

1 Einleitung

Fachbücher zu Case Management gibt es bereits in ausreichender Zahl. Warum also nun dieses weitere Werk? Aus unserer Sicht fehlte noch ein Buch mit starkem Praxisbezug, das sich vor allem mit der Frage »Wie mache ich das?« auseinandersetzt. Die Inhalte des Buches basieren auf zehn Jahren praktischer Erfahrung. Im Jahr 2004 entschloss sich der Vorstand des Universitätsklinikums Köln, neue Wege im Bereich der stationären Versorgung zu gehen. Ziel war, die Prozesse patientenfreundlicher, effektiver und effizienter zu gestalten. Mit angestoßen wurde dieser Entschluss auch durch das damals neue DRG-Entgeltsystem als wirtschaftliche Herausforderung. Zu den umgesetzten Neuerungen gehörte auch die schrittweise und flächendeckende Einführung eines Case Managements. Begonnen wurde unter anderem in unserer internistischen Abteilung, der Klinik I für Innere Medizin unter der Leitung von Herrn Prof. Dr. med. Michael Hallek.¹ Der damals entwickelte Strategieentwurf des Case Managements wurde in den vergangenen zehn Jahren kontinuierlich weiter entwickelt. Während dieser Zeit ergab sich immer wieder in zahlreichen Gesprächen mit Kollegen und Hospitanten die zentrale Frage, wie Case Management praktisch umgesetzt wird? Wir, die Autoren, waren von Anfang an aus unterschiedlicher Perspektive an der praktischen Umsetzung beteiligt: als Case Managerin der ersten Stunde, als Krankenschwester und als Stationsarzt. Unsere Idee und Motivation war es, die Lücke mit diesem Buch zu füllen. Entspre-

1 Schwerpunkte der Abteilung sind: Hämatologie, Onkologie, klinische Infektiologie, klinische Immunologie, Hämostaseologie und internistische Intensivmedizin.

chend stellen wir auch nicht den Anspruch auf Vollständigkeit des hier vorliegenden Werkes. Der rote Faden, der sich durch dieses Buch zieht, ist der Weg der praktischen Umsetzung von Case Management basierend auf unseren Erfahrungen. Entsprechend beginnt das Buch gleich im Anschluss an diese Einleitung mit einer – sicherlich scharf zugespitzten – Situationsbeschreibung im Krankenhaus vor Einführung eines Case Managements (»Herrschaft des Chaos«). Danach führen wir den Leser durch vorbereitende Prozesse wie beispielsweise Ist- und Soll-Analyse und verdeutlichen diese anhand eines Projektplans. Die darauf folgenden Kapitel zur Umsetzung sind unter anderem ergänzt durch Beispielvorgaben für Behandlungspfade, Zuweisungskriterien-Listen und Assessment-Bogen. Zusätzlich verdeutlichen zwei ausführliche Fallbeispiele aus der Praxis die Probleme und Chancen bei der Einführung eines Case Managements. Der ursprüngliche Strategieentwurf ist inzwischen sicherlich umgesetzt. Allerdings ist die Entwicklung im Case Management längst nicht beendet. Im letzten Teil dieses Buches haben wir die Auswirkungen und die zukünftigen Herausforderungen des Case Managements aus verschiedenen Blickwinkeln beleuchtet.

