

Hochschule Neubrandenburg

Fachbereich Gesundheit und Pflege

Studiengang Gesundheitswissenschaften

CASE MANAGEMENT IM KRANKENHAUS

-EIN INSTRUMENT ZUR KOSTEN- UND QUALITÄTSSTEUERUNG-

Bachelorarbeit

zur

Erlangung des akademischen Grades

Bachelor of public health and administration

Vorgelegt von: Christin Haack
Matr.-Nr.: 172805
Stavenerstr. 76
17034 Neubrandenburg

Betreuer: Prof. Dr. Oppermann
Dr. Seider

Tag der Einreichung: 14.04.2008

URN: urn:nbn:de:gbv:519-thesis 2008-0084-8

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
1.1	Problemstellung.....	1
1.2	Ziel und Gliederung der Arbeit	2
2	Methodik der Recherche.....	3
3	Die derzeitige Situation im deutschen Gesundheitssystem.....	4
3.1	Die Gesundheitsausgaben in Deutschland	4
3.1.1	Die Entwicklung der Gesundheitsausgaben	4
3.1.2	Gründe für den Anstieg der Gesundheitsausgaben	8
3.2	Der Krankenhaussektor	11
3.2.1	Das Krankenhaus und seine Funktionen	12
3.2.2	Die wirtschaftliche Bedeutung des Krankenhaussektors	15
3.3	Die Folgen der DRG-Einführung	17
4	Das Konzept „Case Management“	19
4.1	Definition und Zielsetzung.....	19
4.2	Historische Entwicklung	22
4.3	Case Management Konzepte	25
4.4	Funktionen des Case Managements	26
4.4.1	Die Gate-Keeper Funktion	27
4.4.2	Broker Funktion	28
4.4.3	Advocacy Funktion	30
4.5	Phasen des Case Managements	31
5	Fallbeispiele: Implementierung des Case Management Konzeptes.....	37
5.1	Case Managements in einem Kreis-Krankenhaus.....	37
5.2	Case Management am Klinikum der Universität zu Köln	43
6	Fazit	45

7	Literaturverzeichnis.....	47
8	Eidesstattliche Erklärung.....	50

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Entwicklung der Gesundheitsausgaben in Deutschland (nominal).....	5
Abb. 2: Gesundheitsausgaben 2003 nach Ausgabenträgern in Mrd. Euro.....	6
Abb. 3: Lebenserwartung bei Geburt	9
Abb. 4: Altersaufbau in Deutschland 2005 und 2030	10
Abb. 5: Krankenhausleistungen	13
Abb. 6: Das System der Krankenversorgung	14
Abb. 7: Case Management Regelkreis	32
Abb. 8: Aufnahmekriterien für Case Management	33

Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Gesundheitsausgaben 2003 nach Leistungsarten und Einrichtungen	7
Tab. 2: Krankenhäuser, Betten, behandelte Patienten und Ø Verweildauer	15
Tab. 3: Zeitperioden der Case Management Ziele	21
Tab. 4: Klassifizierung von Case Management Konzepten	25
Tab. 5: Orientierung des Case Managements nach Moxley.....	26
Tab. 6: Zielsystem	38
Tab. 7: Ergebnis der Nutzwertanalyse	39
Tab. 8: Einführungskosten des zentralen Case Managements	39
Tab. 9: Jährliche laufende Kosten	40
Tab. 10: Kosten einer Station	41
Tab. 11: Kostenverlauf bei der Einführung des zentralen Case Managements.....	42

1 Einleitung

1.1 Problemstellung

„Veränderungen muss man mit Veränderung begegnen. Wer sich Veränderungen entgegenstemmt, wird früher oder später zerstört, wie der härteste Fels in der Brandung. Wer sich allerdings mit der Strömung treiben lässt, der läuft Gefahr, irgendwann im Sturm auf die Klippen geworfen zu werden und dort zu zerschellen.“
(Franke 2007, S.11)

Das deutsche Gesundheitssystem unterliegt derzeit einem solchen grundlegenden Veränderungsprozess. Ausgelöst und hervorgerufen wurde dieser Strukturwandel durch die steigenden Kosten im Gesundheitswesen, dem wachsendem Unmut der Leistungserbringer und dem Wunsch der Menschen nach mehr Gesundheitsdienstleistungen (vgl. Debatin 2006, S. XVII).

Trotz zahlreicher Versuche des Gesetzgebers, die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen nicht außer Kontrolle geraten zu lassen, steigen die Ausgaben nahezu stetig. Besonders der Krankenhaussektor stand auf Grund seiner relativ hohen Kosten, von 34,1 % der Gesamtausgaben, im Fokus der gesetzlichen Reformbemühungen. Ein gesetzgeberischer Meilenstein auf diesem Weg war die Einführung der deutschen Diagnosis Related Groups (DRGs). Ohne, dass es zu den befürchteten „blutigen Entlassungen“ gekommen ist, wurde die durchschnittliche Liegezeit in deutschen Krankenhäusern von 9,7 Tagen im Jahr 2000 auf 8,5 Tage im Jahr 2005 gesenkt. Analog wurden verstärkt Betten abgebaut und die technischen Infrastrukturen vieler Krankenhäuser für ambulante Diagnostik und Therapien umgerüstet (vgl. Debatin 2006, S. XVIII).

Auf der anderen Seite muss bedacht werden, dass durch die Einführung der DRGs auch der Wettbewerb zwischen den Krankenhäusern deutlich verstärkt wurde. Krankenhäuser müssen sich nun zunehmend als Unternehmen verstehen und sich in einem konkurrierenden Umfeld positionieren. Aus diesem Grund ergibt sich die

Notwendigkeit über Qualität, Leistung und Preis Wettbewerbsfähigkeit zu erlangen, um den steigenden Konkurrenzdruck zwischen den Krankenhäusern standhalten zu können (vgl. Eichhorn/ Greiling. 2003, S. 31).

Auf Grund der zunehmenden Ökonomisierung und dem wachsendem Wettbewerbsdruck wird es immer wichtiger Managementinstrumente in den Krankenhausalltag einzuführen, um am Markt bestehen zu können. Da das Case Management im Gesundheitswesen als Innovation gilt und seit einiger Zeit auch in Deutschland an Popularität gewonnen hat, habe ich mich in der vorliegenden Arbeit eingehend mit dieser Thematik auseinandergesetzt.

1.2 Ziel und Gliederung der Arbeit

Ziel dieser Arbeit soll es sein, darzulegen, dass es auf Grund der derzeitigen Situation im deutschen Gesundheitssystem wichtig ist, neue Instrumente zur Kosten- und Qualitätssteuerung im Krankenhaussektor zu implementieren. Aus diesem Grund geht es zunächst um die aktuellen Gegebenheiten im deutschen Gesundheitswesen. Dabei wird auf die enormen und stetig zunehmenden Gesundheitsausgaben aufmerksam gemacht, sowie auf die Ursachen, welche dieser Entwicklung zugrunde liegen. Anschließend wird der Krankenhaussektor, seine Funktionen sowie seine wirtschaftliche Bedeutung vorgestellt. Es soll darauf aufmerksam gemacht werden, dass es speziell im Krankenhauswesen zu Veränderungen kommen muss, da es auf Grund der Größe und der Ausgabenentwicklung einen sehr wichtigen Part im deutschen Gesundheitssystem einnimmt. Anschließend werden die Folgen der DRG-Einführung erörtert. Es soll veranschaulicht werden, dass mit dem neuen Finanzierungssystem zwar Kosten gespart werden können, die Krankenhausorganisation jedoch angepasst werden muss und neue Instrumente implementiert werden müssen, um dieser neuen Herausforderung gerecht zu werden. Daraufhin wird das Case Management Modell, einschließlich Zielsetzung und Funktion, näher erläutert und es werden Fallbeispiele vorgestellt, in denen es um die Effizienz dieses Konzeptes geht. Abschließend werden die Erkenntnisse und Schlussfolgerungen im Fazit zusammengefasst.

2 Methodik der Recherche

Die Idee, sich mit dem Thema Case Management, im Rahmen der Bachelorarbeit auseinanderzusetzen, entstand während meines Praxissemesters im medizinischen Controlling des Dietrich-Bonhoeffer-Klinikums in Neubrandenburg. Zu diesem Zeitpunkt gab es viele Diskussionen und Gespräche bezüglich der Implementierung des Case Management Konzeptes, da die Ausbildung der Case Manager anstand. Daher entwickelte sich langsam der Gedanke, sich näher mit dieser Thematik zu beschäftigen und es zum Thema meiner Bachelorarbeit zu machen.

Nachdem ich mich mit den Grundlagen dieses Konzeptes vertraut gemacht habe, begann die gezielte Literaturrecherche in der Bibliothek der Hochschule Neubrandenburg. Schnell wurde deutlich, dass das Case Management ein sehr weitläufiges Thema ist und in vielen Bereichen angewendet wird. Daraufhin nahm ich eine Themeneingrenzung vor, in dem ich beschloss, mich auf die Implementierung des Case Managements im Krankenhaus zu konzentrieren. Weiterhin verschaffte ich mir durch die Hochschulbibliothek, Fernleihe und das Internet fundierte Informationen zu dieser Thematik. Speziell bei der Recherche nach Krankenhäusern, die das Case Management bereits erfolgreich eingeführt und die Auswirkungen ausgewertet haben, bot das Internet eine große Hilfe. Des Weiteren konnte ich dem Fachmagazin „Die Krankenhaus Umschau“ wichtige Informationen entnehmen.

Mit der Zeit entwickelten sich spezifische Vorstellungen, mit welchen Themen und Grundsätzen ich mich im Rahmen der Bachelorarbeit auseinandersetzen möchte. Mir wurde schnell bewusst, dass es nicht genügt, nur das Case Management und entsprechende Anwendungsbeispiele zu betrachten. Genauso wichtig ist es, sich mit den Rahmenbedingungen des Gesundheitssystems zu befassen, da nur so verdeutlicht werden kann, wie wichtig es ist Managementinstrumente in den Krankenhausalltag zu implementieren, die es ermöglichen gleichzeitig die Gesundheitsausgaben zu senken, ohne den Verlust der Qualität hinnehmen zu müssen.

3 Die derzeitige Situation im deutschen Gesundheitssystem

Die Gesundheitsbranche nimmt in Deutschland eine erhebliche ökonomische und gesellschaftliche Bedeutung ein. Debatin (2006, S. XV) macht darauf aufmerksam, dass die Gesundheitsindustrie Deutschlands größter Arbeitgeber ist. Bekanntermaßen ist jeder neunte Arbeitnehmer, davon 70 % Frauen, im Gesundheitssektor tätig. Weiterhin ist zu beachten, dass diese über 11 % des Bruttosozialproduktes erwirtschaften und somit zu einer stetigen Verlängerung der Lebenserwartung beitragen. Dies wiederum ist ein Grund für die konstant zunehmenden Gesundheitsausgaben.

In dem folgenden Abschnitt geht es unter anderem um die Entwicklung der dauerhaft ansteigenden Gesundheitsausgaben und deren Gründe. Des Weiteren werden die Folgen der DRG-Einführung thematisiert, sowie die Funktionen und die wirtschaftliche Bedeutung des deutschen Krankenhaussektors.

