangten nach dem Bedarf, dass eine ambulante Betreuung durch den medizinischen und sozialen Bereich zu organisieren war. Anfänglich gab es ein unkoordiniertes Nebeneinander von Hilfsangeboten. Mit Einführung des Case Managements sollten behinderte Menschen einen Dienst erhalten, der ihnen die notwendige medizinische, soziale und erzieherische Versorgung empfahl, besorgte und auch abstimmte. Durch die Not vieler „enthospitalisierter“ Menschen entstanden bald verschiedene Programme, die im kommunalen Umfeld eine vernetzte Versorgung gestatteten (vgl. Wendt 2010, S. 17).

Das einfachste Modell der neuen Arbeitsweise des Case Managements, das „Broker“-Modell, konzentrierte sich auf die Vermittlerfunktion. Er makelte personenbezogene Dienste und sorgte dafür, dass der Bedürftige und der Anbieter von Dienstleistungen Kontakt aufnahmen (vgl. Wendt 2010, S. 18).

Parallel zu den Entwicklungen in den USA wurde in den 1980 Jahren in Großbritannien eine Forderung an den Sozialdienst und an das Gesundheitswesen gestellt, durch eine effektive und effiziente Arbeitsweise eine Kostensenkung in der Versorgung herbeizuführen (vgl. Wendt 2010, S. 19).

Das Gesetz „*National Health Service and Community Care Act*“ wurde 1990 im britischen Parlament beschlossen mit dem Ziel, dass ein Care Manager, Sozialarbeiter oder auch eine Gemeindeschwester die Funktion übernahm, ein entsprechendes Leistungspaket mit nötiger Versorgungsleistung zusammen zu stellen. Die Bezeichnung „Care Management“ anstatt „Case Management“ wurde von Großbritannien deshalb gewählt, weil hier das Managen eines ganzen Versorgungsprozesses und nicht nur der einer einzigen Person als „Fall“ entsprach (vgl. Wendt 2010, S. 20).

War in den achtziger Jahren Case Management nur dem Sozialdienst mit der Sozialarbeit zugeordnet, verschoben sich überall die Reformen im Gesundheitswesen und der Wettbewerb im Gesundheitsmarkt begann. Die professionelle Krankenpflege in den USA nahm Case Management zunächst für den stationären Bereich in Anspruch. Beginnend mit der Planung der Aufnahme des Patienten und deren Begleitung im Entlassungsmanagement sowie der Nachsorge. Es wurde ein „internes Case Management“ im Krankenhaus integriert, um nach der Akutversorgung die nachfolgende Pflege sowie die Rehabilitation zu verbinden und weiters die Übergangspflege und die Nachsorge als „externes Case Management“ anzuschließen. Trotz der parallelen Anwendung von Case Management bei den Sozialarbeitern und der professionellen Krankenpflege in den Krankenhäusern kam es zu keinem einheitlichen Verständnis der einzelnen Berufsgruppen für das Modell Case Management (vgl. Wendt 2010, S. 21f).

Diese Arbeitsweise fasste vom angloamerikanischen Raum Fuß in Schweden, Italien, Frankreich und gewann in den neunziger Jahren an Bedeutung in der Schweiz, Deutschland und Österreich (vgl. Wendt 2010, S.23).

2.2 Ziele von Case Management

„International wird Case Management als ein zentraler Lösungsansatz für die vielfältigen Versorgungs- und Steuerungsprobleme in modernen, komplexen und hochgradig arbeitsteiligen, damit zumeist aber auch ineffizienten Sozial- und Gesundheitssystemen angesehen und in Wissenschaft und Praxis mit einem hohen Grad an Aufmerksamkeit bedacht“ (zit. Ewers 2011, S. 30).

Aufgrund des hohen Innovationsdrucks in dem sich Kostenträger, Leistungserbringer, sowie die Akteure in der Gesundheitspolitik befinden rückt Case Management in den Mittelpunkt des Interesses (vgl. Ewers 2011, S. 30).

Es wird von einer einseitigen Versorgung der jeweiligen Akteure zu einem vielseitigen Prozess der Zusammenarbeit übergegangen um damit die vorhandenen Mittel und Möglichkeiten zielgerichtet und rational zu nutzen. Durch diese Kooperation aller Beteiligten, der Koordination der Ressourcennutzung und der Leistungserbringung soll Case Management als ein Steuerungsinstrument gesehen werden, das einerseits eine Begrenzung der Kosten mit sich bringt und andererseits Qualität in der Patientenorientierung gewährleistet. (vgl. Wendt 2010, S. 5f).

2.3 Kernfunktionen und Aufgaben von Case Management

Um die Ziele von Case Management zu erreichen ist das Konzept durch unterschiedliche Funktionen gekennzeichnet. Deren Aufgabe ist es zwischen verschiedenen Leistungsanbietern zu koordinieren, die Grenzen zwischen den Versorgungssektoren zu überwinden und die Versorgungsprobleme zu lösen (vgl. Ewers 2011, S. 63).

Daraus lassen sich 3 Kernfunktionen ableiten:

2.3.1 „Advocacy“ oder die anwaltschaftliche Funktion

Die anwaltschaftliche Funktion findet sich bereits in den Anfängen von Case Management und hat für sozial- und gesundheitlich benachteiligte Personen eine wichtige Bedeutung. Sie tritt für jene Personen ein, die nicht in der Lage sind bei unvorhergesehenen Lebenskrisen wie z.B. Unfall oder einer schweren Erkrankung, konfliktträchtigen Lebenssituationen wie z.B. Armut oder Behinderung, ihre persönlichen Interessen aufgrund der Hilflosigkeit geltend zu machen. Der „Advocacy“ versetzt sich in die Situation des Patienten/Klienten und versucht aus seinem professionellen Fallverständnis den möglichen Verlauf der Erkrankung, die sozialen Probleme sowie den Versorgungsbedarf vorweg zu nehmen um somit eventuelle Krisen zu vermeiden bzw. zu lindern. Dies setzt eine kontinuierliche Beziehung zwischen Case Manager und Patienten/Klienten voraus (vgl. Ewers 2011, S. 63f).

Um dieses hohe Maß an Fallverständnis wahrnehmen zu können, benötigt der Case Manager neben einer sozialen und klinischen Kompetenz auch Wissen über die Versorgungssysteme. Er plant, agiert, entwickelt Durchsetzungsstrategien um für die Interessen seines Patienten langfristig tätig zu sein (vgl. Ewers 2011, S. 65).

2.3.2 „Broker“ oder die vermittelnde Funktion

Die vermittelnde Funktion wird als die einfachste Form des Case Managements bezeichnet. Sie dient als neutraler Vermittler zwischen dem Patienten/Klienten und den Anbietern von sozialen und gesundheitsrelevanten Versorgungsleistungen. Dies setzt ein Wissen über das aktuelle Angebot von Dienstleistungsunternehmen voraus um für den Patienten/Klienten eine bestmögliche Versorgungslösung eruieren zu können. Damit der „Broker“ ohne Wettbewerbsverzerrung die Interessen seines Patienten/Klienten vertreten kann, sollte dieser nicht selbst in einem Leistungsunternehmen angesiedelt sein (vgl. Ewers 2011, S. 66).

2.3.3 „Gate-Keeper“ oder die selektierende Funktion

Diese Funktion hat auf Grund der explodierenden Kosten im Versorgungssystem an Bedeutung gewonnen und dient als Lösungsansatz um ein Gleichgewicht zwischen den wachsenden Aufgaben im Sozial- und Gesundheitssystemen und den begrenzten finanziellen Ressourcen zu erreichen. Dahinter steht die Vorstellung der Ökonomie, mit einer gezielten Zugangssteuerung zur Krankenversorgung den größten Nutzen für das Gesamtsystem zu erreichen. Für den „Gate-Keeper“ steht somit Selektion und Zugangssteuerung im Vordergrund, wobei er sich nicht für die Gewinnmaximierung des Dienstleistungsunternehmens einsetzt, sondern sich für die Versorgungsziele einer größeren, sozialen Gemeinschaft oder der Gesamtgesellschaft engagiert (vgl. Ewers 2011, S. 69).

In seiner Funktion nimmt er zwischen dem Patienten/Klienten und der Versorgungseinrichtung eine Schlüsselposition ein und überprüft mittels Assessment die Zugangsberechtigung des Patienten/Klienten zu einer bestimmten Versorgungsleistung. Weiters wirkt er durch gezielte Selektion und ständigem Monitoring der Verwendung von unangemessenen Ressourcen entgegen (vgl. Ewers 2011, S. 70f).

Zu erwähnen ist, dass diese 3 Kernfunktionen in der Realität im Case Management Konzept nicht einzeln anzutreffen sind. Sie sind auf verschiedenartige Weise miteinander verbunden und die Aufgabenzielsetzung ist dem jeweiligen Auftraggeber angepasst (vgl. Ewers 2011, S. 71).

Dies bedarf einer zielorientierten Arbeitsweise mit einer methodischen Vorgehensweise und wird von Michael Ewers (2011) als Case-Management-Regelkreis beschrieben.

2.4 Case-Management-Prozess/Regelkreis

Diesem Regelkreis werden üblicherweise sechs Basis-Komponenten zugewiesen, wobei in der Literatur bei manchen Autoren bis zu acht Arbeitsschritte genannt werden.

Nach Ewers und Schaeffer gliedert sich dieser Regelkreis wie folgt:

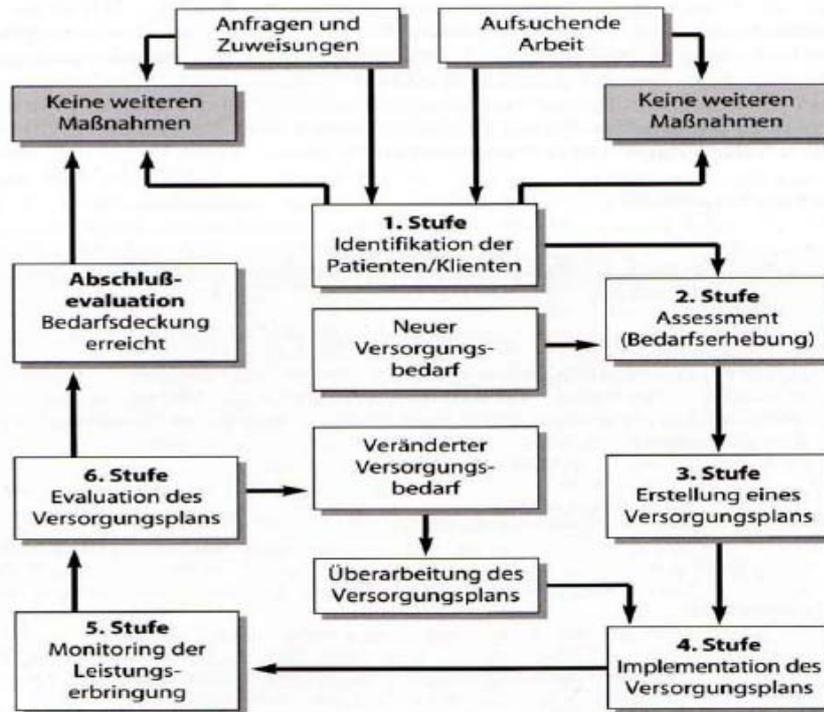


Abbildung 1: Case-Management-Regelkreis (Quelle: Ewers 2011, S. 73)

Ewers vergleicht den Regelkreis auf Grund seines Ablaufes auch mit dem des Pflegeprozesses. Der geringe Unterschied liegt darin, dass der Pflegeprozess bei allen Pflegebedürftigen angewendet wird, wobei der Case-Management-Regelkreis nur an bestimmten Patienten-/Klientengruppen benutzt wird (vgl. Ewers 2011, S. 72).