2 Die Herrschaft des Chaos: Vor Einführung des Case Managements

Der klassische (Irr-)Weg des Patienten vor Einführung eines Case Managements beginnt bereits vor der Aufnahme mit einem Mosaik von verschiedensten Kontaktwegen. Interne und externe zuweisende Ärzte, Patienten und Angehörige richten ihre telefonischen Anfragen an unterschiedliche Kontaktstellen wie z.B. Ärzte, Pflegende, Ambulanzmitarbeiter oder Sekretariate. Die Terminierung der stationären Aufnahmen wird dezentral auf den einzelnen Stationen koordiniert. Die telefonischen Anfragen der Zuweiser landen eher nach dem Zufallsprinzip als zielgerichtet bei einem Facharzt im Haus. Oftmals werden dann die Anamnese und Behandlungsziele der Patienten telefonisch besprochen, ohne dass diese Informationen transparent für alle festgehalten werden. Häufig wird die Indikation für eine stationäre Behandlung gestellt und ein Termin zur Aufnahme vereinbart, die weiteren Stellen werden aber nicht informiert. Am Tag der Aufnahme kommen die Patienten auf Station, es fehlen jedoch feste Ansprechpartner von pflegerischer oder ärztlicher Seite. Nicht selten müssen die ohnehin verunsicherten Patienten viel Zeit im Wartebereich verbringen und wissen nicht, wie es weiter geht. Die Zuständigkeit ist nicht geklärt, der Arzt gerade nicht da und das Zimmer noch belegt.

Andere organisatorische Schwächen wirken sich hier erschwerend aus. Beispielsweise wird die Zahl der freiwerdenden Betten erst im Laufe des Vormittags, meist nach der ärztlichen Visite, ermittelt. Was aus betriebswirtschaftlicher Sicht undenkbar ist, tritt in vielen Fällen ein: Ist am Mittag kein Patient zur stationären Aufnahme angemeldet oder nicht einbestellt, bleiben die freien Betten unbelegt. Verzögert wird die tatsächliche Aufnahme durch weitere administrative Schritte. Viel wertvolle Zeit geht beispielsweise zur Klärung der Aufnahmemodali-

täten wie die administrative Anmeldung seitens der Pflegenden und die Überprüfung der medizinischen Unterlagen auf Vollständigkeit verlor. Das wichtige ärztliche und pflegerische Aufnahmegespräch verzögert sich bis in den Nachmittag oder Abend. An sich planbare Untersuchungen und Therapiekonzepte werden regelmäßig erst während des stationären Aufenthalts festgelegt und verlängern somit die Verweildauer. Damit kommen auch die weiteren Planungsschritte bis hin zur Entlassung immer mehr in zeitlichen Verzug. Die nachstationäre Versorgung wird häufig erst am Entlassungstag besprochen. Nicht selten verlängert sich der Aufenthalt um mehrere Tage, da die pflegerische Unterstützung für zu Hause erst geplant und organisiert werden muss. Die vom ärztlichen oder pflegerischen Team angeforderte Planung und Organisation der häuslichen Versorgung muss der ausgelastete Sozialdienst alleine bewerkstelligen und nicht – wie heute eigentlich Standard – ein spezialisiertes Team bestehend aus dem Überleitungsmanagement, Sozialdienst und Case Management. Die unter Zeitdruck durchgeführte

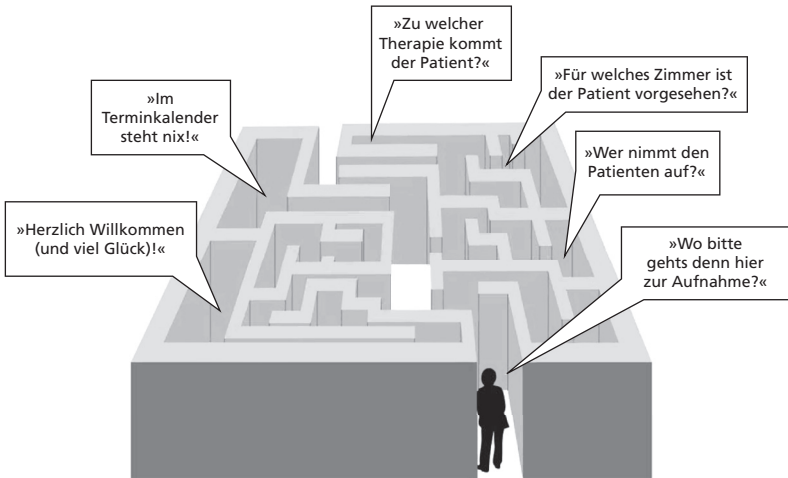


Abb. 2.1: Stationäre Anmeldung eines Patienten vor Einführung eines Case Managements

Quelle: Eigene Darstellung.