3.1 Die Gesundheitsausgaben in Deutschland

„Die Ausgaben für die Gesundheit fassen die finanziellen Aufwendungen einer Gesellschaft für den Erhalt und die Wiederherstellung der Gesundheit ihrer Mitglieder zusammen.“ (Statistisches Bundesamt 2006, S. 191)

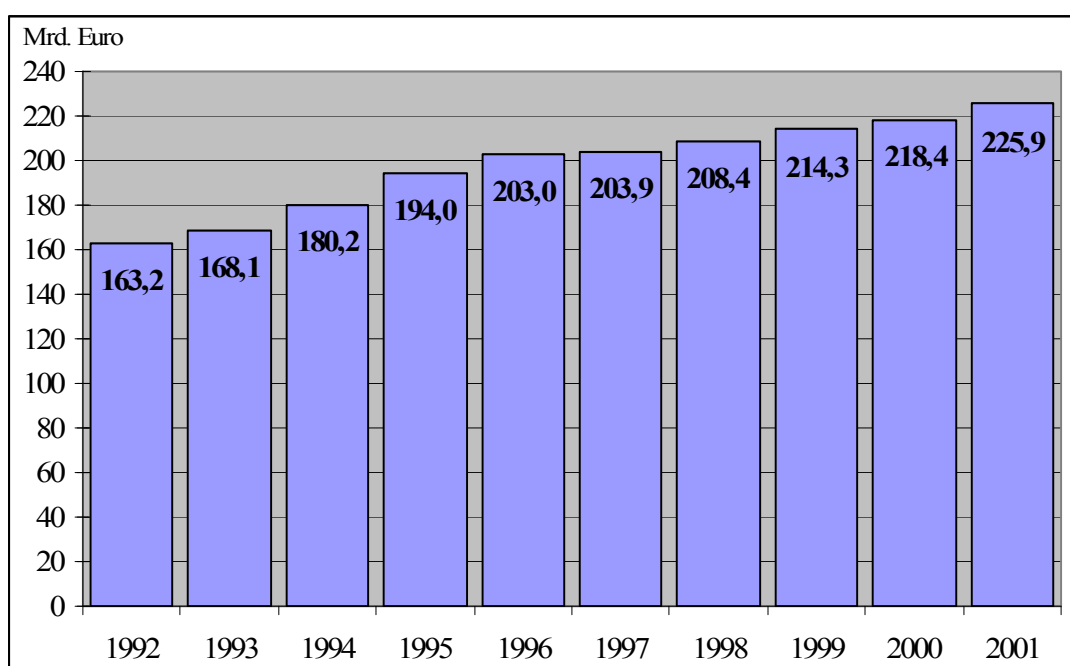
3.1.1 Die Entwicklung der Gesundheitsausgaben

Weiterhin macht das Statistische Bundesamt (2006, S. 191) darauf aufmerksam, dass in Deutschland, im Jahr 2003, insgesamt 239,7 Milliarden Euro für Gesundheitsleistungen ausgegeben wurden. Zwischen den Jahren 1992 und 2002 sind die Gesundheitsausgaben von 163,2 Milliarden Euro um insgesamt 76,6 Milliarden Euro gestiegen. Dies entspricht einem Anstieg von 47 %. Ausschlaggebend für die hohen Gesundheitsausgaben im Jahr 1992 und die nachfolgenden Ausgabenanstiege bis zum Jahr 1996 waren die Folgekosten der

Wiedervereinigung. Demnach lagen, laut Weinmann und Zifonun (2003, S.520), die Ausgabensteigerungen zwischen 1993 und 1995 bei über sieben Prozent.

Zifonun (2002, S. 597) fügt ergänzend hinzu, dass die verschiedenen Gesetzesmaßnahmen einen großen Einfluss auf die Entwicklung der Gesundheitsausgaben ausübte. So wurde 1992 das Gesundheitsstrukturgesetz beschlossen, wodurch die Gesundheitsausgaben zunächst deutlich gesenkt werden konnten. Wiederum kam es durch die Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung im Jahr 1995, infolge des erweiterten Leistungsumfanges, zu einem Anstieg der Gesundheitsausgaben. Nachdem die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung erneut Anstiegen, wurden 1997 mit Hilfe des Beitragsentlastungsgesetzes und dem GKV-Neuordnungsgesetz weitere Kostendämpfungsmaßnahmen ergriffen. Zumindest zeitweise konnte so die starke Zunahme der Gesundheitsausgaben, in den betroffenen Leistungsbereichen, beeinflusst werden. Die Zunahmen schwächten sich spürbar ab und betrugen seit 1997 jährlich zwischen zwei und vier Prozent. In der folgenden Abbildung wird die zuvor beschriebene Entwicklung der Gesundheitsausgaben, zwischen 1992 und 2001, graphisch dargestellt.

Abb. 1: Entwicklung der Gesundheitsausgaben in Deutschland (nominal)

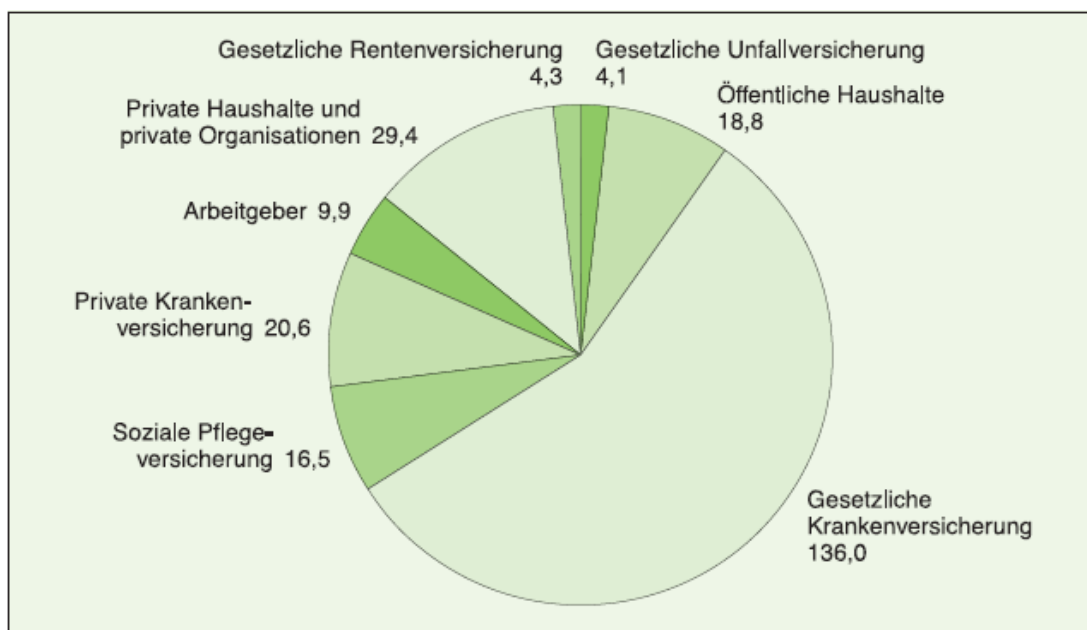


(Quelle: vgl. Zifonun 2002, S. 597)

Die Gesundheitsausgaben können aus verschiedenen Perspektiven betrachtet werden. Aus diesem Grund geht es zunächst um die Ausgaben der Ausgabenträger, anschließend um die Kosten die von den verschiedenen Leistungsarten erbracht werden und schließlich um die unterschiedlichen Einrichtungen des Gesundheitswesens und ihre finanziellen Aufwendungen.

Traditionell ist die gesetzliche Krankenversicherung der größte Ausgabenträger in Deutschland. Im Jahr 2003 beanspruchte sie 136 Milliarden Euro. Dies entspricht rund 57 % der gesamten Gesundheitsausgaben. In dem Zeitraum von 1992 bis 2003 stiegen die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung um 37,1 Milliarden Euro. Dieser Anstieg entspricht einer durchschnittlichen Steigerungsrate von 2,9 % pro Jahr. Weiterhin macht das Statistische Bundesamt darauf aufmerksam, dass die privaten Haushalte und die privaten Organisationen ohne Erwerbszweck mit 29,4 Milliarden Euro der zweitgrößte Ausgabenträger in Deutschland ist. Zwischen 1992 und 2003 haben sich diese Ausgaben um 12 Milliarden Euro bzw. durchschnittlich 4,9 % pro Jahr erhöht (vgl. Statistisches Bundesamt 2006, S. 192f). Weitere Angaben zu den Gesundheitsausgaben nach Ausgabenträgern kann der folgenden Abbildung entnommen werden.

Abb. 2: Gesundheitsausgaben 2003 nach Ausgabenträgern in Mrd. Euro



(Quelle: Statistisches Bundesamt 2006, S. 191)

Laut Statistischem Bundesamt (2006, S. 193) werden Arzneimittel (inkl. Verbandmittel), Hilfsmittel, Zahnersatz sowie sonstiger medizinischer Bedarf als „Waren“ bezeichnet. Diese haben im Jahr 2003 Ausgaben von 64,1 Milliarden Euro verzeichnet. Das entspricht einem Anteil von rund 27 % der gesamten Gesundheitsausgaben und liegt somit knapp vor den Ausgaben für ärztliche Leistungen (62,3 Milliarden Euro). Weinmann und Zifonun (2003, S. 521) fügen hinzu, dass die Ausgaben für pflegerische und therapeutische Leistungen in dem Zeitraum von 1992 bis 2001 besonders stark angestiegen sind. Hierbei ist eine Zunahme von 21,3 Milliarden Euro zu verzeichnen bzw. ein durchschnittlicher jährlicher Anstieg von 6,1 %.

Abschließend werden die Gesundheitsausgaben in Hinblick auf die verschiedenen Einrichtungen des Gesundheitswesens betrachtet. Im Jahr 2003 wurden insgesamt 111,9 Milliarden Euro für Leistungen der ambulanten Einrichtungen (z.B. Arztpraxen, Zahnarztpraxen und Apotheken) ausgegeben. Das entspricht einem Anteil von 47 % gemessen an den gesamten Gesundheitsausgaben. Dem gegenüber stehen 91 Milliarden Euro, welche für Leistungen der stationären und teilstationären Einrichtungen aufgewendet werden mussten. Ebenso wie in anderen Bereichen ist auch hier ein starker Anstieg der Ausgaben für ambulante, stationäre und teilstationäre Einrichtungen, im Zeitraum von 1992 bis 2003, zu verzeichnen (vgl. Statistisches Bundesamt 2006, S. 193).

Das Statistische Bundesamt hat hierzu eine Tabelle entwickelt, welche eine Aufstellung der unterschiedlichen Gesundheitsausgaben, unterteilt nach Leistungsart und Einrichtung, für das Jahr 2003 vornimmt.

Tab. 1: Gesundheitsausgaben 2003 nach Leistungsarten und Einrichtungen

	Mrd. EUR	%
<i>Leistungsarten</i>		
Prävention/Gesundheitsschutz	11,1	4,6
Ärztliche Leistungen	62,3	26,0
Pflegerische und therapeutische Leistungen	54,7	22,8
Ausgleich krankheitsbedingter Folgen	4,8	2,0
Unterkunft und Verpflegung	15,0	6,3

Waren	64,1	26,7
davon: Arzneimittel	37,5	15,6
Hilfsmittel	12,7	5,3
Zahnersatz	6,2	2,6
Sonstiger medizinischer Bedarf	7,7	3,2
Transporte	4,0	1,7
Verwaltungsleistungen	13,2	5,5
Forschung	2,5	1,0
Ausbildung	1,9	0,8
Investitionen	6,2	2,6
<i>Einrichtungen</i>		
Gesundheitsschutz	4,5	1,9
Ambulante Einrichtungen	111,9	46,7
dar.: Arztpraxen	32,5	13,6
Zahnarztpraxen	15,1	6,3
Apotheken	33,0	13,8
Stationäre und teilstationäre Gesundheitsversorgung	91,0	38,0
Krankenhäuser	64,7	27,0
stationäre und teilstationäre Pflege	17,2	7,2
Rettungsdienste	2,5	1,0
Verwaltung	14,2	5,9
Sonstige Einrichtungen und private Haushalte	9,1	3,8
Ausland	0,4	0,2
Investitionen	6,2	2,6
<i>Gesundheitsausgaben</i>	239,7	100

(Quelle: Statistisches Bundesamt 2006, S. 192)

Nachdem verdeutlicht wurde, wie sich die Gesundheitsausgaben über die Jahre entwickelt haben und wo die höchsten Ausgaben zu verzeichnen sind, ist es wichtig sich mit den Gründen dieser Entwicklung auseinanderzusetzen.

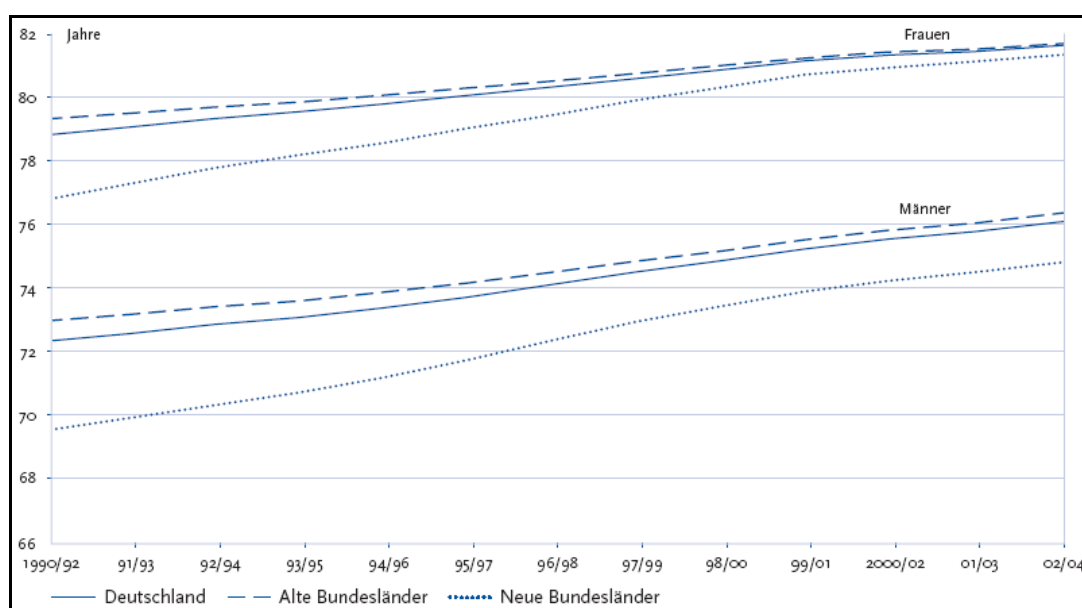
3.1.2 Gründe für den Anstieg der Gesundheitsausgaben

Wie bereits erwähnt, ist das Gesundheitswesen nicht nur ein enormer Motor für Wachstum und Beschäftigung sondern auch ein Kostenfaktor. Die OECD geht davon aus, dass sich die staatlichen Gesundheitsausgaben bis zum Jahr 2050 verdoppeln werden (vgl. Franke 2007, S. 21). Aus diesem Grund werden im folgenden Abschnitt die Ursachen für die Zunahme der Gesundheitsausgaben näher erläutert.