Stufe 1: Identifikation des Patienten/Klienten

In diesem Arbeitsschritt werden Patienten/Klienten nach benötigter Dienstleistung (medizinisch-pflegerisch und/oder psycho-sozial) ausgewählt. Im Krankenhausbereich sind das z.B. alte, chronisch kranke Patienten mit der Gefahr einer baldigen Wiederaufnahme in die Krankenanstalt, sowie Patienten, die einen erhöhten Versorgungsbedarf benötigen, aber von sich aus nicht um soziale oder finanzielle Unterstützung bei Versorgungseinrichtungen ansuchen würden. Sind die Zugangsvoraussetzungen vom Patienten/Klienten erfüllt, wird dieser ins Case-Management-Programm aufgenommen und es erfolgt ein intensives Assessment (vgl. Ewers 2011, S. 72ff).

Stufe 2: Assessment (Bedarfserhebung)

In dieser Bedarfserhebung findet ein ausführliches Gespräch mit dem Patienten/Klienten und dem sozialen Umfeld (z.B. Angehörige), die in die Versorgung involviert sind, statt. Beachtet werden Selbstversorgungsdefizite, aber auch die einzelnen Versorgungsbedürfnisse. Mit gezielten Fragen nach der sozialen Rolle, der unmittelbaren Umwelt wie auch der kulturellen und religiösen Einstellung wird der Erhebungsprozess abgerundet. Mit diesen gesammelten Daten wird ein individueller und bedarfsorientierter Versorgungsplan für den Patienten/Klienten erstellt (vgl. Ewers 2011, S. 75f).

Stufe 3: Erstellung eines Versorgungsplans

In enger Zusammenarbeit mit dem Patienten/Klienten und dem sozialen Umfeld wird ein schriftlicher Versorgungsplan festgelegt. Der Case Manager berücksichtigt dabei die individuellen Versorgungsziele und erstellt dabei eine Liste der Dienstleistungen, die der Patient/Klient benötigt, um diese Ziele zu erreichen. Es sollten kurz- und langfristige Ziele geplant werden, die realisierbar und überprüfbar sind. Weiters sollten präventive und rehabilitative Aspekte beachtet werden. Durch die konsequente Einbindung des Patienten/Klienten und dem Angehörigen zur Zielfindung wird eine erfolgreiche Implementation des Versorgungsplanes gewährleistet (vgl. Ewers 2011, S. 76f).

Stufe 4: Implementation des Versorgungsplans

Nachdem der Patient/Klient, sowie das soziale Umfeld dem Versorgungsplan zugestimmt haben, erfolgt die Implementierung. In dieser Phase agiert der Case Manager als Verbindungsglied zwischen dem Patienten/Klienten sowie der verantwortlichen Dienstleistungsorganisation. In diesem Kommunikations- und Interaktionsprozess verhandelt er mit den Leistungsanbietern und koordiniert das Leistungsgeschehen (vgl. Ewers 2011, S. 77).

Stufe 5: Monitoring und Re-Assessment

In dieser Stufe überwacht der Case Manager das Versorgungsgeschehen. Treten Veränderungen im Versorgungsbedarf auf, obliegt es seiner Aufgabe, den Versorgungsplan zu ändern und/oder neue Ziele abzuschließen. Durch das Monitoring und dem Re-Assessment sollten rechtzeitig Qualitätsmängel in der Versorgung erkannt oder verhindert werden (vgl. Ewers 2011, S. 77f).

Stufe 6: Evaluation des Versorgungsplans

Hier erfolgt die Entlassung des Patienten/Klienten aus dem Wirkungsbereich des Case-Management-Programms. Für eine Qualitätssteigerung in seinem Aufgabenbereich bewertet der Case Manager den erstellten Versorgungsplan. Einerseits um die Zufriedenheit des Patienten/Klienten durch seine Betreuung zu erfragen, andererseits um seine eigenen Stärken und Schwächen zu erkennen. Diese Evaluation führt zu einer Verbesserung der Versorgungsplanung (vgl. Ewers 2011, S. 78).

Der Prozess der Versorgungsplanung gliedert sich also in sechs Teilschritte, in dem anfangs Ziele zu benennen sind und am Ende ein Versorgungsplan zu vereinbaren ist. Eine besondere Bedeutung erhalten hier die Effektivität und Effizienz von Maßnahmen. Weiters gilt der Versorgungsplan als Instrument, das den zu erbringenden Leistungen mehr Struktur und Klarheit gibt (vgl. Reibnitz 2009, S. 65f).

Diese Arbeitsweise bietet auch einem Krankenhaus die Möglichkeit an, Prozesse und Strukturen entsprechend den gesundheitspolitischen Anforderungen umzuwandeln und zukunftsorientiert zu gestalten (vgl. Pape 2008, S. 14).

Da der Schwerpunkt dieser Abschlussarbeit auf die Implementierung des Case Management im Krankenhaus gerichtet ist, werden im nachfolgenden Kapitel die Ziele, Aufgaben, Implementierungsstrategie und das Anforderungsprofil eines Case Managers näher erläutert.

3 CASE MANAGEMENT IM KRANKENHAUS

Durch die Einführung der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung sollen in einem Krankenhaus vor allem Kosten gesenkt werden, ohne dabei die medizinisch-pflegerische Versorgung zu vermindern. Die Verkürzung der Verweildauer der Patienten in einem Krankenhaus stehen im Mittelpunkt des Interesses. Um diese Verkürzung zu gewährleisten ist es notwendig die Patienten möglichst reibungslos und kostensparend unter Rücksichtnahme ihrer Interessen durch den Behandlungsprozess zu begleiten und diesen auch zu steuern (vgl. Pape/Rosenbaum/Bostelaar, Case Management 1/2006, S. 31).

Folglich müssen Prozesse optimiert und neue Krankenhausstrukturen geschaffen werden. Begriffe wie Aufnahmemanagement, Entlassungsmanagement oder Schmerzmanagement, aber auch Case Management sind Versuche einer Prozessoptimierung um auf diese Anforderungen zu reagieren. Es kann als Herausforderung für das Management jedes Krankenhauses gesehen werden, trotz Personalreduktion bei gleichzeitiger Leistungssteigerung eine hochwertige Versorgungsqualität sicherzustellen (vgl. Thiry/Pape 2008, S. 27).

3.1 Aufgaben und Ziele im Krankenhaus

Das Handlungskonzept Case Management steht in einem Spannungsverhältnis zwischen dem Erlös- und der Qualitätsorientierung eines Krankenhauses. Durch gezielte Einschätzung des Versorgungsbedarfes eines Patienten können die vorzunehmenden Leistungen koordiniert und gesteuert und somit eine Verkürzung der Verweildauer begünstigt werden. Durch den Case Manager wird der Patient über den Behandlungsverlauf seiner Krankheit informiert und eingebunden. Weiters wird mit dem Patienten ein individueller medizinischer und pflegerischer Versorgungsplan erstellt, der ihn zu einem beteiligten Partner werden lässt. (vgl. Pape/Rosenbaum/Bostelaar, Case Management 1/2006, S. 31).

Sucht der Patient nach alternativen Therapiemöglichkeiten oder langfristigen Betreuungsmöglichkeiten (z.B. chronisch erkrankte Patienten) steht der Case Manager in seiner „Broker“-Funktion beratend zur Seite. Weiters sorgt er in dieser Funktion dafür, dass der Patient die Leistungen erhält, die er benötigt. Als „Gate-Keeper“ kontrolliert und steuert der Case Manager den Zugang zu den Versorgungsleistungen eines Krankenhauses, die sich in den folgenden Tätigkeiten beschreiben lassen:

- Terminierung der Patientenaufnahme mit Abstimmung von vorstationären Prozessen
- Patientenzuordnung zu einem Pflegebereich inkl. Bettenzuweisung
- Eingliederung des Patienten in den Operationsplan
- Koordination der zu erbringenden Leistungen (diagnostisch, therapeutisch) laut definiertem Behandlungspfad
- Zentraler Ansprechpartner und Informationsgeber über den Behandlungsablauf
- Im Rahmen des Assessment Erhebung der Ressourcen und Risiken, sowie Erstellung eines Versorgungsplans
- Prozessbegleitung und –steuerung, um bei definiertem Behandlungspfad die optimale Verweildauer einzuhalten
- Konsiliarfunktion mit anderen Fachabteilungen
- Organisation von internen oder externen Versorgungseinrichtungen, um den vereinbarten Versorgungsplan zu erfüllen (vgl. Pape/Rosenbaum/Bostelaar, Case Management 1/2006, S. 31f).

In der Funktion als „Advokat“ nimmt der Case Manager die Position des Ansprechpartners für den Patienten ein um dessen persönliche Interessen mit den Angebots- und Serviceleistungen des Krankenhauses in Konsens zu bringen. In seinen Tätigkeiten in einem Krankenhaus begleitet der Case Manager somit den Patienten während seines Behandlungsverlaufes unter den Aspekten der Kostenkontrolle, sowie der Qualitätssicherung und der Patientenorientierung (vgl. Pape/Rosenbaum/Bostelaar, Case Management 1/2006, S. 31f).

3.2 Implementierungsschritte und Umsetzungsstrategien

Zur Implementierung von Case Management in einem Krankenhaus bedarf es einer klaren Entscheidung des Krankenhausmanagements. Hier sollte eine Einigkeit zwischen dem ärztlichen, pflegerischen und Verwaltungsdirektor vorhanden sein sowie ein einheitliches Verständnis für das neue Handlungskonzept (vgl. Pape/Bostelaar 2008, S. 33).

„Die Grundvoraussetzung für eine erfolgreiche Implementierung und die Funktionsfähigkeit eines Case Managements liegt in der strategischen Entscheidung der Führungsspitze eines Krankenhauses. Erst wenn sie sich Top-down für Case Management verbindlich entscheidet, ist im Anschluss daran Bottom-up die Entwicklung eines Case Managements möglich“ (zit. Pape/Bostelaar 2008, S. 35).