Entlassung der Patienten hat nicht selten eine ungeplante Wiederaufnahme zur Folge (»Drehtüreffekt«). Die häufigsten Gründe für die Wiederaufnahme der Patienten liegen in einer unzureichenden Versorgungsplanung für das häusliche Umfeld und überlasteten Angehörigen, die nicht in die »Entlassungsplanung« mit einbezogen werden.

2.1 Was läuft schief im stationären Ablauf?

Das oben beschriebene Chaos herrscht typischerweise in Krankenhäusern vor Einführung eines effizienten Case Managements. Häufig beobachtet man folgende Konstellationen, die dem Einen oder Anderen sicherlich bekannt sein werden:

Die Terminierung der Aufnahmen erfolgt dezentral und ohne stationsübergreifende Koordination. Beispielsweise bestellen Ärzte telefonisch Patienten ein, ohne die Bettenkapazität zu kennen. Dadurch kommt es immer wieder zu Engpässen und Patienten müssen im schlimmsten Fall wieder nach Hause geschickt werden.

Die interdisziplinären Abläufe und Zuständigkeiten sind nicht klar definiert. Wird beispielsweise bei der Visite der Beschluss gefasst, den Sozialdienst einzuschalten und die Zuständigkeiten sind nicht geklärt (»Wer sorgt sich um die Anforderung des Dienstes?«), besteht das Risiko, dass der Sozialdienst entweder gar nicht eingeschaltet oder gleich mehrfach bestellt wird. Entweder fehlt ein Aufnahme- und Entlassungsmanagement gänzlich, oder dieses ist nur rudimentär implementiert. In solchen Fällen erfahren der Patient, die Angehörigen und das restliche Team schlimmstenfalls erst am letzten Tag von der Entlassung. Es kommt zu Verzögerungen (z.B. fehlt der Entlassungsbrief noch) und zu Versorgungseinbrüchen (z.B. die notwendige Unterstützung für zu Hause wurde nicht eingeleitet). Die Behandlungsplanung des Patienten ist nicht transparent dokumentiert und kommuniziert. Häufig ist zwar dem Stationsarzt die geplante Behandlung klar, aber nicht den weiteren Schnittstellen wie beispielsweise Pflorgeteam, Sozialdienst und psychoon-

kologischem Dienst. Als Folge des Informationsdefizits herrschen Unzufriedenheit und das Gefühl, nicht professionell arbeiten zu können, vor. Das bestehende EDV-System inklusive elektronischem Kalender wird nicht konsequent für die Kommunikation und Planung genutzt. Nicht selten hat die Station im Arztzimmer einen Tischkalender, in dem die geplanten Aufnahmen der Station handschriftlich eingetragen werden. Für ein effizientes Aufnahmemanagement ist dies allerdings kontraproduktiv und erlaubt keine stationsübergreifende Planung. Arbeitsabläufe der Berufsgruppen sind nicht aufeinander abgestimmt. Ein Paradebeispiel hierfür sind die nicht abgestimmten Prioritäten der Teams. Beispielsweise entscheidet sich das Ärzteteam früher als geplant zur Visite, während das Pflorgeteam noch mit der Versorgung der Patienten beschäftigt ist. Automatisch kommt es zu Informationsverlusten auf beiden Seiten, da eine gemeinsame Visite nicht stattfindet. Klinische Behandlungspfade mit Zielgrößen wie z. B. mittlerer Verweildauer sind nicht vorhanden oder werden nicht konsequent umgesetzt. Ohne Pfade müssen die interdisziplinären Abläufe, Zuständigkeiten und Interventionen bei der Versorgung typischer Krankheitsbilder immer wieder von Grund auf neu festgelegt werden. Die gezielte Steuerung der Verweildauer steht nicht im Vordergrund. Häufig wird die Bettenkapazität nicht ausgenutzt und Entlassungen verzögern sich ohne medizinischen Grund.