Ein ausschlaggebender Grund für die stetig wachsenden Gesundheitsausgaben ist die Zunahme der Lebenserwartung. Das Statistische Bundesamt macht darauf aufmerksam, dass in Deutschland bereits seit 130 Jahren ein kontinuierlicher Rückgang der Sterblichkeit und ein Anstieg der Lebenserwartung zu beobachten ist.

Die Gründe für diese Entwicklung liegen im Fortschritt der medizinischen Versorgung, der Hygiene, der Ernährung, der Wohnsituation sowie in verbesserten Arbeitsbedingungen und dem wachsendem Wohlstand der Bevölkerung. Im Deutschen Reich betrug 1871/1881 die durchschnittlich zu erwartende Lebensdauer bei Geburt für Jungen 35,6 Jahre und für Mädchen 38,4 Jahre. Seit dem hat sich die Lebenserwartung bei Geburt mehr als verdoppelt, wenn die unterschiedlichen Gebietsstände vernachlässigt werden. Das Statistische Bundesamt teilt diesbezüglich mit, dass ein 2004 geborenes Mädchen eine Lebenserwartung von 81,5 Jahren und ein Junge von 75,9 Jahren hat (vgl. Eisenmenger et al. 2006, S. 36f). Die folgende Abbildung verdeutlicht diese Entwicklung im Zeitraum von 1990 bis 2004.

Abb. 3: Lebenserwartung bei Geburt

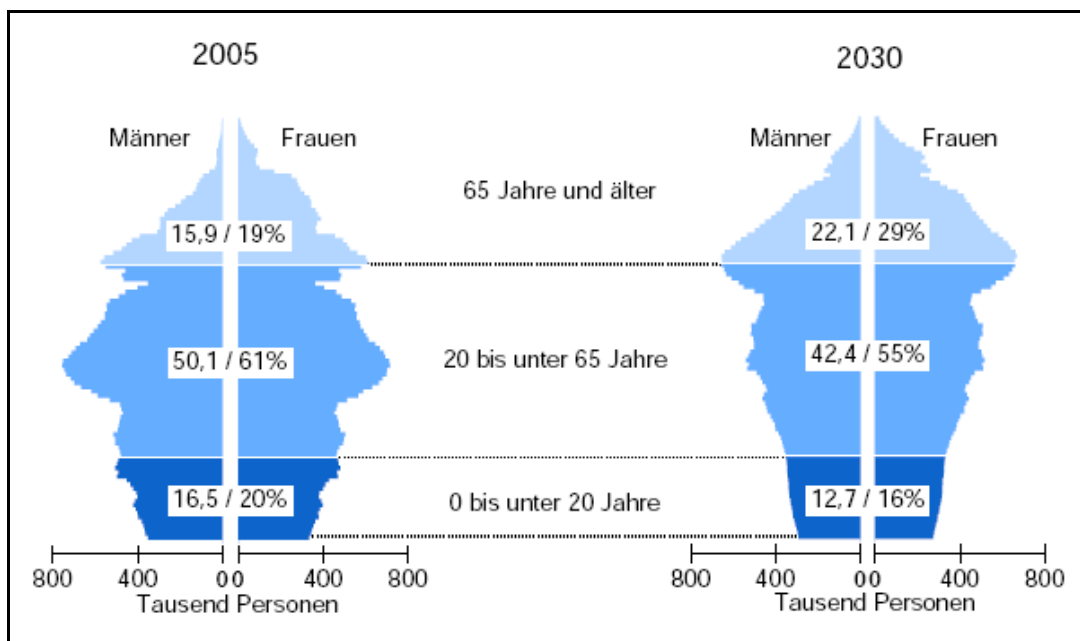


(Quelle: Robert-Koch-Institut 2006, S. 14)

Scherer (2007, S. 32) weist darauf hin, dass eine Folge der zunehmenden Lebenserwartung die sich ändernde Altersstruktur in Deutschland ist. Betrachtet man das Verhältnis von Jung zu Alt, dann ist deutlich zu erkennen, dass es weniger junge und gesunde Menschen, dafür aber immer mehr alte und kranke gibt. Die folgende Abbildung, vom Statistischen Bundesamt, veranschaulicht die Veränderung der Altersstruktur durch den Vergleich zweier Alterspyramiden.

Abb. 4: Altersaufbau in Deutschland 2005 und 2030

(in Millionen/ in % der Gesamtbevölkerung)



(Quelle: Statistisches Bundesamt 2007, S. 23)

Nachweislich verbrauchen ältere Menschen mehr medizinische Ressourcen als jüngere, wodurch die Kosten bei betagten Menschen wesentlich höher sind. Besonders stationäre Krankenhausleistungen werden von Älteren in Anspruch genommen, da sie häufig multimorbide sind und länger für die Genesung benötigen als Jüngere. Des Weiteren sei zu betonen, dass die Zahl chronischer Erkrankungen bei älteren Menschen zugenommen hat. Dies hat zur Folge, dass die Patienten eine Langzeitbehandlung benötigen und somit einen hohen Kostenaufwand darstellen (vgl. Scherer 2007, S. 32f).

Scherer (2007, S. 31) macht außerdem darauf aufmerksam, dass der medizinische Fortschritt ein weiterer Grund für die rasant wachsenden Gesundheitsausgaben ist. Denn durch erweiterte diagnostische und therapeutische Möglichkeiten können Krankheiten festgestellt und behandelt werden, die sonst unentdeckt geblieben wären. Diese neuen Verfahren verhelfen älteren Menschen zu einem längeren Leben, die vollständige Heilung einer Krankheit vermag sie jedoch nur selten. Die moderne Medizin erhält somit Kranke am Leben, die sonst früher gestorben wären, macht sie

jedoch nicht komplett gesund. Ein weiterer Erfolg, welcher durch den medizinischen Fortschritt geschaffen wurde, ist die Umwandlung von akuten Krankheitszuständen in chronische. Dies führt dazu, dass die Patienten mehr und andere Gesundheitsleistungen beanspruchen als früher und die Gesundheitsausgaben dadurch stetig steigen (vgl. Scherer 2007, S.31f).

Der stationäre Sektor nimmt, bezüglich der steigenden Gesundheitsausgaben, eine zentrale Rolle ein. Das Krankenhaus ist der primäre Ort, an dem der medizinische Fortschritt entsteht und die Behandlung der häufig alten, multimorbiden Patienten stattfindet. Aus diesem Grund zählt der Krankenhaussektor zu dem bedeutendsten Kostenverursacher des deutschen Gesundheitssystems und wird im nächsten Abschnitt näher erläutert.

3.2 Der Krankenhaussektor

Jährlich werden in Deutschland etwa 17 Millionen Patienten in über 2.000 Krankenhäusern medizinisch versorgt. Etwa 90 % aller Geburten und 70 % aller Todesfälle ereignen sich im Krankenhaus und damit ist es für die meisten Menschen der Anfangs- und Endpunkt des Lebens. Krankenhäuser sind Wirtschaftseinheiten, die zugleich eine Schlüsselfunktion in der Misere des Gesundheitswesens einnehmen. Auf der einen Seite sind sie der wichtigste medizinische Leistungsträger und auf der anderen der höchste Kostenverursacher (vgl. Scherer 2007, S. 23).

Um die besondere Rolle des Krankenhaussektors in Deutschland darzustellen, geht es im folgenden Abschnitt um die Funktionen und die wirtschaftliche Bedeutung des Krankenhauswesens. Es soll verdeutlicht werden, dass das Krankenhaus eine wichtige Position im deutschen Gesundheitswesen einnimmt, es jedoch Schwachstellen gibt, die minimiert bzw. beseitigt werden müssen. Des Weiteren ist die Auseinandersetzung mit dem Krankenhaussektor wichtig, um die Bedeutung der Implementierung neuer Managementinstrumente, wie das Case Management, hervorzuheben.

3.2.1 Das Krankenhaus und seine Funktionen

Der Begriff des Krankenhauses wird nach § 2 KHG und nach § 107 SGB V unterschiedlich definiert. Nach der Definition des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) sind Krankenhäuser

„Einrichtungen, in denen durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten, Leiden oder Körperschaden festgestellt, geheilt oder gelindert werden sollen oder Geburtshilfe geleistet wird und in denen die zu versorgenden Personen untergebracht und verpflegt werden können.“ (§ 2 KHG)

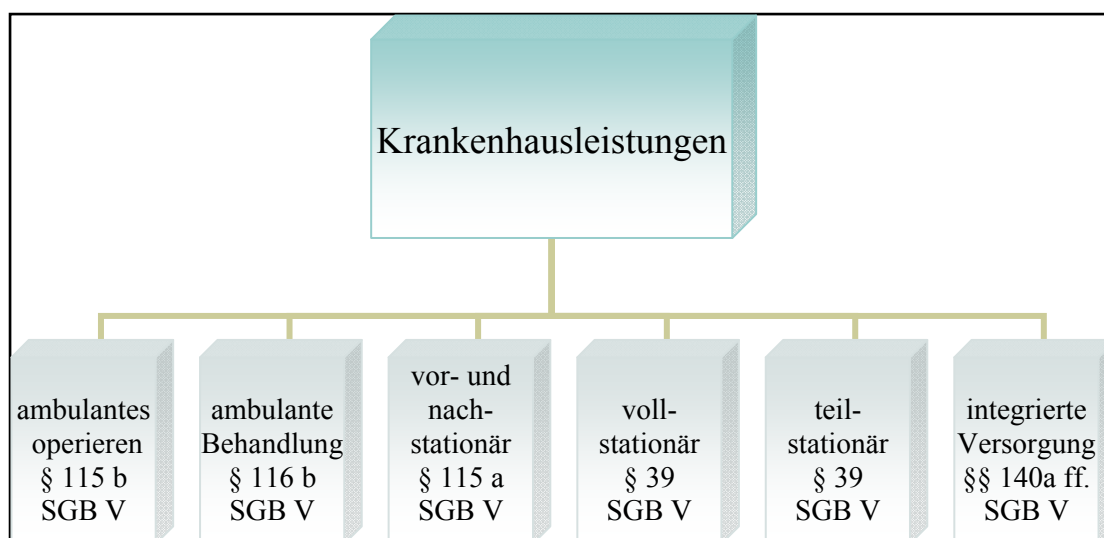
Über diese Begriffsbestimmung hinaus werden Krankenhäuser in § 107 SGB V als Einrichtungen bezeichnet, die

- „1. der Krankenhausbehandlung oder Geburtshilfe dienen,*
- 2. fachlich-medizinische unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende, ihrem Versorgungsauftrag entsprechende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und nach wissenschaftlich anerkannten Methoden arbeiten,*
- 3. mit Hilfe von jederzeit verfügbarem ärztlichem, Pflege-, Funktions- und medizinisch-technischem Personal darauf eingerichtet sind, vorwiegend durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten der Patienten zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten, Krankheitsbeschwerden zu lindern oder Geburtshilfe zu leisten, und in denen*
- 4. die Patienten untergebracht und verpflegt werden können.“ (§ 107 SGB V)*

Zusammenfassend fügen Henke und Göppfarth (2002, S. 5) hinzu, dass Krankenhäuser, innerhalb des Gesundheitssystems, die Aufgabe haben, die Behandlung von Patienten zu übernehmen, wenn eine kontinuierliche Unterbringung und medizinische Überwachung erforderlich ist. Die Hauptleistung eines Krankenhauses besteht somit in der positiven Beeinflussung des Gesundheitszustandes des Patienten.