Mit diesem Instrument hält eine neue Organisationsform im Sinne eines Handlungskonzeptes Einzug, welches eine Umgestaltung in allen bisherigen Organisationsformen mit sich zieht – folglich ist Case Management auch ein Instrument zur Organisationsentwicklung. Deshalb wird Case Management auch als unterstützendes Steuerungsinstrument verstanden, dass die Pole zwischen Ökonomisierung und Rationalisierung sowie Prozess- und Patientenorientierung sinnvoll aufeinander abstimmt (vgl. Pape/Bostelaar 2008, S. 35).

Somit muss sich das Management in einem Krankenhaus darüber im Klaren sein, dass die traditionelle Struktur der Versorgungsprozesse ausgedient hat. Die sogenannte Säulen-Darstellung widerspricht einer vernetzten Patientenversorgung. In der neuen Versorgungsform steuert der Case Manager auf der Fallebene (Patient) wie auf der Systemebene (Krankenhaus) die zu erbringenden Leistungen (vgl. Pape/Bostelaar 2008, S. 30).

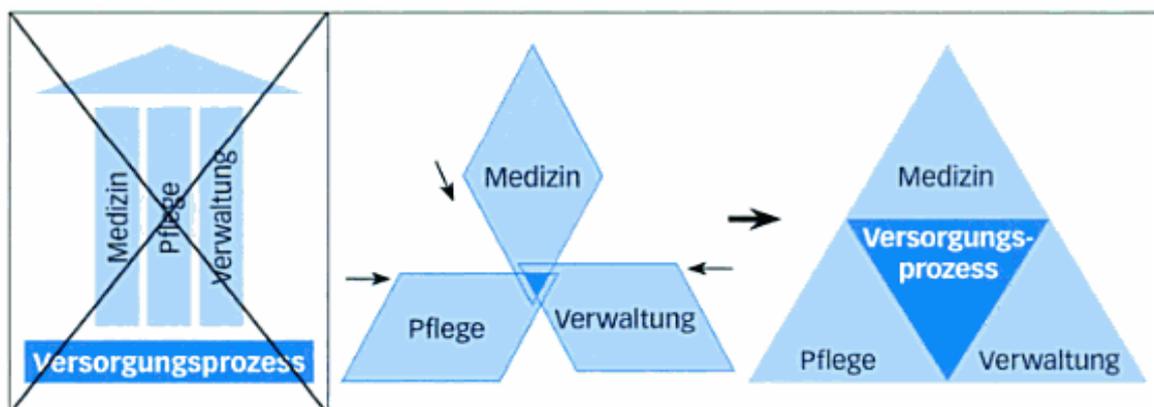


Abbildung 2: Ausgediente und zeitgemäße Darstellung der Versorgungsprozesse im Krankenhaus (Quelle: Pape 2008, S. 30)

Das bedeutet für das Krankenhaus, dass die Leistungen berufsgruppenübergreifend vom Case Manager organisiert und abgerufen werden. Der Patient erhält zügig seine Untersuchungen und Eingriffe, die Entlassung wird zeitgerecht geplant und umgesetzt (vgl. Thiry/Pape 2008, S. 30).

Dieser tiefe Eingriff in die Organisationsstruktur eines Krankenhauses führt zum Teil zu heftigen Reaktionen der Betroffenen. Diese Umstrukturierung sollte mit den ärztlichen Leitern und Pflegeleitungen aller Fachabteilungen im jeweiligen Krankenhaus kommuniziert werden (vgl. Pape/Bostelaar 2008, S. 34).

Um die erfolgreiche Implementierung zu gewährleisten, wird zuerst ein Konzept erstellt. Daraus erfolgt die Ableitung für einen Projektplan, in dem die Strukturen und Prozesse analysiert und geregelt werden. Diese lassen sich in der Konzeptumsetzung in drei Phasen einteilen (vgl. Pape/Rosenbaum/Bostelaar, Case Management 1/2006, S. 33).

Diese Phasen der Konzeptumsetzung werden nach Pape/Rosenbaum/Bostelaar (Case Management 1/2006, S. 33f) wie folgt zitiert:

Konzeptumsetzung Phase I:

- *Kollegiale Beratung durch etablierte Case Manager*
- *Organisation des Aufnahme- und Entlassungsmanagements*
- *Durchführen des Assessments/Identifikation*
- *Bettenbelegmanagement*

Konzeptumsetzung Phase II:

- *Kooperation mit der zuständigen Abteilung für Qualitätssicherung in Bezug auf die Entwicklung von Behandlungsmustern/-pfaden*
- *Controlling der Behandlungsmuster/-pfade im Hinblick auf Fallsteuerung, Prozessoptimierung und Qualitätssicherung incl. Varianz-Dokumentation*
- *Aufbau einer Informations- und Kommunikationskultur zum Controlling der Behandlungsmuster zwischen Medizin, Pflege und Ökonomie des Klinikums und den externen Einweisern*

Konzeptumsetzung Phase III:

- *Aufbau eines Case Management-Netzwerks an einem Klinikum der Maximalversorgung*

Durch die Implementierung des Case Managements in einem Krankenhaus wird eine zentrale Steuerungseinheit für alle Leistungserbringer geschaffen. Dafür benötigt der Case Manager die Übersicht und die Kompetenzen aller Betten- und OP-Kapazitäten (falls gegeben) der ausgesuchten Fachabteilung. Der Case Manager erhält alle patientenbezogenen Informationen zum Versorgungsablauf und leitet sie an die jeweiligen Leistungserbringer gezielt weiter. Um eine effektive Arbeitsleistung zu gewährleisten, wird in jedem Berufsfeld (z.B.: Pflege, Medizin, Physiotherapie) eine Ansprechperson ernannt (vgl. Pape 2008, S. 45).

Die Projektleitung übernimmt eine Person, die über ein Wissen vom Case Management im Gesundheitswesen verfügt (vgl. Pape/Bostelaar 2008, S. 34).

3.3 Anforderungsprofil an den Case Manager

American Nurses Association (1991) ist der Auffassung, Angehörige des gehobenen Pflegefachdienstes sind die geeignete Berufsgruppe um die zu erwartenden Leistungen im Case Management zu erbringen. Neben der Professionalität dieses Berufsstandes werden zur Ausübung eines Case Managers weitere Qualifikationen an die Pflegefachperson gestellt (vgl. Nussbaumer in Reibnitz 2009, S. 45f):

Fachliche Kompetenz:

- Interdisziplinäre Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen, um ein individuelles Versorgungskonzept für den Patienten/Klienten zu gewährleisten
- Neutrale Einstellung, d.h. die Interessen des Patienten/Klienten bzgl. seines Bedarfes zu wahren und diese nicht auf denen des Leistungsanbieters auszurichten
- Effektivität in der Erbringung der Versorgungsleistungen mit bestmöglicher Wirksamkeit
- Effizienz im Sinne der Wirtschaftlichkeit, die Durchführung der Dienstleistungen durch vernetzte Zusammenarbeit zu optimieren
- Leistungstransparenz des Versorgungsplanes für den Patienten/Klienten, sowie für den Leistungsanbieter. Das Instrument hierfür ist der Case-Management-Regelkreis (vgl. DGCC 2009, S. 11f).

Persönliche Kompetenz:

- Fähigkeit mit verschiedenen Berufsgruppen zusammen zu arbeiten
- Selbstmanagement, durch Prioritätensetzung und eigenständiges Arbeiten
- Koordinationskompetenz, im Sinne der Gestaltung, Durchführung und Planung der Versorgungsleistungen
- Konfliktmanagement, durch konstruktiven Umgang mit Kritik und Widersprüchlichkeiten.

Sozial-kommunikative Kompetenz:

- Hier wird die Fähigkeit verstanden, Beziehungen zu den Patienten/Klienten aufzubauen und sie zu halten.
- Durch empathisches Verhalten sich in die Gedanken und Gefühle des Patienten/Klienten hineinzusetzen und dadurch seine Bedürfnisse zu verstehen.

Durch die Komplexität von Anforderungen an den Case Manager wird eine vielwertige Arbeitsweise in seiner Funktion erwartet. Um diese Kompetenzen erlangen zu können, werden an verschiedenen Instituten Weiterbildungen angeboten (vgl. Nussbaumer in Reibnitz 2009, S. 45f).

In Österreich hat sich die Österreichische Gesellschaft für Care und Case Management (ÖGCC) zum Ziel gesetzt, durch die Veröffentlichung von Richtlinien und Standards die Qualität bei den Weiterbildungen zu fördern und sicherzustellen. Nach erfolgreicher Absolvierung dieses Lehrganges erhält der Teilnehmer die Bezeichnung: „Zertifizierter Case Manager“ (vgl. <http://www.oegcc.at>).

Im nächsten Kapitel werden die Österreichische Gesellschaft für Care und Case Management sowie zwei erfolgreiche Projekte im extramuralen Bereich vorgestellt.

4 CASE MANAGEMENT IN ÖSTERREICH

In Anlehnung an die Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management wurde im Juni 2006 in Österreich die Plattform der Österreichischen Gesellschaft für Care und Case Management gegründet. Der Verein orientiert sich an den theoretischen und praktischen Erkenntnissen in der Umsetzung von Care und Case Management sowie in der Vernetzung auf nationaler und internationaler Ebene mit dem Ziel, eine Ausbalanzierung zwischen Wirtschaftlichkeit und Menschlichkeit zu erreichen. Im Grundlagenpapier des ÖGCC wird Case Management als Handlungsansatz festgehalten, in dem für den Patienten während des gesamten Krankheits- oder Betreuungsverlaufes quer zu den Versorgungsgrenzen ein maßgeschneidertes Versorgungspaket erhoben, geplant, implementiert, koordiniert und evaluiert werden soll. Weiters sollen die drei Kernfunktionen (Advocacy, Broker, Gate-Keeper) bedarfsgerecht und professionell angewandt werden. Aus Sicht des ÖGCC ist Case Management als Konzept nur dann erfolgreich und wirksam, wenn die personale Handlungsebene sowie die Organisationsebene miteinander verbunden werden. Dies bedarf einer Koordination und Kooperation aller involvierten Leistungsanbieter. Die Geschäftsstelle des ÖGCC ist seit der Gründung in der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse angesiedelt (vgl. <http://www.oegcc.at>: Grundlagenpapier).

4.1 Projekte von Case Management in Österreich

Um den Vereinbarungen gemäß Art. 15a BV-G in der Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, den Menschen eine patientenfreundliche, patientenorientierte und sinnvolle Behandlung gerecht werden zu lassen, sowie das Nahtstellenmanagement zwischen den Versorgungseinrichtungen zu verbessern, haben in Österreich einige Institutionen Case Management aufgegriffen und umgesetzt (Anm. der Verfasserin).

Nachfolgend werden zwei Projekte vorgestellt:

Case Management für Menschen mit erworbener Hirnschädigung – ein Pilotprojekt in Oberösterreich 2007-2010:

Im Jahr 2001 wurde der Verein SHT-Lobby als Interessensvertretung für Menschen mit erworbener komplexer Hirnschädigung gegründet und nahm nach Zusage durch den oberösterreichischen Gesundheitsfond im Jahr 2007 Case Management in ihrem Leistungsspektrum auf. Die Prinzipien des Vereines beruhen auf Selbstbestimmung und

Selbstverantwortung. Reichten Information und Beratung als Leistungsangebot nicht aus, wurde ein Case Manager zur Fallführung eingesetzt (vgl. Hierzer, Case Management 1/2009, S. 37).