2.2 Wie wirkt sich die fehlende Steuerung aus?

Das Fehlen eines Case Managements hat weitreichende Auswirkungen. Aufgrund unklarer Zuständigkeiten kommt es zur Mehrfachbefragung der Patienten bereits am Aufnahmetag durch Pflegende, Ärzte und Administration. Dadurch wird dem Patienten und Angehörigen die Verantwortung aufgebürdet, alle Behandlungsbeteiligten wiederholt umfassend zu informieren. Nicht abgestimmte Arbeitsabläufe führen häufig zu doppelten Anmeldungen von Untersuchungen und im schlimmsten

ten Fall zu Doppeluntersuchungen. Auch führt die fehlende Steuerung zu unzureichender Auslastung der Bettenkapazität, längerer Verweildauer, höheren Kosten und effektiv zu einer relativen Erlösminderung. Ein unzureichendes Entlassungsmanagement führt zu nachstationären Versorgungsproblemen und in der Folge zu ungeplanten Wiederaufnahmen. Die hohe Anzahl von ungeplant wiederkehrenden Patienten erschwert wiederum die Aufnahme von elektiv geplanten Aufnahmen und kann z. B. durch Fallzusammenlegungen finanzielle Verluste verursachen. Diese Ablaufstörungen wirken sich letztendlich auch negativ auf das Vertrauen und die Zufriedenheit der Patienten und Angehörigen im Krankenhaus aus. Seit der Gesundheitsreform 2000 mit der Einführung eines deutlich leistungsorientierterem Vergütungssystems und dem »Aus« für tagessatzorientiertes Denken haben sich die Rahmenbedingungen ökonomisch, gesetzlich, demografisch, strukturell und sozialkulturell maßgeblich verändert. Um den stetig steigenden Kostendruck der Erlössteigerung, der Kostensenkung und dem Wettbewerb um Patienten und Zuweiser stand zu halten und dabei gleichzeitig qualitativ hochwertige Leistungen zu erbringen, wird von allen Krankenhäusern ein Umdenken sowohl auf organisatorischer als auch auf struktureller Ebene gefordert. Die oben beschriebenen Probleme und deren Auswirkungen können sich die Krankenhäuser als leistungs- und betriebswirtschaftlich orientierte Unternehmen längerfristig nicht mehr leisten. Prozessoptimierung, Umstrukturierung, Restrukturierung, Schließung und Sanierung sind nur einige Schlagwörter, die in den letzten Jahren in den Krankenhäusern das Geschehen bestimmen, um den Krankenhaussektor effektiver und effizienter zu gestalten. Eine konstruktive und zukunftsweisende Lösung im Rahmen der Umstrukturierung ist die Einführung von Case Management.

3 Rahmenbedingungen für das Case Management

Bevor die ersten Schritte der Umsetzung wie beispielsweise die Konzepterstellung eingeleitet werden, sollten einige zentrale Eckdaten erhoben und personelle und strukturelle Voraussetzungen geschaffen werden. Dazu gehören eine Personalplanung, die Klärung der räumlichen Unterbringung, die Einbindung ins hierarchische Gefüge, die Tätigkeitsbeschreibung des zukünftigen Aufgabengebietes sowie die Beschreibung der erwarteten Kompetenzen.

3.1 Personalbedarfsplanungen

Hier sollten die personellen Voraussetzungen festgelegt werden, die zur Einführung eines Case Managements notwendig sind. Case Management ist im deutschen Gesundheitssystem ein recht junges Berufsfeld. Daher liegen bisher keine umfassenden Daten zur Personalbedarfsplanung vor. Grundsätzlich orientiert sich die Personalplanung am Umfang der zu erfüllenden Aufgaben und Tätigkeiten (►Kap. 3.3).

Tipp: Zuerst werden Tätigkeiten und Voraussetzungen zur Erfüllung der Aufgaben festgelegt, danach erfolgt die Personalbedarfsplanung!