Die Krankenhausleistungen umfassen stationäre, teilstationäre sowie vor- und nachstationäre Leistungen. Nach § 39 SGB V haben Versicherte einen Anspruch auf vollstationäre Behandlung, wenn die Aufnahme nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung erreicht werden kann. Die folgende Abbildung fasst die möglichen Krankenhausleistungen zusammen.

Abb. 5: Krankenhausleistungen

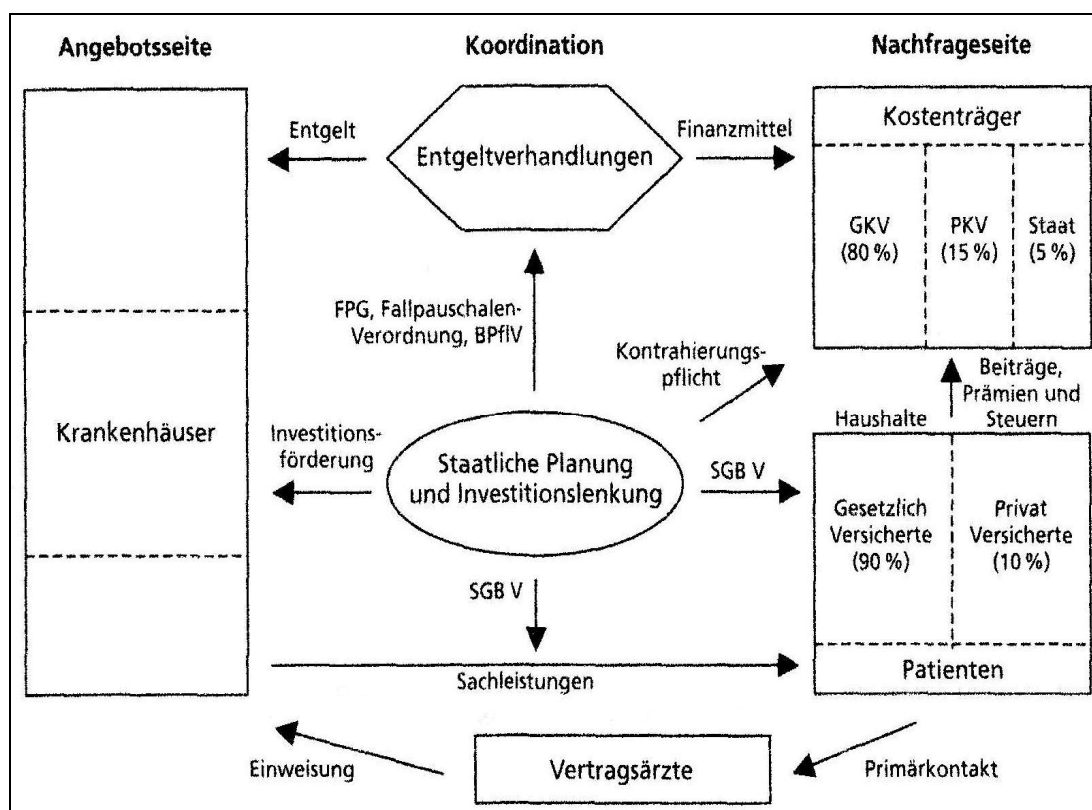


(Quelle: Oswald 2008, S. 56)

Im Rahmen des Versorgungsauftrages umfasst die Krankenhausbehandlung alle Leistungen, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Erkrankung für die medizinische Versorgung im Krankenhaus notwendig sind. Dazu gehören insbesondere die ärztliche Behandlung, Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Unterkunft und Verpflegung. Weiterhin wird darauf hingewiesen, dass nach § 115a SGB V das Krankenhaus Versicherte, in medizinisch geeigneten Fällen, ohne Unterkunft und Verpflegung behandeln kann. Dies wird in Betracht gezogen, um die Erforderlichkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung zu klären oder um sie vorzubereiten. In diesem Fall erfolgt eine vorstationäre Behandlung. Wenn im Anschluss an einen vollstationären Krankenhausaufenthalt der Behandlungserfolg gesichert oder gefestigt werden soll, findet eine nachstationäre Behandlung statt (vgl. Oswald 2008, S. 56f).

Betrachtet man das Modell der Krankenhausversorgung, dann kann festgestellt werden, dass zwischen der Angebots- und der Nachfrageseite unterschieden wird. Die Angebotsseite setzt sich aus öffentlichen, frei-gemeinnützigen und privaten Trägern zusammen. Diese erbringen die Krankenhausleistungen am Patienten gegen ein Entgelt, das durch Beiträge und Steuern von den Versicherten aufgebracht und durch die gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen, in Ausnahmefällen auch durch den Staat, an die Krankenhäuser weitergeleitet wird. Das deutsche Gesundheitssystem unterliegt einer Zweiteilung. Demnach übernehmen die Krankenversicherungen die Finanzierungsfunktion (Vergütung) und der Staat bzw. die Bundesländer die Investitionsförderung sowie die Steuerungsfunktion (vgl. Berger/ Stock 2008, S.30). Die folgende Abbildung stellt das Modell der Krankenversorgung graphisch dar.

Abb. 6: Das System der Krankenversorgung



(Quelle: Berger/ Stock 2008, S. 30)

3.2.2 Die wirtschaftliche Bedeutung des Krankenhaussektors

Krankenhäuser sind ein bedeutender Wirtschaftszweig in Deutschland. Im Jahr 2004 gab es insgesamt 2.166 Krankenhäuser mit 531.300 Betten. Daraus ergibt sich eine Bettendichte von 64,4 Betten je 10.000 Einwohner. In den Kliniken waren 117.681 Ärzte und 688.307 sonstiges Personal beschäftigt. Es ist jedoch zu beobachten, dass sowohl die Zahl der Einrichtungen, als auch der Betten in der Vergangenheit kontinuierlich gesunken ist. Im Vergleich zum Jahr 2003 verringerte sich die Anzahl der Krankenhäuser um 31, die Betten um 10.600 und der Personalbestand um 17.951 Stellen. Daraus folgt, dass die Bettendichte um 1,3 Betten je 10.000 Einwohner zurückgegangen ist. Vergleicht man diese Daten mit weiter zurückliegenden Werten, wird dieser rückläufige Trend noch stärker deutlich. Demnach hat die Anzahl der Krankenhäuser seit 1991 um 245 Einrichtungen abgenommen (vgl. Scherer 2007, S. 29). Die folgende Tabelle, des Statistischen Bundesamtes, verdeutlicht diese Entwicklung.

Tab. 2: Krankenhäuser, Betten, behandelte Patienten und Ø Verweildauer

Jahr	Krankenhäuser	Betten	Stationär behandelte Patienten	Verweildauer
	Anzahl	1.000	Mill.	Tage
1991	2411	666	14,6	14,0
1992	2381	647	15,0	13,2
1993	2354	629	15,2	12,5
1994	2337	618	15,5	11,9
1995	2325	609	15,9	11,4
1996	2269	594	16,2	10,8
1997	2258	580	16,4	10,4
1998	2263	572	16,8	10,1
1999	2252	565	17,1	9,9
2000	2242	560	17,3	9,7
2001	2240	553	17,3	9,4
2002	2221	547	17,4	9,2
2003	2197	542	17,3	8,9
2004	2166	531	16,8	8,7

(Quelle: vgl. Statistisches Bundesamt 2006, S. 187)

Weiterhin geht aus der Tabelle hervor, dass die Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen in den letzten Jahren deutlich zugenommen hat. Demnach ist

die Fallzahl stationär behandelter Patienten zwischen 1991 und 2004 von 14,6 Millionen auf 16,8 Millionen Behandlungsfälle angestiegen. Weiterhin ist im gleichen Zeitraum ein stark abnehmender Trend bezüglich der durchschnittlichen Verweildauer des einzelnen Behandlungsfalles im Krankenhaus zu beobachten. Demzufolge ist die durchschnittliche Verweildauer von 14,0 Tage auf 8,7 Tage gesunken. Trotz dieser Reduzierung um 38 %, nimmt Deutschland im weltweiten Vergleich immer noch einen vorderen Platz ein (vgl. Statistisches Bundesamt 2006, S. 187).

Ein weiterer wichtiger Ansatzpunkt, um auf die Bedeutung des Krankenhaussektors aufmerksam zu machen, sind die Kosten, welche bei jedem Behandlungsfall entstehen. Laut Scherer (2007, S.30) erzielten die deutschen Krankenhäuser im Jahr 2004 einen Gesamtumsatz von 60,43 Milliarden Euro. Das entspricht ca. 25 % aller in Deutschland anfallenden Gesundheitsausgaben und ca. 2,8 % des Bruttoinlandproduktes. Weiterhin stiegen die durchschnittlichen Kosten je behandelten Patienten im Vergleich zum Vorjahr um 4,1 % auf durchschnittlich 3.350 Euro, während die Kosten je Pfl egetag um ca. 6 % auf durchschnittlich 385 Euro stiegen. Der wichtigste Ausgabenträger von Krankenhausbehandlungen ist die gesetzliche Krankenversicherung. Demzufolge tätigte sie im Jahr 2004 Zahlungen in Höhe von 47,6 Milliarden Euro und ihr Anteil an den Gesamtausgaben für den Krankenhaussektor beträgt damit ca. 78 %.

Wie aus diesem Abschnitt hervorgeht, nehmen die enormen Krankenhauskosten eine bedeutende Stellung in Deutschland ein. Um diese Kosten zu senken, wurden im Jahr 2003 die Diagnosis Related Groups (DRGs) eingeführt. Der nachstehende Abschnitt setzt sich mit den Folgen dieser Einführung auseinander, weil diese Veränderungen mit sich brachte, welche, neben dem Ziel der Kostendämpfung, ausschlaggebend für die Implementierung des Case Managements ist.

3.3 Die Folgen der DRG-Einführung

Mit der Einführung der Diagnosis Related Groups (DRGs) im Jahr 2003 wurde die Finanzierung der Krankenhäuser auf eine völlig neue Basis gestellt. Seit dem wird mit Hilfe von Fallpauschalen nicht mehr die Verweildauer, sondern die tatsächlich erbrachte Leistung der Krankenhäuser vergütet. Die Höhe der Vergütung ergibt sich aus der Klassifikation jedes einzelnen Patienten. Maßgeblich für die Einordnung in die entsprechende DRG sind die Erkrankung des Patienten, größere Behandlungsschritte und in manchen Fällen das Alter. Da die Finanzierung des Krankenhauses von der DRG abhängt, nimmt die korrekte Kodierung der Diagnosen und Prozeduren eine sehr wichtige Position ein (vgl. Hollick/ Kerres 2005, S. 7).

Das neue DRG-Finanzierungssystem verlangt von den Krankenhäusern eine Überarbeitung ihrer Organisation. Viele Krankenhäuser sind in eine schwierige Situation geraten. Ihre Budgets sind nicht mehr kostendeckend, die Investitionsförderung wird verringert, der Anspruch nach Modernisierung steigt stetig und die Personalkosten nehmen schneller zu als die Budgets fortgeschrieben werden. Das schwerwiegendste Problem sind jedoch die konstant steigenden Fallzahlen und der gleichzeitige Druck die Verweildauer der Patienten so kurz wie möglich zu halten. Die Anforderungen an die Krankenhäuser sind groß, aber um den Druck zu minimieren, müssen sie sich dessen bewusst sein. Deshalb werden diese im Folgenden veranschaulicht:

- Von der Zahl der Patienten, die im Krankenhaus behandelt werden, hängt die Zahl der abrechenbaren DRGs ab.
- Von den Haupt- und Nebendiagnosen, dem Alter, den Komplikationen, den Prozeduren usw. wird die Vergütungshöhe massiv beeinflusst.
- Aus diesem Grund ist eine genaue Leistungserfassung notwendig.
- Von der Untersuchungs- und Behandlungsgeschwindigkeit in den Funktions- und Behandlungsbereichen hängt die Differenz zwischen Kosten und Erlösen ab.

- Um möglichst nicht über die medizinisch induzierte Verweildauer zu kommen, sind rechtzeitige Verlegungen und freie Versorgungskapazitäten in nachstationären Einrichtungen erforderlich (vgl. Mühlbauer 2004, S. 24f).