Im Rahmen des Case-Management-Prozesses wurden beim ersten Klientengespräch die Indikatoren sowie die Ziele und Erwartungen des Patienten und der Angehörigen erfasst. Indikatoren waren hier z.B. die soziale Situation des Klienten oder eine fehlende, aktive, steuernde Funktion über den Versorgungsprozess. Die zentralen Aufgaben im Case-Management-Prozess waren:

- den Behandlungs- und Versorgungsprozess individuell auf den Klienten auszurichten
- zeitgerechte Einbindung von Leistungserbringern und Entscheidungsträger
- Koordination aller im Prozess involvierter Personen und Versorgungsstellen auf ein gemeinsames Ziel
- Evaluierung zur Zielerreichung

Unter Rücksichtnahme des sozialen Umfeldes des Klienten wurden die Leistungserbringer aufeinander abgestimmt und laufend über den Prozessverlauf informiert. Für dieses Pilotprojekt wurden 2 Case Manager angestellt. Die Leitung dieses Projektes übernahm Geschäftsführer Heinz Hierzer, Master of Advanced Studies (MAS). Herr Hierzer ist auch als 2. Rechnungsprüfer beim ÖGCC tätig (vgl. Hierzer, Case Management 1/2009, S. 38).

Bei der ÖGCC Tagung November 2010 in Innsbruck stellte Herr Hierzer im Zwischenevaluierungsbericht vom Jahr 2009 einen beeindruckenden Klientenfall vor, der in den Jahren 2007-2009 vom Verein SHT-Lobby im Case Management Programm betreut wurde:

Ein 19-jähriger Klient erlitt nach einem Verkehrsunfall im Jahr 2007 – bei dem er auch seinen besten Freund verlor - ein Schädel-Hirn-Trauma mit kognitiven und neuropsychologischen Störungen, Epilepsie, jedoch mit kaum körperlichen Beeinträchtigungen. Zum Zeitpunkt des Unfalls befand er sich im 2. Ausbildungsjahr einer Schlosserlehre. Nach dem Unfall war eine Weiterführung seiner Ausbildung nicht mehr möglich. Der Case Manager vom Verein SHT-Lobby setzte sich zum Ziel, mit der Zusammenarbeit von 12 Netzwerk-Partnern, dem Klienten eine passende Berufsausbildung zu ermöglichen und die finanziellen und wirtschaftlichen Angelegenheiten zu regeln.

Die Klienten waren u.a. die Eltern (Kooperation der Familie), Neurologe (fachärztliche Einschätzung), Psychotherapeut, Anwalt (z.B. Abklärung und Begleichung der laufenden

Kosten), Bundessozialamt „Jugend am Werk“ für eine integrative Lehre und Lernbegleitung und die Berufsschule, um einige zu nennen. Nach ca. 200 Arbeitsstunden durch den Case Manager hat sich der Klient ins Leben neu integriert, arbeitet bei seinem alten Dienstgeber als Konstrukteur im 1. Lehrjahr und hat somit berufliche, private und existentielle Perspektiven für sein Leben. Im Jahr 2009 wurden 30 Klienten im Case Management Programm vom Verein SHT-Lobby betreut, davon wurden 22 im selben Jahr abgeschlossen. In seiner Schlussfolgerung stellte Herr Hierzer fest, dass die Kooperationsbereitschaft, die Unabhängigkeit zu den Leistungsunternehmen, die Erfahrungen mit den betroffenen Klienten und eine übergreifende Prozessorientierung die Durchführbarkeit sowie die Effektivität von Case Management beeinflusste (vgl. <http://www.oegcc.at> Hierzer).

„Netzwerk Hilfe“ der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse

Beruhend auf dem Konzept Case Management wurde 2006 in der OÖGKK der Verein „Netzwerk Hilfe“ gegründet und speziell auf die Bedürfnisse ihrer Kunden abgestimmt. Wird es von den Betroffenen gewünscht oder z.B. von einem Krankenhaus angefordert, tritt „Netzwerk Hilfe“ in Aktion. Der Verein bietet den Betroffenen kompetente Hilfe an und begleitet sie bis zu einem gemeinsam vereinbarten Ziel. Auch die Verordnung eines Krankenhauses für zu Hause ist für dieses Netzwerk ein Signal, dass ein besonderes Ereignis eingetreten ist und der Patient wie auch der Angehörige ein besonderes Betreuungskonzept benötigen. Der „Netzwerk Hilfe“-Betreuer informiert, koordiniert, vermittelt und bewältigt Schnittstellen, die sich nicht nur auf den Zuständigkeitsbereich der Krankenkasse oder in der Weitergabe von Kontaktadressen beschränken. Über 70 „Netzwerk-Hilfe“-Betreuer stehen in Oberösterreich flächendeckend zur Verfügung, die mit den jeweiligen regionalen Gesundheits- und Sozialsystemen in Verbindung stehen. Durch dieses Netzwerk erhofft sich die OÖGKK eine Steigerung der Kundenzufriedenheit und eine Vermeidung von teuren Fehlversorgungen durch einen auf den Patienten individuell abgestimmten Behandlungsverlauf. Die Obfrau der Österreichischen Gesellschaft für Care und Case Management, Frau Mag. Andrea Wesenauer, steht mit Ihren Erfahrungen als Leitung hinter diesem Projekt „Netzwerk Hilfe“. Dieses Projekt wurde mit dem „Gesundheitspreis der Stadt Linz“ ausgezeichnet (vgl. <https://www.oegkk.at>).

Nachfolgend wird das Kölner Case Management Model vorgestellt, das sich aus einem Pilotprojekt heraus entwickelte.

5 PRAXISBEISPIEL: „DAS KÖLNER CASE MANAGEMENT MODELL“

Die Verschärfung der finanziellen Situation aufgrund der Reduzierung des Gesamtbudgets veranlasste das Krankenhausdirektorium der Universitätsklinik Köln im Jahr 2003 zu einem Umdenken. Eine Reorganisation im medizinischen und pflegerischen Dienst wurde notwendig. Durch den Abbau einer Assistenzarztstelle in der Kardiologie gestaltete sich dort die Umstrukturierung als besonders schwierig. Die medizinische Führungsspitze sowie Pflegedirektor Herr Dipl. PM (FH) Bostelaar veranlassten eine Analyse der Aufbau- und Ablauforganisation. Die Erfahrungen des Pflegedirektors im Aufbau und Praktizieren von Case Management in einer anderen Gesundheitseinrichtung führten zur Implementierung des neuen Handlungskonzepts. Voraussetzung für den Erfolg war ein Zusammenschluss der drei Bettenstationen in der kardiologischen Abteilung mit einer Staffelung in drei Pflegebereiche (High-Care-, Medium-Care- und Low-Care-Bereich), je nach Pflegeaufwand der Patienten (vgl. Pape 2008, S. 47).

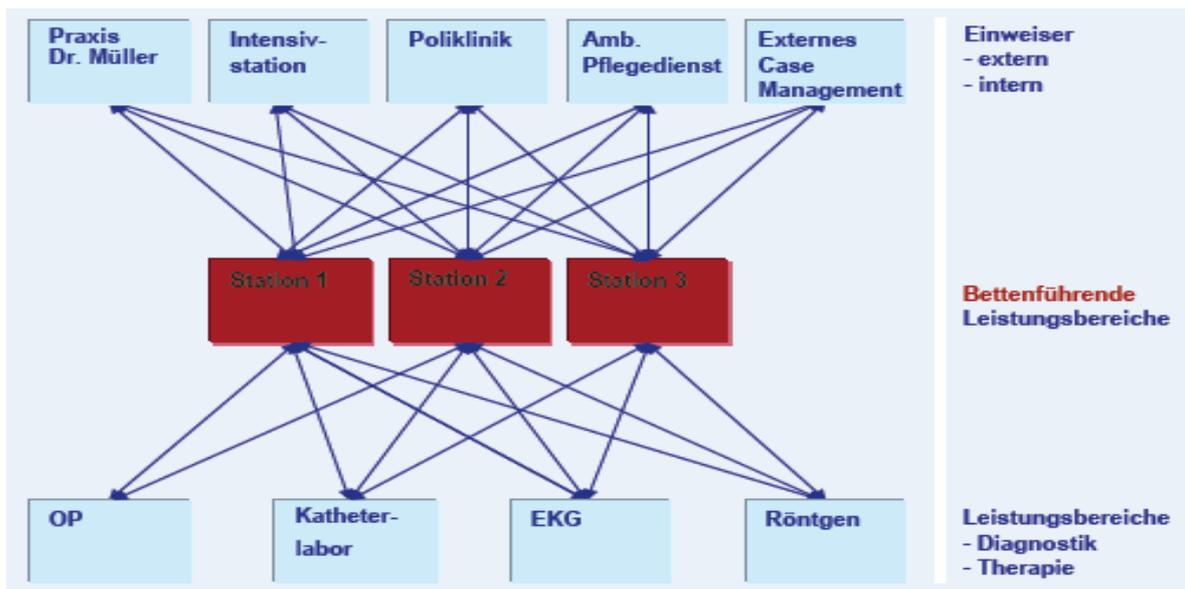


Abbildung 3: Kommunikationsstruktur vor Einführung des Case Managements (Quelle: Pape/Bostelaar 2008, S. 48)

Ausgangssituation:

In der kardiologischen Klinik befanden sich drei Stationen mit insgesamt 71 Betten, geführt von je einer Stationsleitung und einer Stellvertretung. Folglich mit unterschiedlicher Dienstplangestaltung, divergierenden Arbeitsabläufen und teilweise verschiedenen Behandlungsschemata. Durch die Abweichungen der drei Stationen gestaltete sich ein Aushelfen auf den Nachbarstationen für das Pflegepersonal als schwierig.

Die Verteilung von den ca. 20 Neuaufnahmen pro Tag erfolgte nach dem Zufallsprinzip eines freien Bettes, eine Aufnahmesteuerung fand nicht statt. Um eine Zusammenlegung der drei Stationen zu gewährleisten wurden im ersten Schritt des Pilotprojekts die Arbeitsabläufe und die Behandlungsschemata der drei Stationen angeglichen, erarbeitet von Vertretern des medizinischen und pflegerischen Dienstes. Weiters wurde eine flexible Personaleinsatzplanung eingeführt. EDV-Vernetzungen, Datenflusssteuerungen, Kostenstellenzuweisungen und Warenlieferungen wurden neu angepasst und in die organisatorische Abwicklung des Gesamthauses eingegliedert (vgl. Pape 2008, S. 47f).