Folgende Aspekte sind bei der Bedarfsanalyse zu berücksichtigen:

- Die Anzahl der Aufnahmen pro Tag
- Die Dauer des Aufnahmegesprächs und des Assessments
- Die Dauer der Übergabe pro Patient
- Die Anzahl und Dauer der Telefonate pro Tag
- Der Zeitaufwand der Bettenkoordination
- Der Zeitaufwand für die Organisation von den unterschiedlichsten Untersuchungen
- Der Zeitaufwand für das Monitoring der Patienten während des stationären Aufenthalts
- Der Zeitaufwand für die Teilnahme an Team- und Fallbesprechungen
- Der Zeitaufwand für die Netzwerkpflege
- Der Zeitaufwand für die Erhebung von Statistiken

Der geschätzte Patientenumsatz und der Umfang der Tätigkeiten erlauben eine Personalbedarfsermittlung. Die Mindestbesetzung sollte immer ein Case Manager inklusive Vertretung pro Fachbereich sein. Es ist wichtig, dass die Position Case Management kontinuierlich besetzt ist. Ist dies nicht möglich, so kann die Umsetzung des Projekts ernsthaft gefährdet sein und der Misserfolg ist vorprogrammiert. Welche Berufsgruppe (Arzt, Pflege, Sozialdienst etc.) die Position des Case Managements einnimmt, kann krankenhausesindividuell unterschiedlich ausfallen. Erfahrungsgemäß wird die Position von erfahrenen Pflegekräften besetzt, da insbesondere die pflegerischen neben den medizinischen Problemen im Vordergrund stehen.

3.2 Strukturelle Voraussetzungen

Zwei zentrale Fragestellungen sollten im Vorfeld immer geklärt werden: Wie ordnet man das Case Management in Hinblick auf die Klinikhierarchie ein und wo befindet sich der zukünftige Arbeitsplatz?

3.2.1 Arbeitsplatz

Neben dem notwendigen Personal ist es erforderlich, dass das Case Management einen räumlich getrennten und gleichzeitig nahe an der stationären Versorgung gelegenen Arbeitsplatz hat. Die Nähe zur Patientenversorgung ist für die Tätigkeit unbedingt nötig, denn nur so kann das Aufnahmegespräch und Assessment der Patienten und Angehörigen in persönlicher Atmosphäre gestaltet werden. Weitere Vorteile der Vor-Ort-Präsenz sind die schnellen Kommunikationswege innerhalb des Behandlungsteams und die bessere Prozesssteuerung.

Der Arbeitsplatz sollte folgende Mindestausstattung umfassen:

- Schreibtisch mit Bürostuhl
- Mindestens zwei Stühle für Gesprächsteilnehmer
- Stauraum für Akten
- Technische Infrastruktur wie Computer mit Internetzugang, Multifunktionsdrucker, Telefonanlage bestehend aus Festnetz- und Mobilgerät sowie ein Personensuchgerät (Pager)
- Büromaterial

3.2.2 Hierarchische Einordnung in die Krankenhausstruktur

Vor Einführung des Case Managements sollten die hierarchischen Strukturen vom klinischen Vorstand festgelegt und im Klinikorganigramm abgebildet werden. Es muss fachübergreifend geklärt sein, wie das Case Management organisatorisch eingebunden ist und wer welche Weisungsbefugnisse hat. Eine Möglichkeit ist, das Case Management als Stabstelle der Pflegedirektion zu unterstellen (►Abb. 3.1 Variante A). Je nach Mitarbeiteranzahl untersteht der Pflegedirektion eine zwischengeschaltete Case Management Leitung, die im Auftrag der Direktion handelt. Der Klinikdirektor der jeweiligen Abteilung besitzt die Weisungsbefugnis in medizinisch-fachlichen Angelegenheiten. Eine weitere Möglichkeit ist, das Case Management direkt dem Klinikdirektor zu unterstellen (►Abb. 3.2 Variante B). Grundsätzlich gilt, dass über-