Inzwischen haben sich viele Krankenhäuser auf das neue Abrechnungssystem eingestellt und haben Veränderungen in ihrer Organisation vorgenommen. Häufig kam es zur Etablierung von völlig neuen Organisationsstrukturen, wie der Einführung eines Medizin-Controllings, der Einstellung von DRG-Beauftragten oder der Anstellung bzw. Umschulung von Kodierpersonal. Rapp weist des Weiteren darauf hin, dass sich seit der Einführung der DRGs auch der Krankenhausalltag verändert hat. Somit haben die medizinische Dokumentation, die Aktenführung sowie das Schreiben von Arztbriefen eine neue Bedeutung erhalten. Des Weiteren hat sich der Kontakt zu den Kostenträgern um ein vielfaches gewandelt, da durch die vorhandene Datentransparenz die Art und der Umfang der Fallprüfung an die neue Situation angepasst wurde (vgl. Rapp 2008, S. 9).

Die DRG-Einführung hat viele Veränderungen und Neuerungen mit sich gebracht. Besonders der Wettbewerb zwischen den Krankenhäusern hat zugenommen, wodurch sie sich verstärkt als Unternehmen verstehen müssen. Krankenhäuser müssen nun über Leistung, Preis und Qualität ihre Wettbewerbsfähigkeit erlangen, um dauerhaft bestehen zu können. Aus diesem Grund wird im nächsten Abschnitt das Case Management Konzept vorgestellt, welches in der Literatur als ein kosten- und qualitätssteuerndes Instrument verstanden wird.

4 Das Konzept „Case Management“

Viele Krankenhäuser haben begonnen, ihre pflegerischen Arbeitsabläufe zu überprüfen. Das bedeutet, der Patient soll nicht nur nach seinen akuten medizinischen Bedürfnissen beurteilt werden, sondern auch nach Vorbelastungen und speziellen Anforderungen an die Nachsorge. Dazu gehört auch das Erkennen von Faktoren, welche eine Behandlung oder Entlassung verzögern können. Herkömmlich ist es jedoch so, dass bei Aufnahme und Entlassung ausschließlich die medizinischen Anforderungen berücksichtigt werden und die Pflegekräfte auf der behandelnden Station sich um die Pflege kümmern. Die Folgen eines solchen Verhaltens können weit reichend sein. So wird schnell ersichtlich, dass die medizinische Diagnose und Behandlung, sowie Therapie und Pflege nicht miteinander vernetzt sind und sich somit nicht gegenseitig unterstützen können. Dies führt zu einem doppelten Arbeitsaufwand, Informationsverlust, langen Wartezeiten, Missverständnissen, einer unzureichenden Kommunikation, lückenhaften Abläufen und unnötigen Wiederaufnahmen. Solche Störungen verzögern die Behandlung, verursachen Fehlbelegungen und führen zu wirtschaftlichen Risiken in den Krankenhäusern (vgl. Franke 2007, S. 162).

Aus diesem Grund ist es wichtig, dass neue Managementinstrumente in den Klinikalltag implementiert werden, um solchen Unzulänglichkeiten entgegenwirken zu können. Das Case Management Konzept ist ein solches Instrument und soll im folgendem Abschnitt näher erläutert werden.

4.1 Definition und Zielsetzung

Ewers (2000, S. 56) weist darauf hin, dass es bislang keine allgemeingültige Case Management Definition gibt. Gegenwärtig sind zahlreiche Begriffserläuterungen von unterschiedlichen Organisationen, Berufsverbänden oder Versorgungseinrichtungen im Umlauf. Eine sehr aussagekräftige und konkrete Definition stammt von dem amerikanischen Berufsverband der Pflegekräfte, der American Nurses Association:

„Case Management ist ein System zur Erbringung von Leistungen der Gesundheitsversorgung, das entworfen wurde, um die Realisierung erwarteter Ergebnisse auf Seiten der Patienten innerhalb einer angemessenen Verweildauer zu ermöglichen. Zu den Zielen von Case Management gehört die auf Kontinuität ausgerichtete Bereitstellung einer qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung, die Reduzierung der Fragmentierung von Versorgungsleistungen, die über verschiedene Settings hinausgehen, die Erhöhung der Lebensqualität des Klienten, die effiziente Nutzung der patientenbezogenen Versorgungsressourcen und die Einsparung von Kosten.“ (Ewers 2000, S. 57)

Trotz dieser zahlreichen Begriffsbestimmungen macht Ewers (2000, S. 57) darauf aufmerksam, dass es in nahezu allen Case Management Definitionen um eine ganzheitliche Sichtweise auf eine Patienten- oder Klientenproblematik geht und nicht nur ausschnittshaft um einzelne Bedarfslagen.

Demnach bietet der Aufbau eines flächendeckenden Case Management Systems die Möglichkeit, die Patienten effizienter und effektiver zu betreuen. Grundsätzlich geht es somit um eine optimierte Betreuung der Patienten von der Aufnahme über die Station bis nach der Entlassung. Dabei werden alle krankheitsrelevanten Gesichtspunkte des Patienten aufgenommen und in die Behandlung einbezogen. Hervorzuheben ist demzufolge, dass dies auch für die Betreuung nach der Entlassung gilt, um den so genannten „Drehtüreffekt“ zu vermeiden. Ziel dieser ganzheitlichen Betrachtungsweise soll es sein, einen besseren Behandlungserfolg zu erzielen. Es darf allerdings nicht vergessen werden, dass auch eine stärkere Mitverantwortung des Patienten für seine Genesung und die künftige Erhaltung seiner Gesundheit wichtige Elemente in diesem System darstellen (vgl. Franke 2007, S. 162f).

Amelung und Schumacher (2004, S.193) machen weiterhin darauf aufmerksam, dass das Case Management darauf ausgerichtet ist, sich den komplizierten und kostenintensiven Einzelfällen zu widmen. Im Zentrum befinden sich Patienten mit hohem Risiko, lebensgefährlichen Verletzungen oder solche mit einer chronischen

Erkrankung. Typische Krankheiten, die durch das Case Management betreut werden, sind z.B. AIDS, Schlaganfälle, Transplantationen, Kopfverletzungen, schwere Verbrennungen, Risikoschwangerschaften, Risikogeburten oder Rückenmarksverletzungen. Weitere Aufgreifkriterien für das Case Management sind überlange Liegezeiten, gescheiterte oder wiederholte chirurgische Eingriffe sowie Fallkosten, die einen bestimmten kritischen Wert übersteigen. Grundsätzlich betrachtet das Case Management also kostenintensive Fälle, bei denen die Effizienz der Koordination und eine abgestimmte Begleitung der Versorgung, wesentliche Qualitätsverbesserungen und Kosteneinsparungen zu Folge haben. Die folgende Tabelle verdeutlicht die Case Management Ziele, durch Einteilung in Zeitperioden.

Tab. 3: Zeitperioden der Case Management Ziele

Kurzfristig	Mittelfristig	Langfristig
Kurzfristiges Ziel ist es, das Angebot einer hochqualifizierten medizinischen Versorgung unter Berücksichtigung der <i>höchst-möglichen Kosten-Effizienz</i> , durch Koordination von menschlichen und materiellen Ressourcen sicherzustellen.	Mittelfristiges Ziel ist es, die medizinische Versorgung in einem vorgegebenen Zeitrahmen sicherzustellen ("managen"), die stationäre Aufenthaltsdauer zu reduzieren, eine angemessene Anwendung von Dienstleistungen und Ressourcen zu erreichen, die Versorgungskontinuität zu verbessern und die <i>Patienten-Outcomes</i> für bestimmte Behandlungsabschnitte zu verbessern.	Langfristiges Ziel ist es, den allgemeinen Gesundheitszustand und die Lebensqualität eines Patienten über einen bestimmten <i>Behandlungsabschnitt hinaus</i> zu verbessern, um dadurch eine Wiedererkrankung und die Nachfrage nach einer erneuten Gesundheitsversorgung zu verhindern.

(Quelle: Werthemann 2006, S. 37)

Das oberste Ziel ist folglich die Maximierung der Effizienz der gesamten Gesundheitsversorgung. Dies wird auch als „Case-Management-Ethik“ verstanden und geht aus dem folgenden Zitat hervor.

„Der professionelle Case Manager erstrebt eine moralische Umgebung und Praxis, in der sich ethische Prinzipien anwenden lassen. Ethische Zwangslagen werden offen gelegt, und vernünftige Lösungen werden durch hinreichende Beratung und moralisches Handeln gesucht. Ethisch ist ein Case Management mit den Resultaten

seiner Entscheidungen und Handlungen sowohl gegenüber dem Klienten als auch gegenüber dessen Angehörigen, gegenüber dem, der die Kosten trägt, sich selber und der Gesellschaft gegenüber rechenschaftspflichtig.“ (Werthemann 2006, S.36)

4.2 Historische Entwicklung

Um das noch am Anfang stehende Case Management in Deutschland beurteilen und einschätzen zu können, ist es von großer Bedeutung, den politisch-institutionellen Kontext zu verstehen, in dem das Case Management entstanden ist und sich zu seiner heutigen Form entwickelt hat.

Die ersten Ansätze des Case Management Konzeptes gehen, laut Ewers (2000b, S. 41), auf das Jahr 1863 zurück, als in den USA, unter Präsident Lincoln, der Bürgerkrieg und die Sklaverei ein Ende fanden. Im Zusammenhang mit dem Neuaufbau wurden erste so genannte „Board of Charities“ zur Unterstützung der sozialpflegerischen Bedürfnisse der damaligen Siedler gegründet. Parallel dazu gab es die „Charity Organization Societies“, in denen der Versorgungsbedarf neu eingetroffener Einwanderer systematisch erfasst wurde. Sie suchten zugleich nach entsprechenden Leistungserbringern für diesen Bedarf und schufen, falls notwendig, neue Versorgungseinrichtungen. Aus heutiger Sicht wird diese Versorgungskoordination als „traditionelles Case Management“ bezeichnet.

Weiterhin macht Ewers (2000b, S. 41) darauf aufmerksam, dass seit den zwanziger Jahren des 20. Jahrhunderts das Case Management als fester Bestandteil der US-amerikanischen Sozialarbeit gilt. Mary Richmond begründete schon damals die Grundgedanken des heutigen Case Managements durch ihre im Jahr 1901 und 1922 entwickelten Konzepte. Doch nicht nur die Sozialarbeit hat das Case Management früh in ihr Handeln integriert, sondern auch die Pflege hat sich zeitig mit dem Case Management auseinandergesetzt. Demnach gelten „Community“ und „Public Health Nursing Agencies“ als Pioniere des pflegerischen Case Management Konzeptes.

Um 1940 tauchten erstmals Modelle auf, die explizit als „Medical Case Management“ bezeichnet wurden. Im Vergleich zu den heutigen Konzepten fand das Case Management eine recht unsystematische Anwendung und wurde in der Regel als Bestandteil von vorwiegend medizinisch-pflegerischen Leistungen angeboten. Nach dem zweiten Weltkrieg gewannen diese Programme jedoch speziell für Kriegsverletzte, Behinderte und ihre Familien zunehmend an Bedeutung. Denn auf Grund der teilweise mangelhaften Bedingungen in der Krankenversorgung und der gleichzeitig ungesicherten Finanzierung, bot sich das Case Management an, um die Betroffenen durch das unstrukturierte Versorgungssystem zu führen (vgl. Ewers 2000b, S. 42).

In den späten sechziger und frühen siebziger Jahren etablierte sich der Begriff Case Management auch in der Öffentlichkeit und veränderte nach und nach sein Erscheinungsbild. Nachdem weitgehend unkontrolliertes Wachstum des US-amerikanischen Sozial- und Gesundheitswesens und der zunehmenden Unüberschaubarkeit der Versorgungsstrukturen kamen nun Forderungen nach einer sinnvollen Koordination zu Tage. Die gesundheitspolitischen Akteure sahen sich auf Grund der offensichtlich steigenden Versorgungsprobleme und Zugangsbarrieren bei gleichzeitig ungebremsster Ausgabenentwicklung einem Handlungsdruck ausgesetzt. Erst 1972 setzte die US-Regierung, unter Präsident Nixon, eine verbesserte Koordination und Integration von Versorgungsleistungen an die oberste Stelle ihrer Gesundheitspolitik und begann entsprechende Modellprogramme zu fördern. Damit begann für das „neue Case Management“ eine bis heute ungebrochene Laufbahn als ein zentrales Instrument zur Korrektur eines zunehmend ineffektiv und ineffizient arbeitenden Krankenversorgungssystems. Das Case Management entwickelte sich zu einer Methode, welche dem einzelnen Menschen hilft, Zugang zu staatlichen Programmen zu erhalten. Die Einbindung von Case Management in die staatlichen Medicaid- und Medicare-Programme bewirkte eine starke Ausweitung und einen weiteren Zuwachs an Akzeptanz. Als Beweis dafür kann die offizielle Einführung der Bezeichnung „Case Manager“ im Jahr 1974 gedeutet werden (vgl. Ewers 2000b, S. 42f).