Kontaktsuchende Abteilungen in der Klinik stellten bereits in der ersten Woche des Projektstarts fest, dass – wie bisher – der Kommunikationsweg mit der kardiologischen Abteilung nicht mehr funktionierte. Durch die Zunahme der Telefonate zwischen den einzelnen Bereichen kam es zur Zeitverzögerung zwischen den Schnittstellen. Weiters führte die nicht angepasste Organisation zwischen dem medizinischen und pflegerischen Dienst zu einem erhöhten Verwaltungsaufwand und einem verlangsamten Informationsfluss innerhalb des Stationsbereiches. Es erfolgte eine Anpassung der medizinischen Organisationsform an die pflegerische Struktur der Station, weiters wurden die drei Pflegebereiche auf zwei Bereiche: High-Care und Low-Care reduziert (vgl. Pape 2008, S. 49f).

Bei der Projektdurchführung beschränkte sich die Tätigkeit des Case Managers auf die Optimierung der Patientenaufnahmen und auf die Patientenentlassung. Hauptaufgabe war bei der Entlassung/Überleitung die Kooperation mit dem Sozialdienst sowie mit dem CDC GmbH (Care-Dienstleistungs-Centrum), die das Überleitungsmanagement übernahmen (vgl. Pape 2008, S. 50).

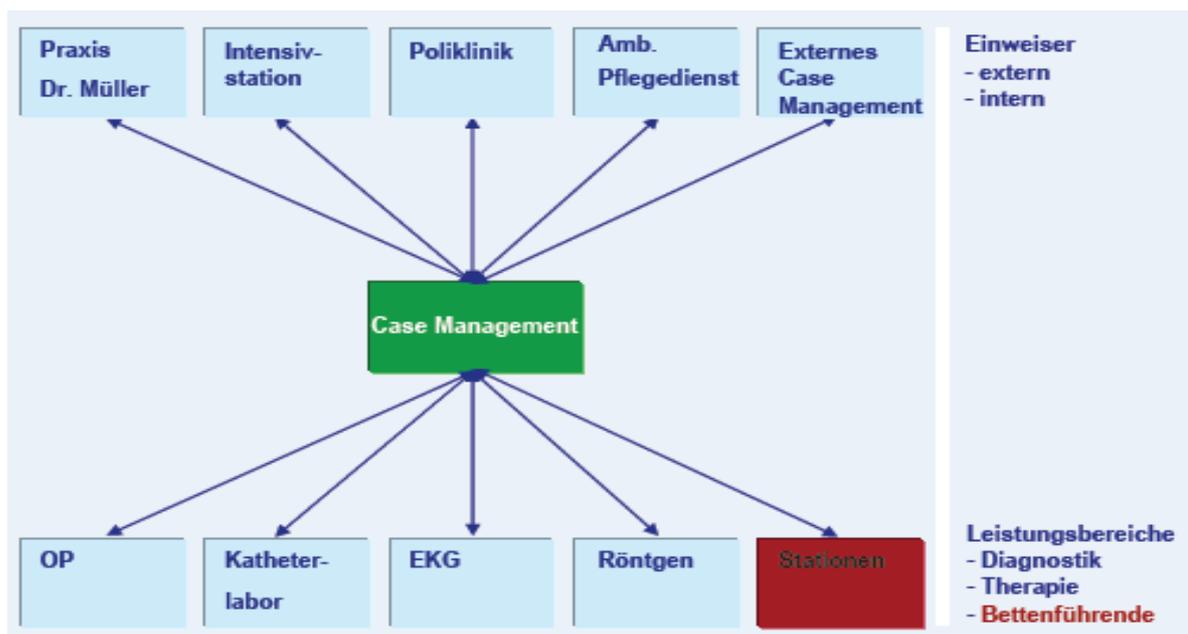


Abbildung 4: Kommunikationsstruktur mit Case Management (Quelle: Pape/Bostelaar 2008, S. 50)

Nach positiver Bewertung aller Beteiligten der Kardiologie, ebenso der Gynäkologie und Orthopädie, beschloss das Krankenhausmanagement im November 2004 das Handlungskonzept Case Management im gesamten Klinikum einzuführen (vgl. Pape 2008, S. 47ff). Im Jahr 2009 waren in der Universitätsklinik Köln 42 Case Manager aktiv tätig (vgl. <http://cms.uk-koeln.de> Pressemitteilung 10/2009: Case Management ist Dienst am Menschen).

Um die Kernaufgaben und die Funktionen für das Konzept Case Management festzulegen, erstellte die Universitätsklinik folgende Definition:

„...als einen Prozess der interdisziplinären Zusammenarbeit in der Patientenversorgung über alle Abteilungen des Krankenhauses. Es umfasst die Einschätzung, Planung, Dokumentation, Koordination, Organisation und Evaluation von Gesundheitsleistungen. Der individuelle und pflegerische Bedarf eines Patienten wird vom Case Management mit dem Patienten eruiert und geplant. Der Case Manager erfasst den prospektiven Pflegebedarf sowie eine Risikoeinschätzung mit Unterstützung des Assessment-Instrumentes ... Das Case Management begleitet den Behandlungsverlauf eines Patienten 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“ (zit. Roland in Pape/Bostelaar 2008, S. 52).

Die vorgegebenen Ziele zur Budget-/Kostensicherung konnten durch:

- Auslastungsoptimierung mit Fallzahlsteigerung
- Reduktion von Fehlbelegungen
- Verweildaueroptimierungen aufgrund lückenloser Behandlungsabläufe
- Qualitätssicherung aufgrund optimaler Versorgungskontinuität über den stationären Aufenthalt hinaus

weitgehend erreicht werden. Weiters kam es zu einer Verbesserung der Kommunikations- und Interaktionskultur zwischen den einzelnen Berufsgruppen sowie zu einer Steigerung der Zeitressourcen durch Abnahme der administrativen und organisatorischen Aufgaben im medizinischen und pflegerischen Bereich. Durch die strukturierenden Behandlungspfade konnte der Patient gezielter durch den stationären Aufenthalt gelenkt werden. Interne Umfragen ergaben eine Steigerung der Patientenorientierung und eine verbesserte Außendarstellung der Klinik (vgl. Roland in Pape/Bostelaar 2008, S. 52ff).

„Nicht nur der Patient ist hier der Gewinner, sondern alle am Case Management-Prozess Beteiligten“ (zit. Roland in Pape/Bostelaar 2008, S. 56).

6 IMPLEMENTIERUNG CASE MANAGEMENT AN DER ABTEILUNG

Das Klinikum Klagenfurt am Wörthersee mit 25 Abteilungen im medizinischen Bereich gilt als eines der modernsten Gesundheitszentren in Europa. Eine dieser Fachabteilungen ist die Abt. Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie in der jährlich rund 3000 operative Eingriffe durchgeführt und gut 30.000 Patienten ambulant behandelt werden. Sie bietet ein breites Leistungsspektrum in der Behandlung von Erkrankungen der Zähne, der Mundhöhle, des Kiefers und des Gesichtes an. Zum Angebot gehören auch Korrekturen an Ohren, Nasen und Lippen sowie Facelifting (vgl. <http://www.klinikum-klagenfurt.at>).

Die Abteilung verfügt über 20 systematisierte Betten. Im Jahr 2011 wurden 1.652 Patienten stationär behandelt (Quelle: Med. Controlling vom 03.05.2012).

6.1 Zielvorstellung an Case Management

Die Hauptziele des Case Managements bestehen in der Sicherung der Behandlungskontinuität und der anwaltschaftlichen Funktion für den Patienten. Diese gliedern sich in:

- Sicherung einer kontinuierlichen und integrierten Betreuung des Patienten ausgerichtet auf ein gemeinsames Ziel von allen, im Versorgungsgeschehen beteiligten Akteure.
- Sicherung eines nahtlosen Pflege- und Betreuungsverlaufes individuell auf jeden Patienten ausgerichtet, mit Erstellung eines bedarfsgerechten, effizienten Versorgungsplans.
- Gewährleistung einer verbesserten Zusammenarbeit und Kommunikation sowie Vernetzung zwischen den einzelnen Schnittstellen um die individuellen Versorgungspakete des Patienten organisations- und professionsübergreifend durchzuführen.
- Sicherung einer zeitgerechten Planung und Organisation vom Versorgungsbedarf/-betreuung des Patienten im Rahmen des Entlassungsmanagements.
- Sicherung einer Zusammenarbeit mit dem sozialen Umfeld (z.B. Angehörige) des Patienten und externen Dienstleistungsunternehmen (z.B. Pflegeeinrichtungen).
- Qualitätssicherung durch die kontinuierliche Betreuung des Patienten während des Behandlungspfades sowie individuelle Anpassung bei einem verändertem Unterstützungs- oder Versorgungsbedarfs (vgl. Ewers/Schaeffer 2011, S. 7ff).

6.2 Erwartender Nutzen von Case Management

Durch diese Zielvorstellungen würden sich für die Patienten der Abt. MKG-Chirurgie sowie für das Klinikum Klagenfurt am Wörthersee folgende Nutzen ergeben (Anm. der Verfasserin).

Nutzen für das Klinikum Klagenfurt am Wörthersee:

- durch optimale Ressourcennutzung und lückenloser Betreuung: Kostensenkung durch Rückgang der Verweildauer in der Krankenanstalt sowie von Mehrfachleistungen
- Erhöhung der Kundenzufriedenheit

Nutzen für die Abt. MKG-Chirurgie:

- Behandlungsprozesse werden ergebnisorientiert gestaltet und verbessert
- Steigerung der Versorgungsqualität durch eine effektive und effiziente Versorgung
- Schlanker nachvollziehbarer Patientenweg
- Verbesserung des Nahtstellenmanagements durch Kooperation und Kommunikation zwischen den einzelnen Schnittstellen
- Klare Kompetenzen und Aufgaben der beteiligten Personen
- Rückgang von organisatorischen und administrativen Tätigkeiten
- Steigerung der Patientenzufriedenheit durch die kontinuierliche Betreuung im Rahmen der Patienten- und Ergebnisorientierung

Nutzen für den Patienten:

- Vermeidung von Doppeluntersuchungen
- Steigerung seiner Zufriedenheit im Sinne von
 - Empowerment, aktiv seinen Behandlungsprozess mitgestalten zu können
 - Wahrung seiner Patientenrechte (In Anlehnung an das Projekt CM Orthopädie Oberdorfer, 2012)

6.3 Kritische Erfolgsfaktoren für die erfolgreiche Implementierung

Mit der Einführung von Case Management muss sich die Krankenhausleitung im Klaren sein, dass tradierte Tabus in der Organisationsstruktur wie auch die Selbstverständnisse der einzelnen Berufsgruppen gebrochen werden. Widerstand könnte die Folge sein (vgl. Pape/Bostelaar 2009, S. 32).

Mögliche kritische Erfolgsfaktoren könnten sein:

- Fehlende Bereitschaft zur Systemänderung hinsichtlich bestehender Rituale, Werte, Fähigkeiten und Verhaltenswechsel

- Protest gegen einen Rollen- und Aufgabenwechsel (vgl. Pape/Bostelaar 2009, S. 32).