Weiterhin macht Ewers (2000b, S. 43) darauf aufmerksam, dass in den achtziger Jahren zahlreiche unterschiedliche Case Management Modelle verschiedener Akteure (Medizin, Pflege, Sozialarbeit) entworfen und erprobt wurden. Je nach Modell variierte demnach der Fokus durch die Zielgruppe, die Trägerschaft und die ausübende Berufsgruppe, die Case Management anbot. Dementsprechend entwickelte die professionelle Pflege das „Nursing Case Management“ mit dem Schwerpunkt der integrierten Krankenpflege. Zu dieser Zeit begannen auch Krankenversicherungen vermehrt Pflegekräfte als Case Manager einzusetzen. Durch telefonischen Kontakt mit Ärzten und Kliniken sollte somit die Versorgung ihrer Versicherten überwacht und koordiniert werden. Ergänzend fügt Schwaiberger (2002, S. 19) hinzu, dass mit der Umstellung der Finanzierung des amerikanischen Gesundheitssystems auf DRGs, Anfang der achtziger Jahre, das Case Management auch zunehmend in Krankenhäusern zur Prozessoptimierung implementiert wurde.

Parallel zu den Bewegungen in den USA, wurde das Case Management in den achtziger Jahren auch im europäischen Raum gefördert. Vor allem in Großbritannien etablierte es sich im Rahmen der Gemeindepflege („Community Care“). Grundlage für die Schaffung des so genannten „Care Managements“, war die Forderung nach einer effektiven und effizienten Arbeitsweise in den Sozial- und Gesundheitsdiensten des Landes. Aus diesem Grund verabschiedete die britische Regierung im Jahr 1990 den „National Health Service and Community Care Act“ und erklärte die „Community Care“ als den lokalen Dienst zur Unterstützung von Menschen mit geriatrischen Problemen. Ziel war es, die Anstaltspflege zu reduzieren und eine vermehrte ambulante Betreuung zu fördern (vgl. Sambale 2005, S. 92).

Seit den neunziger Jahren gewinnt das Case Management nun auch in der Schweiz und in Deutschland an Bedeutung. Es hat an Akzeptanz gewonnen und immer mehr Akteure im Gesundheitswesen erachten dieses Instrument als wirksam, um Kosten zu reduzieren und Ineffizienzen abzubauen (vgl. Schwaiberger 2002, S. 13).

4.3 Case Management Konzepte

Angesichts der unterschiedlichen Definitionen und Ausprägungen von Case Management, wurde, laut Ewers (2000a, S. 58), eine Klassifizierung der Konzepte vorgenommen. Ziel dieser Klassifikation ist das Ermöglichen einer systematischen Betrachtung. Das Case Management passt sich den wechselnden Erfordernissen und Veränderungen im Gesundheitssystem flexibel an. Des Weiteren weist Sambale (2005, S. 85) darauf hin, dass die Entwicklung der verschiedenen Konzepte je nach Einsatzgebiet differenziert ablief, das Grundverständnis, trotz ihrer Mannigfältigkeit, jedoch gleich ist. Demnach lassen sich bei der Betrachtung der unterschiedlichen Case Management Konzepte, unterschiedliche Kernfunktionen identifizieren, die jedoch in jeweils unterschiedlicher Gewichtung in allen Konzepten enthalten sind.

Ein Beispiel für die unterschiedlichen Möglichkeiten der Klassifizierung bietet die folgende Tabelle. Die Autoren Ewers und Wendt stellen ihre Einteilung der Case Management Konzepte vor und verdeutlichen zugleich die Vielfalt der Einsatzgebiete.

Tab. 4: Klassifizierung von Case Management Konzepten

Ewers (2000)	Wendt (1997)
Soziales Case Management	Privates Case Management
Case Management in der beruflichen Rehabilitation	Soziales Case Management
Case Management in der Primärversorgung	Primärärztliches Case Management
Case Management für katastrophale oder kostenintensive medizinische Ereignisse	Das Case Management bei Versicherungen
Medizinisch soziales Case Management	Krankenpflegerisches Case Management
Case Management innerhalb des Krankenhauses bzw. in der Akutversorgung	
Case Management außerhalb des Krankenhauses bzw. in der Langzeitversorgung	

(Quelle: Sambale 2005, S. 86)

Angesichts dieser unterschiedlichen Klassifizierungssysteme, von denen hier lediglich eine kleine Auswahl wiedergegeben wurde, erstaunt die Vielzahl der Anwendungsmöglichkeiten und Einsatzfelder. Um jedoch eine systematische

Auseinandersetzung mit dem Case Management gewähren zu können, ist es wichtig, neben den Klassifizierungssystemen, auch auf die verschiedenen Funktionen aufmerksam zu machen.

4.4 Funktionen des Case Managements

Dem anglo-amerikanischen Case Management wurden in der Vergangenheit verschiedene Funktionen beigemessen. Aus den Leitgedanken des Case Managements kristallisieren sich jedoch bereits zwei Schwerpunkte heraus. Demzufolge wird zwischen dem systemorientierten (system-driven) und dem konsumentenorientierten (consumer-driven) Case Management unterschieden. Die folgende Tabelle fasst kurz die wichtigsten Kennzeichen dieser beiden Case Management Typen zusammen.

Tab. 5: Orientierung des Case Managements nach Moxley

System-driven Case Management	Consumer-driven Case Management
▪ Kontrolle und Koordination der Ressourcen durch den Case Manager ▪ Rationalisierung und Kostenmanagement (Reduktion von Transaktions- und Produktionskosten) ▪ geteilte Loyalität des Case Managers ▪ Ziel ist eine optimale interdisziplinäre Organisation	▪ Bedürfnisse des Kunden stehen im Mittelpunkt ▪ Patienten definieren ihre Bedürfnisse ▪ Anwaltschaft und verstärktes Vertrauen ▪ Loyalität gilt allein dem Patienten ▪ Ziel ist erreicht, wenn Ziele des Patienten erreicht sind

(Quelle: Werthemann 2006, S. 44)

Bei genauerer Betrachtung lassen sich jedoch, Ewers (2000a, S. 63) zufolge, drei Kernfunktionen identifizieren, die prinzipiell in allen Case Management Konzepten, in der einen oder anderen Form, enthalten sind: die Gate-Keeper-, die Broker- und Advocacy Funktion. Ewers betont an dieser Stelle, dass keine dieser drei Kernfunktionen in der Realität, in der hier idealtypisch dargestellten Form, vorzufinden sind. Vielmehr ist zu beobachten, dass die untereinander konkurrierenden Funktionen in den verschiedenen Case Management Konzepten

miteinander kombiniert werden. Diese jeweilige Akzentuierung der Kernfunktionen verleiht dem einzelnen Case Management Konzept ihre spezifische Prägung.

4.4.1 Die Gate-Keeper Funktion

Die Gate-Keeper Funktion hat in den USA mit den explodierenden Ausgaben der staatlichen Versorgungsprogramme Medicaid und Medicare an Bedeutung gewonnen und ist durch ihren ausgabenzentrierten Fokus gekennzeichnet. Somit ist sie in erster Linie als Antwort auf die wachsenden Aufgaben moderner Sozial- und Gesundheitssysteme, bei gleichzeitig langfristig begrenzten finanziellen Ressourcen zu verstehen. Der Case Manager steuert in dieser Funktion den Zugang zu den medizinischen und sozialen Dienstleistungsangeboten und nimmt eine Schlüsselrolle in der Verteilung von Versorgungsleistungen ein. Die dahinter stehende ökonomisch begründete Vorstellung geht davon aus, dass eine gezielte Zugangssteuerung zur Krankenversorgung, angesichts der knappen Ressourcen, den größten Nutzen für das Gesamtsystem darstellt (vgl. Ewers 2000a, S. 69).

Auf der einen Seite hat der Gate-Keeper somit die Aufgabe, innerhalb eines Dienstes zu klären welche Klienten zu welchen Diensten sollen und wo der kostengünstigste Anbieter ist. Und auf der anderen Seite obliegt es ihm, festzustellen, welcher Klient am bedürftigsten ist bzw. bei wem die Erfolgsaussichten am höchsten sind. Weiterhin macht Sambale (2005, S. 87) darauf aufmerksam, dass der Gate-Keeper weder ausschließlich die an umfassender Versorgung interessierten Klienten, noch die gewinnorientierten Dienstleistungsanbieter vertritt, sondern sich für gesamtgesellschaftliche Interessen engagiert. Damit besetzt der Gate-Keeper eine zentrale Position zwischen dem Klienten auf der einen Seite und dem Versorgungssystem auf der anderen. Ewers (2000a, S. 70) weist des Weiteren darauf hin, dass der Gate-Keeper darüber hinaus die Aufgabe hat, die für eine Versorgung notwendigen Mittel bei den diversen Kostenträgern zu beschaffen, um anschließend eine ausgabenorientierte Steuerung des gesamten Versorgungssystems vorzunehmen. Dabei obliegen ihm zugleich die Budgetkontrolle und –verwaltung. Weiterhin hat ein Gate-Keeper die Aufgabe, durch gezielte Selektion und kontinuierlichem

Monitoring, einer unangemessenen Ressourcenverwendung entgegenzuwirken. Auch im Zusammenhang mit sehr kostenintensiven Versorgungsformen, wie z.B. einer stationären Behandlung, oder spezifischen Patientengruppen, wie beispielsweise Aids- oder Schlaganfallpatienten, nimmt der Gate-Keeper eine wichtige Position ein. Demnach sollen vorhandene Ressourcen der Patienten und des sozialen Umfeldes mobilisiert und kostengünstige Hilfepotenziale, durch ehrenamtliche Helfer, zum Einsatz gebracht werden. Demzufolge ist das Ziel, weitergehende Gesundheitsgefährdungen zu vermeiden, um keine erneute Erhöhung der Versorgungsausgaben zu provozieren. Der Case Manager soll durch seine Arbeit das Bewusstsein für die wirtschaftlichen Folgen des Versorgungsgeschehens, sowohl bei den Nutzern, als auch bei den Leistungserbringern wecken und zugleich die sparsame Mittelverwendung, durch Rückgriff auf vorhandene Ressourcen, beeinflussen. Demzufolge soll ein Case Manager beispielsweise Klienten anleiten, die vorhandenen Ressourcen einzusetzen und die zur Verfügung stehenden Mittel so weit wie möglich zu nutzen, ohne dadurch die Versorgungsqualität negativ zu beeinflussen (vgl. Ewers 2000a, S.70f).

4.4.2 Broker Funktion

Die Broker Funktion, mit ihrer starken organisations- und institutionsbezogenen Perspektive, hat sich in den USA auf Grund der Unübersichtlichkeit und Desintegration moderner, komplexer und hochgradig arbeitsteiliger Sozial- und Gesundheitssysteme entwickelt. Der Case Manager tritt bei dieser Funktion wie eine Art Makler oder Agent auf, um die spezifischen Versorgungsbedürfnisse eines Konsumenten mit optimalen Versorgungslösungen zu befriedigen. Er dient demzufolge als neutrale Vermittlung zwischen Klient und Anbieter sozialer und gesundheitsrelevanter Dienstleistungen. Ewers betont diesbezüglich, dass es von besonderer Bedeutung ist, dass der Case Manager nicht bei einem Leistungsanbieter beschäftigt ist, um unabhängig von spezifischen Interessen agieren zu können. Damit sollen einseitige Empfehlungen, im Interesse bestimmter Dienstleistungsanbieter und Wettbewerbsverzerrungen, ausgeschlossen werden. Weiterhin macht der Autor darauf aufmerksam, dass die Broker Funktion häufig von privaten Case Management

Organisationen als gebührenpflichtige Dienstleistung angeboten wird. Zielgruppe sind häufig ältere, meist allein stehende Menschen mit einem unfassenden Versorgungsbedarf, die auf Grund ihrer finanziellen Möglichkeiten keinen Anspruch auf staatliche Unterstützung besitzen, jedoch angesichts der Unüberschaubarkeit der Versorgungsstrukturen auf Beratung und Orientierung angewiesen sind. Die zentrale Aufgabe eines „Brokers“ besteht demnach darin, die einzelnen und verstreuten Teile des Versorgungssystems so zusammenfügen, dass sie in einer effektiven Weise dem zuvor erstellten Versorgungsplan entsprechen. Um ihre Vermittlungsgebühr rechtfertigen zu können, sind die privaten Case Management Organisationen häufig bemüht eine sehr viel teurere stationäre Versorgung durch eine geschickte Koordination zu vermeiden. Als Nachteil der Broker Funktion ist die Tatsache anzusehen, dass der Case Manager, auf Grund seiner Unabhängigkeit, die vorhandenen Dienstleistungsanbieter zwar koordinieren kann, es besteht jedoch keine Möglichkeit Qualitätsveränderungen während des Versorgungsprozesses zu initiieren oder neue Leistungsangebote im Versorgungssystem zu entwickeln. Aus diesem Grund übernehmen die in den USA ansässigen privaten Case Management Organisationen nicht nur die Vermittlung und Koordination von Versorgungsleistungen, sondern begleiten ihre Klienten häufig durch den gesamten Versorgungsprozess. Damit ist der Case Manager in der Lage eine Prozesssteuerung durchzuführen, die planmäßige Verwendung der zur Verfügung stehenden Ressourcen zu überprüfen und den Versorgungsverlauf zu beaufsichtigen. Gleichzeitig nimmt er aber auch Aufgaben der Qualitätssicherung wahr. Da Case Manager mit ausschließlicher Broker Funktion in der Regel keinen Einfluss auf die Verwendung der zur Verfügung stehenden Mittel oder die direkte Gestaltung von Versorgungsleistungen haben, wird diese Funktion häufig auch als Form der „Beaufsichtigung ohne administrative Sanktionsmöglichkeiten“ bezeichnet. Abschließend weist Ewers darauf hin, dass der Case Manager, zur Sicherung der Versorgungsqualität, auf eine geschickte Verhandlungsführung und eine umfassende Koalitionsbildung angewiesen ist (vgl. Ewers 2000a, S. 66ff).

4.4.3 Advocacy Funktion

Advocacy bezeichnet, Ewers (2000a, S. 63) zufolge, die anwaltschaftliche Funktion des Case Management, welches in der Sozialarbeit verwurzelt ist, jedoch auch in Pflgetheorien zugrunde liegt. Es steht für ein methodisches Vorgehen mit dem Ziel, die Interessen der Klienten durchzusetzen. In der Literatur gilt es übereinstimmend als ursprüngliches, grundlegendes, traditionelles aber auch herausforderndstes Element des Case Managements. Ewers ist der Auffassung, dass die Advocacy Funktion auf Menschen abzielt,

„die angesichts konfliktträchtiger Lebenssituationen (z.B. Armut, mangelnde Bildung, Behinderung) oder unvorhergesehener biographischer Lebenskrisen (z.B. Unfall, Arbeitslosigkeit, schwere Erkrankung) nicht in der Lage sind, ihre persönlichen Interessen aufgrund von kurz-, mittel- oder langfristiger individueller Hilfsbedürftigkeit und/ oder gesellschaftspolitischer Machtlosigkeit geltend zu machen.“ (Ewers 2000a, S. 63)

Diese Klienten sollen durch „anwaltschaftliche“ Unterstützung die Möglichkeit erhalten, ihre Bedürfnisse und individuellen Bedarfslagen in einem zufrieden stellenden Umfang zu realisieren. Aus diesem Grund ist es wichtig, dass der Case Manager sich in die Situation des Patienten versetzt und sie konsequent aus dessen Perspektive wahrnimmt. Auf Grund seines professionellen Fallverständnisses ist der Case Manager in der Lage, den möglichen Verlauf einer Erkrankung oder eines sozialen Problems und den daraus resultierenden Versorgungsbedarf zu antizipieren, um somit eine drohende Krise zu vermeiden oder sie in ihren Auswirkungen zu lindern. Diese Form der Unterstützung setzt voraus, dass zwischen dem Patienten und dem Case Manager eine kontinuierliche, auf individuelles Wachstum ausgerichtete, helfende Beziehung besteht, wie sie unter anderem häufig in verschiedenen Formen des klinischen Case Managements zu finden ist. Ein weiteres Ziel der Advocacy Funktion ist die Aufdeckung von Lücken im Versorgungssystem und die gleichzeitige Weiterleitung dieser Information an die Verantwortlichen der übergeordneten Entscheidungsebene. Das Case Management möchte somit zu einem

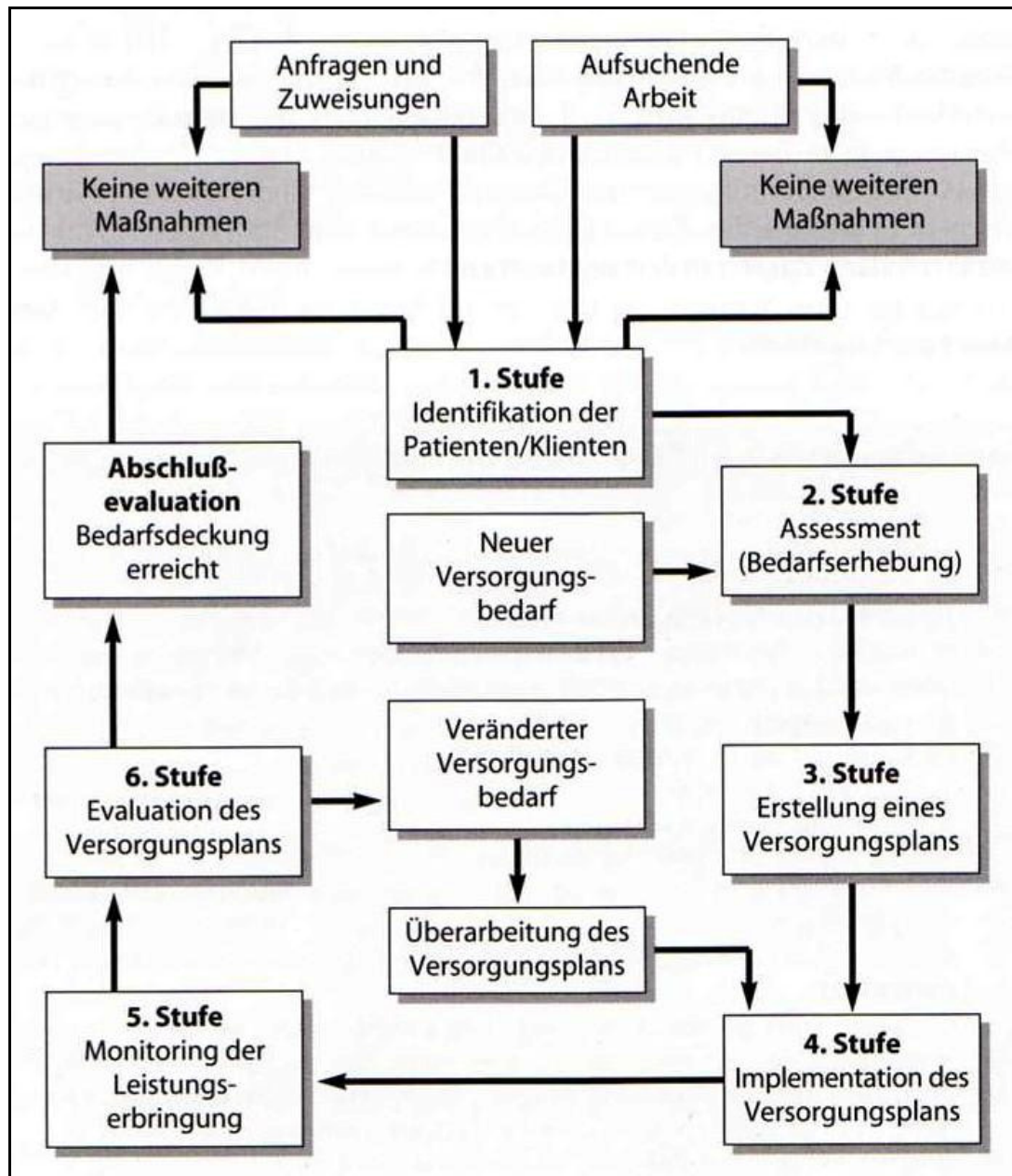
patientenorientierten und bedarfsgerechten Ausbau des Sozial- und Gesundheitssystems beitragen, um beispielsweise effiziente Lösungen für die vorhandenen Versorgungsprobleme zu finden. Um Advocacy Funktionen wahrnehmen zu können, benötigt der Case Manager ein großes Maß an Fallverständnis sowie klinische und soziale Kompetenzen. Des Weiteren sind Kenntnisse über das Versorgungssystem, die vorhandenen Ressourcen und praktizierte Handlungsmuster notwendig. Spätestens an dieser Stelle wird deutlich, welchen enormen Einfluss die Qualifikation des Case Managers auf seine konkreten Handlungs- und Entscheidungsmöglichkeiten ausüben kann (vgl. Ewers 2000a, S.63ff).

4.5 Phasen des Case Managements

Im Folgenden werden die verschiedenen Phasen des Case Managements vorgestellt. Dieses methodische Vorgehen ist unabhängig vom jeweiligen Konzept und basiert auf einzelnen, logisch aufeinander aufbauenden Arbeitsschritten. Üblicherweise besteht der Case Management Regelkreis aus mindestens fünf Basiskomponenten. Es kommt jedoch vor, dass einige Autoren einzelne Elemente stärker differenzieren, wodurch in der Literatur zum Teil bis zu acht verschiedene Arbeitsschritte erwähnt werden. Die sechs wichtigsten Komponenten sollen nun näher erläutert werden (vgl. Ewers 2000a, S.72).

Um einen Überblick zu geben, stellt die folgende Abbildung den Case Management Regelkreis, mit seinen sechs Arbeitsschritten, graphisch dar.

Abb. 7: Case Management Regelkreis



(Quelle: Ewers 2000a, S. 73)

1. Stufe: Identifikation der Patienten

Dieser Arbeitsschritt besteht darin, Patienten auszuwählen, die spezifische psychosoziale und/ oder medizinisch-pflegerische Dienstleistungen benötigen oder in besonderer Weise vom Case Management profitieren können. Im Bereich der Krankenversorgung bezieht sich dies z.B. auf alte und chronisch kranke Patienten, bei denen die Gefahr besteht, schnell wieder eingewiesen zu werden oder die nach

der Entlassung nur geringe Möglichkeiten der sozialen oder finanziellen Unterstützung besitzen. Des Weiteren macht Ewers darauf aufmerksam, dass es verschiedene Verfahren gibt, mit deren Hilfe die Patienten identifiziert werden. Dieser Zugangsmodus wird häufig bei den Patienten praktiziert, die einen hohen Bedarf an Versorgungsleistungen haben, allerdings nicht eigenständig den Kontakt zu Versorgungseinrichtungen aufnehmen (z.B. Wohnungslose oder senile ältere Menschen). Üblicherweise wird der Zugang zum Case Management jedoch durch Zu- oder Überweisung von anderen Versorgungsinstanzen (z.B. niedergelassene Ärzte) oder vom Case Manager selbst initiiert. Daraufhin prüft der Case Manager die individuellen Zugangsvoraussetzungen und bindet ihn, bei Anspruch, in das jeweilige Case Management Programm ein (vgl. Ewers 2000a, S. 72ff). Einige Aufnahmekriterien können der folgenden Abbildung entnommen werden.

Abb. 8: Aufnahmekriterien für Case Management

Allgemeine Kriterien
1. Physiologische Instabilität 2. Mangelnde Selbstversorgungskompetenz aufgrund des physischen und/oder neurologischen Status 3. Mobilitäts-Einschränkung/Behinderung 4. Mangel an Unterstützung von nahen Angehörigen/Freunden/Bekannten 5. Vorgeschichte mit fehlender Compliance (z. B. Medikamenteneinnahme, Nachuntersuchungen) 6. Probleme mit dem Schmerzmanagement 7. Komplexität der Diagnose 8. Schwankender emotionaler Status 9. Neigung zu Problemen/Komplikationen 10. Verschiedene Disziplinen und/oder Abteilungen/Einrichtungen in die Versorgung involviert 11. Mehrere Wiedereinweisungen innerhalb kurzer Zeitperioden bzw. lange Verweildauern 12. Komplexe Entlassungsplanung, Bedarf an Unterbringung in besonderer Einrichtung 13. Bedarf an intensiver Anleitung/Schulung des Patienten bzw. seiner Familie 14. Nahender Tod, Sterbeprozess, Bedarf an Hospizversorgung 15. Mögliches finanzielles Risiko für die Einrichtung, u. a. m.