Zu erwähnen ist aber auch, dass ein gutes Entlassungsmanagement im Krankenhaus alleine nicht ausreicht, wenn im extramuralen Bereich die notwendigen Strukturen nicht vorhanden sind (Anm. der Verfasserin).

In Anlehnung an den Erfahrungswerten bei der Implementierung vom Case Management Modell an der Universitätsklinik Köln wird nachfolgend eine mögliche Vorgehensweise der Implementierung an der Abteilung vorgestellt.

7 KONZEPT ZUR IMPLEMENTIERUNG

Grundlage zur Einführung des Case Managements ist ein Konsens zwischen ärztlicher Leitung, Pflegeleitung und Betriebsdirektion. Vorab soll das Leistungsspektrum der Abteilung, Personalstruktur, Prozesse, Stationsorganisation, Schnittstellen, Auslastung, Patientenwege und Zuständigkeiten erhoben werden. Basierend auf dieser Analyse erfolgt die Konzepterstellung für den onkologischen Patienten. Ziel der vorliegenden Ist-Analyse ist es die abteilungsspezifischen Arbeitsabläufe für den onkologischen Patienten und deren Organisation für die Versorgung darzustellen. Diese Erhebung soll durch personenbezogene Interviews durchgeführt werden. Nach Erhebung der Ist-Analyse soll eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe unter der Leitung eines Case Managers gebildet werden. Mitglieder dieser Arbeitsgruppe sind Vertreter der Medizin, der Pflege (ambulanter und stationärer Bereich), des Sozialdienstes, der Logopädie, der Diätologie und aus dem Verwaltungsbereich. Weitere Teilnehmer sind Mitarbeiter aus den interdisziplinären Fachabteilungen, die im Prozess „onkologischer Patient“ involviert sind. Diese Arbeitsgruppe begleitet mit den Methoden des Projektmanagements die Implementierung. Eine Zeitplanung könnte wie folgt aussehen:

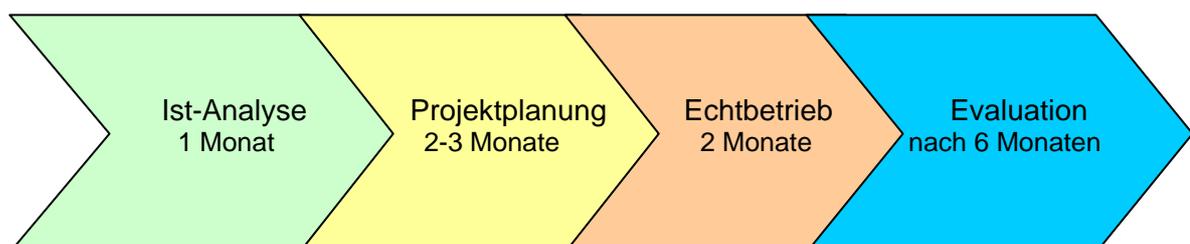


Abbildung 5: Zeitplanung der Implementierung (Darstellung der Verfasserin, 2012)

7.1 Ist-Analyse „onkologischer Patient“

Ein großer Teil der stationären Aufnahmen an der Abt. MKG-Chirurgie sind Patienten mit gut- oder bösartigen Veränderungen im Mund-Kiefer-Gesichtsbereich.

Nachfolgend wird der Behandlungsverlauf anhand von onkologischen Patienten analysiert. Beginnend beim Erstkontakt in der Ambulanz (Aufnahmemanagement), den stationären Verlauf mit operativem Eingriff und dem Entlassungsmanagement.

Für die Erstellung der Ist-Analyse wurden von der Verfasserin in dieser Abschlussarbeit vier Werkzeuge benötigt.

Bei der Erhebung einer Ist-Analyse sollten folgende Fragestellungen erhoben werden:

- Welche Verbesserungspotentiale lassen sich in der Ist-Analyse – von der Aufnahme, über die Versorgung bis zur Nachsorge erkennen?
- Wer trägt die Verantwortung für ihre Veranlassung?
- Welche Problemlösungsansätze/-ideen gibt es?
- Wie wird der Aufenthalt des onkologischen Patienten geplant? (vgl. Pape/Bostelaar 2009, S. 32)

Darstellung – Prozess: Ist - Analyse „onkologischer Patient“

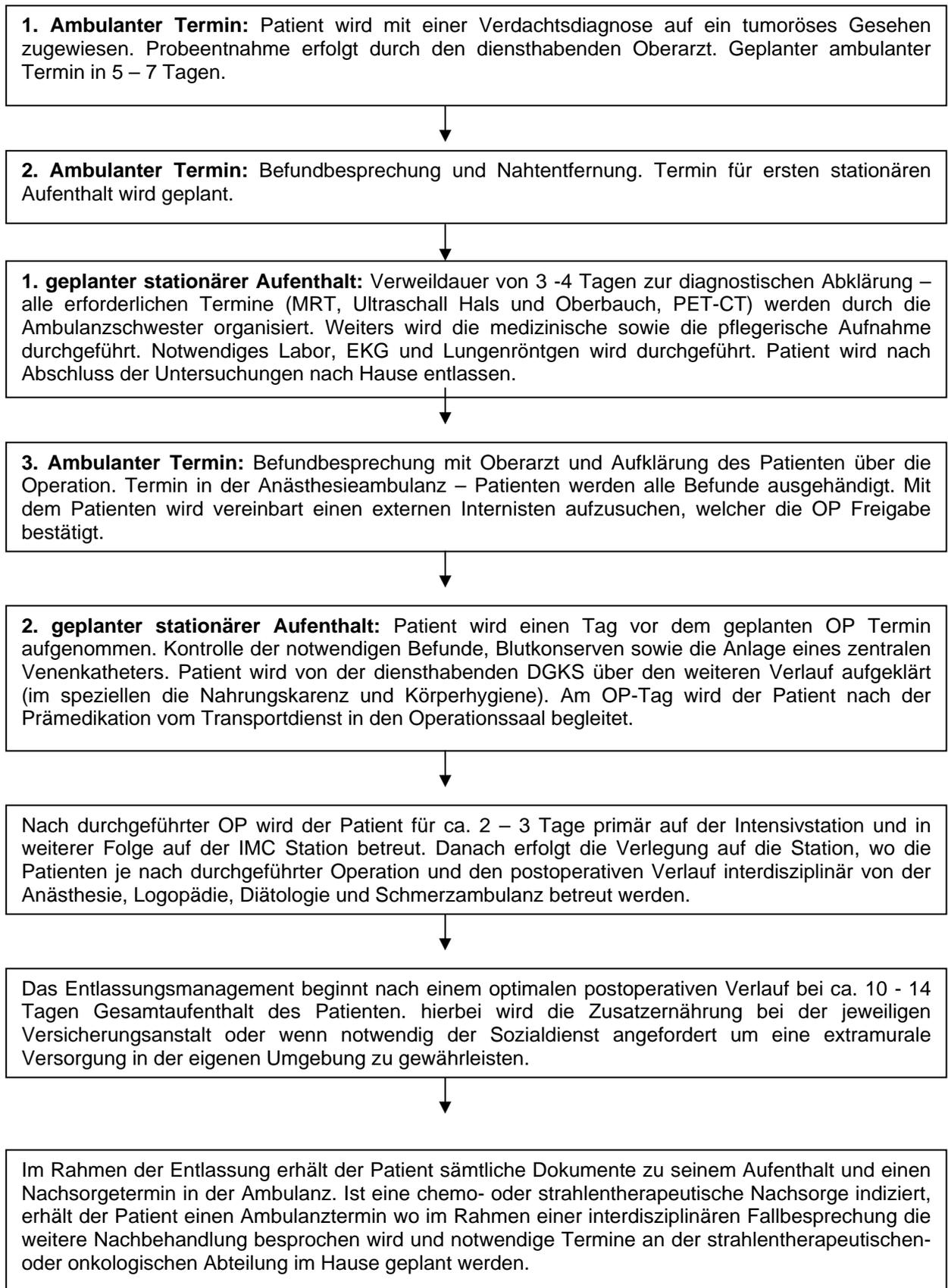


Abbildung 6: Prozess Ist-Analyse „onkologischer Patient“ (Darstellung der Verfasserin, 2012)

Patienten, aber auch deren Angehörige, die eine Diagnose auf ein tumoröses Geschehen erhalten, erleben ein Gefühl der Hilflosigkeit. Zudem sind sie mit medizinischen, psychischen und sozialen Herausforderungen konfrontiert. Um diesen Lebenschnitt zu bewältigen wird ein hoher Bedarf an Koordination und Hilfestellung benötigt.

Diese Darstellung zeigt, dass der onkologische Patient im Mittelpunkt der Kommunikation steht und somit reichhaltige Informationen zu verschiedenen Zeitpunkten von unterschiedlichen Fachabteilungen erhält.

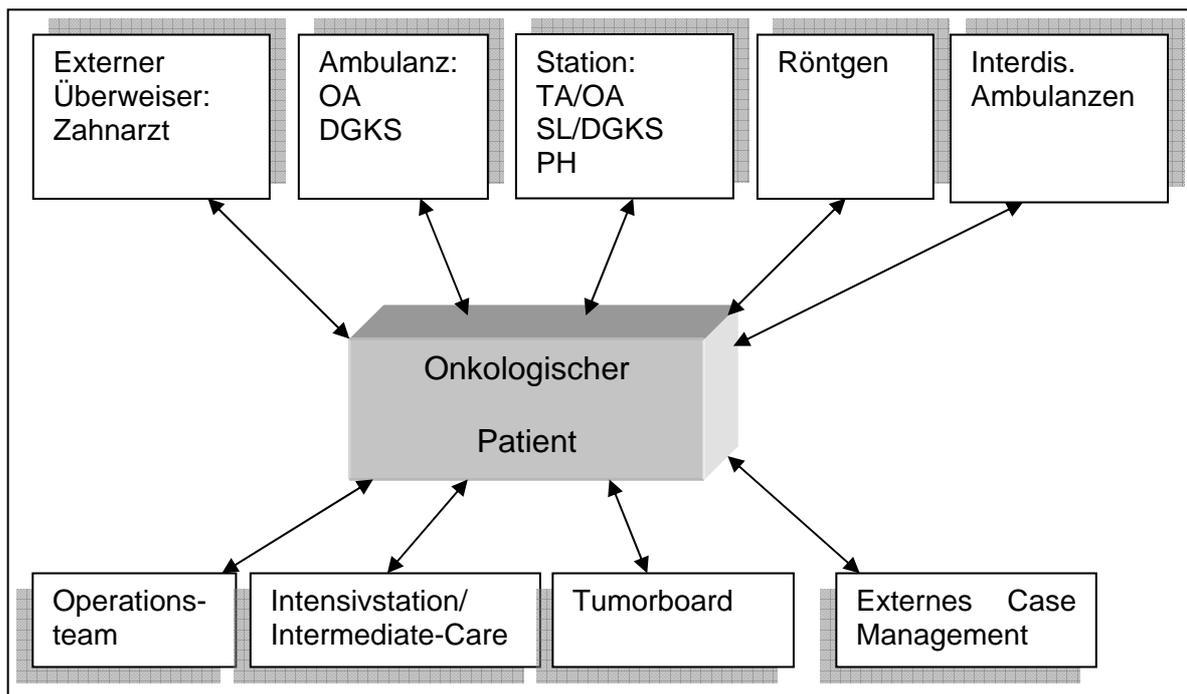


Abbildung 7: Kommunikationsstruktur aus Sicht des Patienten (Darstellung der Verfasserin, 2012)

Erkennbare Verbesserungspotentiale aus der Erhebung dieser Analyse finden sich:

- im Schnittstellenmanagement
- im Behandlungsverlauf
- in der Planung des Entlassungsmanagements
- in der Schaffung von Kooperationen mit externen Partnern, z.B. Selbsthilfegruppen, onkologische Rehabilitation

Die Verantwortungsbereiche der einzelnen Veranlassungen liegen hier in der Medizin wie auch in der Pflege.

7.2 Projektplanung

Nach Anfertigung der Ist-Analyse vom Versorgungsprozess wird eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe installiert, die schwerpunktmäßig am Prozess für den onkologischen Patienten involviert ist. Themen die in dieser Arbeitsgruppe bei der Projektplanung in einem Zeitraum von 8-12 Wochen behandelt werden sollten, sind:

- Welche Ziele sollen durch die Implementierung erreicht werden?
- Erarbeitung eines Behandlungspfades bei der Betreuung von onkologischen Patienten
- Welche Prozesse müssen dadurch auf der Systemebene (Krankenhaus) und Fallebene (Patient) verändert werden?
- Welche unterstützenden Maßnahmen müssen im Sinne des Case Management Prozesses geändert werden?
- Wie erfolgt die neue Zuständigkeitsverteilung? (vgl. Pape/Bostelaar 2009, S. 33)

7.3 Inhaltliche Voraussetzungen für das Konzept

Inhalte des Handlungskonzeptes wären:

- Definition Case Management an der Abteilung für MKG-Chirurgie
- Indikatoren zur Zielüberprüfung, welche sich aus betriebswirtschaftlichen Kennzahlen, Patientenzufriedenheit und Mitarbeiterzufriedenheit zusammensetzen
- Entsprechend dem Behandlungsstandard folgend dem Therapiekonzept, welcher interdisziplinär an der Abteilung festgelegt wurde, wird die Planung durchgeführt. Dadurch gibt es eine klare Trennung von Kompetenzen zwischen Medizin, Pflege und Case Manager.
- Notwendige Vereinbarungen zwischen den einzelnen Berufsgruppen
- Ablaufbeschreibung bezüglich des Aufnahmemanagements, der Prozessbegleitung und des Entlassungsmanagements der Patienten
- Aufgaben des Case Managers (In Anlehnung an das Projekt CM Orthopädie Oberdorfer, 2012)

Nach einer Testphase von ca. 8 Wochen wird eine Zwischenevaluierung durchgeführt, um aufgetretene Probleme und eventuelle Schwachstellen zu bearbeiten. Danach geht das Case Management Konzept in den Echtbetrieb der Abteilung über.

Eine fortlaufende engmaschige Evaluierung der Indikatoren sollte anfangs alle 6 Monate stattfinden.

Eine von der Verfasserin erarbeitete hypothetische Prozessänderung bei der Behandlung von onkologischen Patienten an der Abteilung könnte wie folgt aussehen:

Bei seinem zweiten Besuch in der Ambulanz mit Bekanntgabe der Diagnose wird der Patient dem Case Manager vorgestellt. Vorab wird der Case Manager über den Patientenfall informiert. In enger Zusammenarbeit mit dem ärztlichen Fachpersonal wird der weitere Behandlungsverlauf besprochen und geplant. Unter Rücksichtnahme der Betten- und OP-Kapazität sowie des Dienstplanes des Operators mit seinem Team wird ein Operationstermin festgesetzt.

Trifft der Patient auf den Case Manager, nimmt er ab diesem Zeitpunkt seine Funktionen als „Advocacy“, „Broker“ und „Gate-keeper“ für den Patienten wahr. Es wird ein Assessment erhoben und mit dem Patienten ein Versorgungsplan erstellt, der über den stationären Aufenthalt hinaus geplant wird. Die erhaltenen Informationen über einen Unterstützungsbedarf sowie die notwendigen Untersuchungen während des Behandlungsverlaufes werden an die jeweiligen interdisziplinären Fachabteilungen weitergegeben. Der Patient und eventuell seine begleitenden Angehörigen erhalten erste Informationen über den zu erwartenden Behandlungsablauf, den stationären Aufenthalt und einer eventuellen Veränderung der Lebensqualität nach dem operativen Eingriff.

Während seines stationären Aufenthaltes steht der Case Manager im engen Kontakt mit dem Patienten und der Abteilung um eventuelle Veränderungen im Versorgungsplan zeitgerecht organisieren zu können.

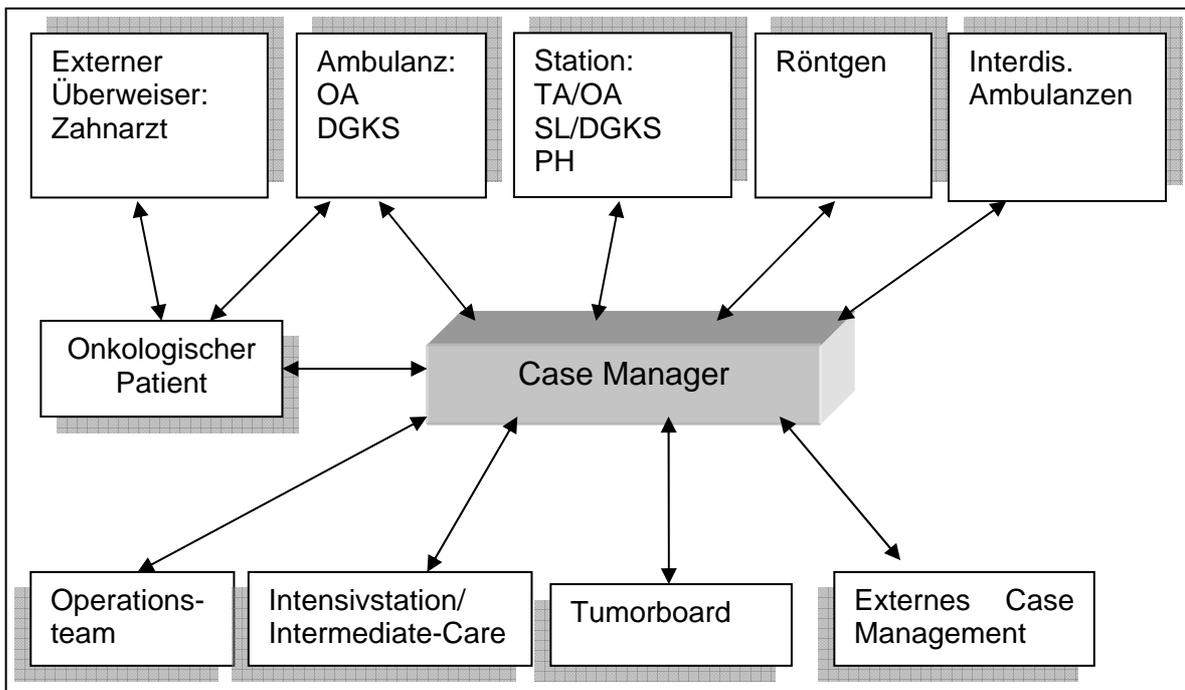


Abbildung 8: Soll-Konzept nach Implementierung eines Case Managers (Darstellung der Verfasserin, 2012)

Auf der Fallebene (Patient) würde der Case Manager dem Patienten als Berater, Begleiter und Organisator in seinem Behandlungsverlauf unterstützend zur Seite stehen, was in Folge zu einer Steigerung der Patientenorientierung und folglich zu einer Patientenzufriedenheit führen würde.

Auf der Systemebene (Krankenhaus) organisiert der Case Manager die notwendigen Therapiemaßnahmen um einen durchstrukturierten Versorgungsablauf zu gewähren und um eventuelle Mehrleistungen zu vermeiden. Dadurch wird eine optimale Verweildauer erzielt und Kosten eingespart (Anm. der Verfasserin).

7.3.1 Aufgaben des Case Managers

Der Case Manager ist fachlich der Medizin unterstellt und aufbauorganisatorisch Mitarbeiter der Pflegedienstleitung. Er arbeitet in der Praxis nach dem, von der Medizin vorgegebenem, Patientenpfad. Somit liegt eine klare Kompetenztrennung vor.

Die Aufgaben in diesem Soll-Konzept bei der Behandlung von onkologischen Patienten wären für den Case Manager:

- Terminierung aller prästationären und stationären Untersuchungen anhand des Behandlungspfades.
- Erhebung des Assessments im Rahmen des Case-Management Regelkreises sowie die Erstellung eines Versorgungsplanes über den stationären Aufenthalt hinaus.
- Teilnahme an den ärztlichen Morgenbesprechungen um über den Patientenfall informiert zu sein
- OP-Planung in Zusammenarbeit mit dem ärztlichen Dienst
- Bettendisposition in Zusammenarbeit mit der Pflege
- Frühzeitiges Einleiten des notwendigen poststationären Unterstützungsbedarfs (Entlassungsmanagement)
- Organisation der poststationären Kontrolltermine
- Übernahme der Überwachung der Verweildauer, der Belegungsdaten, der Auslastung sowie der Fallzahlen (In Anlehnung an das Projekt CM Orthopädie Oberdorfer, 2011)

7.4 Managementanteil der Stationsleitung

Die Anfangs in dieser Abschlussarbeit erwähnten Vereinbarungen im Art. 15a BV-G eine patientenorientierte, rasche, reibungs- und lückenlose Versorgung zu gewährleisten mit entsprechender Qualitätssicherung liegt auch im Interesse und in den Führungsaufgaben einer Stationsleitung.

In ihrem Verantwortungsbereich ist im GuKG § 26 u.a. eine Verbesserung und Sicherstellung der Pflegeorganisation und Pflegequalität, sowie die Zusammenarbeit mit interdisziplinären Einrichtungen verankert (vgl. Weiss-Faßbinder/Lust im Gesundheits- und KrankenpflegeG 2004, S. 76).

Die Implementierung von Case Management an der Abteilung würde durch dessen Einführung zu einer Steigerung der Patientenorientierung und Patientenzufriedenheit führen. Weiters wäre eine Qualitätssteigerung durch die lückenlosen Behandlungsabläufe zu erwarten. Dieser Qualitätsanstieg in der Kundenorientierung würde zu einer positiven Außendarstellung des Klinikums und der Abt. MKG-Chirurgie beitragen.

Die vom Case Manager übernommenen organisatorischen und administrativen Tätigkeiten würden in Folge zu einer Entlastung des Pflegefachpersonals in diesem Arbeitsfeld beitragen. Hier wäre ebenfalls eine Steigerung der Mitarbeiterzufriedenheit zu erwarten (Anm. der Verfasserin).

An der Abteilung wird durch meine Person als Stationsleitung ein kooperativer Führungsstil praktiziert. Die Mitarbeiter werden in die Gestaltung des Stationsalltages und in den täglichen Ablauf miteinbezogen. Durch Einbringung ihrer Ideen und Vorschläge wird versucht die Motivation, die Leistungsfähigkeit sowie deren Selbstständigkeit zu fördern. Diskussionen sind erlaubt, dadurch herrscht eine offene Kommunikationsstruktur. Ziel dieses Führungsstils ist ein angenehmes Arbeitsklima sowie eine Identifikation mit der Abteilung und des Klinikums zu erreichen (vgl. <http://de.wikipedia.org> Führungsstil).

RESÜMEE

Eine Implementierung der Case Management Methode an der Abt. MKG-Chirurgie wäre eine win-win-Situation für alle Patienten und Stakeholder im Klinikum Klagenfurt am Wörthersee.

In dieser Arbeit wurde dargestellt, dass die Methode Case Management wie in Österreich so auch Deutschland (extramural/intramural) mit unterschiedlichen Zielen erfolgreich umgesetzt wurde.

Diese Einführung bedarf jedoch einer genauen Projektplanung und Erarbeitung von Umsetzungsstrategien, um somit einen reibungsfreien Ablauf zu gewähren. Die Erfolge nach einer Einführung sind in der Universitätsklinik Köln zu erkennen: Steigerung der Patientenorientierung, der Qualität und eine optimale Belagsdauer der stationären Aufenthalte, etc., um einige zu nennen. Weiters ist als Voraussetzung sehr wesentlich ein gemeinsames inhaltliches Verständnis von der Case Management Methode zu haben.

Case Management greift in die Organisationsstruktur des Krankenhauses ein, Prozessabläufe werden durchleuchtet und auf ihre Effektivität geprüft. Arbeitsabläufe werden umgestaltet und neu organisiert. Dies setzt voraus, dass alle Berufsgruppen in ihrem Arbeitsbereich flexibler werden und den Patienten/Klienten in den Mittelpunkt ihrer Interessen setzen:

„Erst wenn wir Patienten als Kunden verstehen, sie ins Zentrum unserer Tätigkeiten rücken, uns als Dienstleistungserbringer verstehen, verhalten und letztendlich unsere Arbeit danach organisieren, können die neuen Anforderungen des Gesundheitswesens erfolgreich umgesetzt werden. Dies betrifft ausnahmslos alle Berufsgruppen im Krankenhaus“ (zit. Pape/Bostelaar 2009, S. 31).

Von diesem Verständnis ausgehend und die Einhaltung der beschriebenen Implementierungsstrategie kann eine erfolgreiche Implementierung der Case Management Methode gestaltet werden.

8 LITERATURVERZEICHNIS

Autorenteam: AG Essentials: Rahmenempfehlungen zum Handlungskonzept Case Management. In: Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management e.V. (Hrsg.), Heidelberg/München/Landsberg/Frechen/Hamburg, Economica Verlag, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH, 2009.

Ewers, M.: Case Management im Schatten von Managed Care: Sozial- und gesundheitspolitische Grundlagen. In: Ewers M.; Schaeffer, D. (Hrsg.): Case Management in Theorie und Praxis, 2. Auflage, Bern, Verlag Hans Huber, 2011.

Ewers, M.: Das anglo-amerikanische Case Management: Konzeptionelle und methodische Grundlagen. In: Ewers M.; Schaeffer, D. (Hrsg.): Case Management in Theorie und Praxis, 2. Auflage, Bern, Verlag Hans Huber, 2011.

Ewers, M./Schaeffer D.: Case Management als Innovation im deutschen Sozial und Gesundheitswesen. In: Ewers M.; Schaeffer, D. (Hrsg.): Case Management in Theorie und Praxis, 2. Auflage, Bern, Verlag Hans Huber, 2011.

Nussbaumer, G.: Case Management und prozessorientierte Pflege: Aufgabenbereiche des Case Managements. In: Von Reibnitz, Ch. (Hrsg.): Case Management: praktisch und effizient, Heidelberg, Springer Medizin Verlag, 2009.

Pape, R.: Case Management im Gesundheitswesen. In: Pape, R. et al/Bostelaar R.A. (Hrsg): Case Management im Krankenhaus – Aufsätze zum Kölner Modell in Theorie und Praxis, Hannover, Schülersche Verlagsgesellschaft, 2008.

Pape, R.: Das Kölner Case Management Modell: Entstehungsgeschichte. In: Pape, R. et al/Bostelaar R.A. (Hrsg): Case Management im Krankenhaus – Aufsätze zum Kölner Modell in Theorie und Praxis, Hannover, Schülersche Verlagsgesellschaft, 2008.

Pape, R./Bostelaar R.A.: Case Management als Strategie und die Umsetzung in die Praxis aus Sicht des Managements: Implementierung von Case Management. In: Pape, R. et al/Bostelaar R.A. (Hrsg): Case Management im Krankenhaus – Aufsätze zum Kölner Modell in Theorie und Praxis, Hannover, Schülersche Verlagsgesellschaft, 2008.

Roland, C.: Das Kölner Case Management Modell: Das Konzept und seine Umsetzung. In: Pape, R. et al/Bostelaar R.A. (Hrsg): Case Management im Krankenhaus – Aufsätze zum Kölner Modell in Theorie und Praxis, Hannover, Schülersche Verlagsgesellschaft, 2008.

Thiry, L./Pape, R.: Case Management im Krankenhaus. In: Pape, R. et al/Bostelaar R.A. (Hrsg): Case Management im Krankenhaus – Aufsätze zum Kölner Modell in Theorie und Praxis, Hannover, Schülersche Verlagsgesellschaft, 2008.

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

Weiss-Faßbinder, S./Lust. A: § 26 – Führungsaufgaben. In: Gesundheits- und KrankenpflegeG, idF der GUKG-Novelle 2003, 4. Auflage, Wien, MANZ'sche Verlags- und Universitätsbuchhandlung GmbH, 2004.

Fachzeitschriften

Hierzer, H.: Case Management für Menschen mit erworbener Hirnschädigung – ein Pilotprojekt in Oberösterreich. In: Case Management 1/2009, Economica Verlag, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH, 2009.

Oberdorfer, C.: Erfahrungsbericht Case Management im Klinikum Klagenfurt am Wörthersee; In: Das Österreichische Gesundheitswesen, Schaffler-Verlag, 2012

Pape, R./Rosenbaum, I./Bostelaar, R.A.: Das Kölner Case Management Modell (KCM) am Klinikum der Universität zu Köln. In: Case Management 1/2006. Economica Verlag, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH, 2006.

Internetquellen

http://bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Gesundheitssystem_Qualitaetssicherung/Inhaltliche_rechtliche_Grundlagen/Die_Gesundheitsreform_2005 (Zugriff am: 19.05.2012, 12.35h)

http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/gesundheitsausgaben/index.html (Zugriff am: 19.05.2012, 13.00h)

http://bmgf.cms.apa.at/cms/home/attachments/2/7/1/CH1069/CMS1211801668459/bgbl-15a-vereinbarung_2008.pdf (Zugriff am: 25.05.2012, 14.10h)

http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/1/0/1/CH1071/CMS1136983382893/oesg_2010_-_gesamt_stand_26.11.2010.pdf (Zugriff am: 25.05.2012, 14.25)

http://bmgf.cms.apa.at/cms/home/attachments/1/4/8/CH1164/CMS1098272734729/lkf-broschuere_bmg_2010_nachdruck_2011.pdf (Zugriff am: 25.05.2012, 14.30h)

http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/gesundheitsversorgung/einrichtungen_im_gesundheitswesen/index.html (Zugriff am: 25.05.2012, 16.30.h)

http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/stationaere_aufenthalte/spitalsentlassungen_gesamt/index.html (Zugriff am: 25.05.2012, 16.55h)

<http://www.dgcc.de/wasistcm.html> (Zugriff: 10.06.2012, 16.50h)

<http://www.oegcc.at> (Zugriff am: 28.05.2012, 10.00h)

http://www.oegcc.at/10_Hierzer.pdf (Zugriff am: 20.06.2012, 19.26h)

https://www.oegkk.at/portal27/portal/oegkkportal/channel_content/cmsWindow?p_tabid=5&p_menuid=63566&action=2 (Zugriff am: 28.05.2012, 15.00h)

<http://www.oegcc.at> (Zugriff am: 08.06.2012, 15.50h)

http://kabeg.eu/fileadmin/uploads/KABEG_Portal/KABEG_management/Media_News/Preseaussendungen/2011-10-06_Case-Management_startet_im_Klinikum.pdf (Zugriff am: 12.06.2012, 18.10h)

http://cms.uk-koeln.de/live/presse/content/e161/e1068/09-03-06_PM_10_Managed-Care.pdf (Zugriff am: 13.06.2012, 14.50h)

<http://www.klinikum-klagenfurt.at/mkg.html> (Zugriff am: 12.06.2012, 20.10h)

<http://de.wikipedia.org/wiki/F%C3%BChrungssti> (Zugriff am: 16.07.2012, 13.33h)

9 ANHANG

Projektauftrag			
Projektname:	Implementierung CM an der Abteilung für MKG		
Betrieb:	Klinikum Klagenfurt	Projektstart:	
Gesamtprojekt:		Projektstatus	
Ausgangssituation und Aufgabenstellung:			
<p>Von Seiten der Unternehmensführung wurde die strategische Entscheidung getroffen, Case Management im Verbund einzuführen. Die Ist – Analyse für den onkologischen Patienten wurde bereits abgeschlossen.</p> <p><u>Ziele:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Erstellen eines Konzeptes - Die elektiven onkologischen Patienten werden durch das CM betreut - Reduktion der Verweildauer durch anpassen des Planungsprozesses - Schaffen von einheitlichen standardisierten Patientenpfaden - Aufgaben des Case Manager 			
Erwarteter Nutzen: Beschreibung Kap. 6.2			
Projektphasen:			
<u>1. Phase:</u> Konzepterstellung – Festlegen der notwendigen Rahmenbedingungen			
<u>2. Phase:</u> Übernahme der elektiven onkologischen Patienten durch das CM Optimierung des Belegungsmanagement Durchführen des CM Assessments			
<u>3.Phase:</u> Optimierung der Patientenentlassung/Überleitung Laufende Evaluierung			
Kritische Erfolgsfaktoren: Beschreibung Kap. 6.3			
Projektstart:		Termin:	
Projektende		Termin:	
Meilensteine:		Termin:	
M1	Konzept abgenommen		
M2	Patientenpfad inhaltlich abgeschlossen		
M3	Entlassungsmanagement		
Projektorganisation			
Rolle	Name	Bemerkung	
Projektleitung	Wird definiert		
Kernteam	Wird definiert		