(Quelle: Ewers 2000a, S. 74)

2. Stufe: Assessment

Bei dem so genannten Assessment handelt es sich um eine Befragung des Patienten, um möglichst viele Informationen zur Einschätzung der Situation, der Problematik und des Unterstützungsbedarfes festzustellen. Dabei werden sowohl die objektiven Selbstversorgungsdefizite und die individuellen Versorgungsbedürfnisse, als auch eventuell vorhandene Ressourcen berücksichtigt. Der Assessmentprozess ist, laut Ewers, vergleichbar mit der Diagnostik in der Medizin. Der Case Manager begibt sich jedoch tiefer in die „Person-Umwelt-Beziehung“ des Patienten und erfragt Fakten zur gegenwärtigen sozialen Rolle, zu Aspekten der persönlichen und sachlichen Umwelt, zum sozioökonomischen Status sowie zu kulturellen und/ oder religiösen Bedürfnissen. Dieser Prozess nimmt eine wichtige Position im Case Management Regelkreis ein, da er mit seinen möglichst umfassend gesammelten Daten und Informationen die Voraussetzung für die Erstellung eines bedarfsorientierten und individuellen Versorgungsplans bildet (vgl. Ewers 2000a, S. 75f).

3. Stufe: Erstellung eines Versorgungsplans

Nach der Erfassung der notwendigen Informationen, erfolgt die Entwicklung und schriftliche Dokumentation eines Versorgungsplans. Unter konsequenter Einbindung des Betroffenen nimmt der Case Manager die Selbstversorgungsdefizite und -kompetenzen des Patienten auf, definiert individuelle, patientenbezogene Versorgungsziele, erstellt eine Liste aller Dienstleistungen, die geeignet sind, diese Ziele zu erreichen und klärt die Verantwortlichkeiten der einzelnen Helfer. Bei der Erstellung des Versorgungsplans muss der Case Manager darauf achten, sowohl kurzfristige, als auch langfristige Versorgungsziele zu formulieren, die zugleich realisierbar und überprüfbar sind. Außerdem müssen präventive oder rehabilitative Aspekte berücksichtigt werden. Ewers betont nochmals die Wichtigkeit, den Patienten und sein soziales Umfeld in die Erstellung des Versorgungsplans einzubeziehen, da der Case Manager so seine Objektivität wahren kann und dem Patienten zugleich eine informierte Entscheidung über seinen Versorgungsbedarf ermöglichen kann (vgl. Ewers 2000a, S. 76f).

4. Stufe: Implementation des Versorgungsplans

Nachdem der Patient und seine Angehörigen dem gemeinsam erstellten Versorgungsplan zugestimmt haben, kommt es zur Implementation, wobei der Case Manager im Wesentlichen zwei Aufgaben zu bewältigen hat. Zum einen ist er verantwortlich für die Verhandlungen mit den Leistungsanbietern und Kostenträgern und zum anderen für die Koordination des Leistungsgeschehens. Der Case Manager stellt somit sicher, dass der Versorgungsplan eingehalten wird. An dieser Stelle ist es von Bedeutung, welche Rolle der Case Manager schwerpunktmäßig einnimmt. In jedem Fall ist er jedoch das Verbindungsglied zwischen dem Patienten, seinem sozialen Umfeld und den verantwortlichen Dienstleistungsorganisationen (vgl. Ewers 2000a, S. 77).

5. Stufe: Monitoring und Re-Assessment

Mit der Implementation des Versorgungsplans ist die Aufgabe des Case Managers noch nicht beendet. Vielmehr muss er den gesamten Versorgungsverlauf überwachen und dafür sorgen, dass auf den, sich möglicherweise ändernden, Versorgungsbedarf des Patienten entsprechend reagiert wird. Weiterhin ist eine enge Zusammenarbeit mit dem Patienten, seinem sozialen Umfeld und den verschiedenen Versorgungsinstanzen notwendig, um Qualitätsmängel durch mangelhafte oder unangepasste Versorgungsangebote zu identifizieren und ihnen mit einem wiederholten Assessment entgegenzuwirken. Das Re-Assessment führt häufig dazu, dass auf eine frühere Stufe des Regelkreises Bezug genommen wird und Verträge mit neuen Leistungsanbietern geschlossen, Versorgungspläne verändert oder Versorgungsziele erweitert werden (vgl. Ewers 2000a, S. 77f).

6. Stufe: Evaluation des Versorgungsplans

Die Evaluation ist ein wesentlicher Schritt, der bei Abschluss oder nach einem ersten Durchlauf des Case Management Prozesses vollzogen wird. Grundsätzlich wird die Evaluation als Einschätzung des Verlaufs verstanden, indem der Case Manager die Qualität und den Erreichungsgrad der vereinbarten Ziele überprüft. Mit Hilfe der Evaluation soll die Wirksamkeit des Case Managements, sowohl auf der individuellen als auch auf der systemischen Ebene, beurteilt werden. Auf der

individuellen Ebene soll diese Phase dazu beitragen, eine Entscheidung für den weiteren Case Management Verlauf zu finden. Das bedeutet, es muss sich mit der Frage beschäftigt werden, ob weiterhin ein Bedarf besteht und somit ein Re-Assessment notwendig wird. In diesem Fall nimmt der Case Manager den veränderten Bedarf des Patienten auf und adaptiert den Versorgungsplan entsprechend. Auf der systemischen Ebene, geht es dagegen im Wesentlichen um die Bewertung der Kosteneffektivität und Rechenschaftslegung. Der Zeitpunkt, mit dem ein Case Management Fall beendet wird, weist deutliche Unterschiede innerhalb der einzelnen Case Management Modelle auf. Grundsätzlich gilt jedoch, dass ein Case Management Fall abgeschlossen ist, wenn sich der Zustand des Patienten stabilisiert hat (vgl. Ewers 2000a, S. 78).

5 Fallbeispiele: Implementierung des Case Management Konzeptes

Nachdem die derzeitigen Rahmenbedingungen im deutschen Gesundheitssystem erläutert wurden und das Case Management Konzept, als ein mögliches Managementinstrument zur Qualitäts- und Kostensteuerung, vorgestellt wurde, geht es im folgenden Abschnitt um zwei deutsche Krankenhäuser, in denen das Konzept bereits eingeführt wurde. Dabei soll die Frage beantwortet werden, ob die Implementierung eines Case Managements wirklich eine kostenreduzierende und qualitätssichernde Wirkung mit sich bringt.

5.1 Case Managements in einem Kreis-Krankenhaus

Güse und Frankenberger (2007, S. 1046) machen darauf aufmerksam, dass häufig Konzepte entwickelt und implementiert werden, ohne vorher deren Nutzen und Kosten konkret abzuschätzen. Ob der erhoffte Erfolg einer Optimierung oder Verbesserung eintritt, wird zwar teilweise überprüft, die Kosten für die Einführung sind zu diesem Zeitpunkt jedoch bereits entstanden. Um diese, bei einem Misserfolg, unnötigen Kosten zu sparen, wurde vor der Einführung eines Zentralen Case Managements in einem Kreis-Krankenhaus mit 326 Betten, zunächst eine Nutzwert- und Kostenanalyse erstellt.

Vorab wurden zwei Alternativen aufgestellt:

- Alternative 1: zentrales Case Management einführen
- Alternative 2: zentrales Case Management nicht einführen

Anschließend wurde gemeinsam mit den entsprechenden Entscheidungsträgern ein Zielsystem erarbeitet, welches die einzelnen Zielkomponenten darstellt und entsprechend ihrer Bedeutung die Gewichtung. Die folgende Tabelle verdeutlicht diese Aufstellung.

Tab. 6: Zielsystem

Zielkomponente	Begründung	Gewicht
Durchschnittliche Verweildauer senken	Wichtige Komponente zur Senkung der Kosten	35
Kodierqualität steigern	Wichtige Komponente zur Sicherung der Erlöse	30
Patientenzufriedenheit erhöhen	Komponente zur Kundenbindung	20
MitarbeiterInnenzufriedenheit erhöhen	Komponente für qualifizierte Arbeit und Kontinuität	15

(Quelle: Güse/ Frankenberger 2007, S. 1046)

Um die Nutzwertanalyse durchführen zu können, wurden zunächst die Kriterien festgelegt, um die Zielerträge zu messen:

- Durchschnittliche Verweildauer: Tage
- Kodierqualität: Case Mix Index (CMI)
- Patientenzufriedenheit: Zufriedenheitsindex ermittelt mit Hilfe einer Patientenbefragung (maximal 100 Punkte)
- Mitarbeiterzufriedenheit: Fehlzeitenquote und Fluktuation

Die Zielerträge der Alternative 2 stammen aus dem Jahr 2005 (vor Einführung des Case Managements). Demgegenüber steht die wesentlich schwierigere Abschätzung der Zielerträge für die geplante Alternative. Aus diesem Grund wurde in der Literatur und bei vergleichbaren Krankenhäusern nach Hinweisen gesucht, um auf dieser Basis eine Schätzung vornehmen zu können. Demzufolge wurde eine Rangfolge erstellt, in dem die Alternative, die das Kriterium am besten erfüllt, den höchsten Rang erhält. Da die Kriterien kardinal messbar sind, wurde sich dazu entschieden, eine Skala von 0 bis 1 zu wählen, wobei 0 die Alternative mit der schlechtesten Zielerreichung erhält und 1 die mit der besten. Alle anderen Alternativen werden prozentual daran gemessen (Tab. 7 in Klammern). Die folgende Tabelle stellt die Ergebnisse der Nutzwertanalyse dar (Güse/ Frankenberger 2007, S. 1046).

Tab. 7: Ergebnis der Nutzwertanalyse

Alternativen		Zentrales Case Management			Bisherige Organisation		
Kriterien	Gewicht	Zielertrag	Zielerfüllungsgrad	Teilnutzwert	Zielertrag	Zielerfüllungsgrad	Teilnutzwert
Durchschnittliche VD in Tagen	35	5,68	2 (1)	70 (35)	7,18	1 (0)	35 (0)
CMI	30	0,85	2 (1)	60 (30)	0,834	1 (0)	30 (0)
Patientenzufriedenheitsindex	20	95	2 (1)	40 (20)	82,13	1 (0)	20 (0)
MitarbeiterInnen-zufriedenheit	15	3,5	2 (1)	30 (15)	4,59	1 (0)	15 (0)
• Fehlzeitenquote (%)		10	2 (1)		14,04	1 (0)	
• durchschnittl. Fluktuation (%)							
Summe/Gesamtnutzwert	100			200 (100)			100 (0)

(Quelle: Güse/ Frankenberger 2007, S.1047)

Nachdem, mit Hilfe der Nutzwertanalyse, zu dem Ergebnis gekommen wurde, dass die Einführung eines zentralen Case Managements der bisherigen Organisationsstruktur vorzuziehen ist, wurden als zweites Entscheidungskriterium die Kosten betrachtet. In der Kostenanalyse wurde zwischen den Kosten der Einführung und den laufenden Kosten unterschieden. Die Einführungskosten fallen nur einmal bei der Einführung des zentralen Case Managements an. Die laufenden Kosten müssen jedoch zwischen den Alternativen verglichen werden. Diesbezüglich sind Kosteneinsparungen und steigende Erlöse zu berücksichtigen. Die folgende Tabelle zeigt die anfallenden Einführungskosten im Kreis-Krankenhaus.

Tab. 8: Einführungskosten des zentralen Case Managements

Aktivität/Anschaffung	Kosten (€)
Konzeptentwicklung	12.900
Büroausstattung 6 Case Manager	18.400
Interne Schulung	52.500
Informationsveranstaltung	2.500
Informationsbroschüre	5.000
Summe	91.300

(Quelle: Güse/ Frankenberger 2007, S. 1047)

Dieses Konzept wurde von einer Mitarbeiterin innerhalb von drei Monaten entwickelt. Um die weiteren Kosten kalkulieren zu können, war die Aufstellung dieses Konzeptes notwendig, obwohl die Kosten bereits entstanden und somit

unabhängig von der Einführung des zentralen Case Managements sind. Um jedoch später aufzeigen zu können, wann sich die Einführungskosten amortisiert haben, werden sie mit aufgeführt. Da im Kreis-Krankenhaus ausreichend Räume vorhanden sind, fallen lediglich die Kosten für die Ausstattung der Büros an. Die interne Schulung für die fünf Case Manager wird überwiegend von der zukünftigen Leiterin des zentralen Case Managements übernommen. Die Schulungsdauer beträgt insgesamt sechs Wochen. Für den Unterricht wurde die Arbeitszeit der zukünftigen Leiterin mit fünf Wochen und einer medizinischen Dokumentationsassistentin für eine Woche kalkuliert, plus sechs Wochen für die Vorbereitung der Schulung. Für die angehenden Case Manager wurden sechs Wochen Arbeitszeit kalkuliert. Die Informationsveranstaltung wird von den Case Managern geführt, um das Konzept vorzustellen und offene Fragen zu beantworten. Damit allen die Möglichkeit gegeben wird die Veranstaltung zu besuchen, beginnt sie vor dem Schichtwechsel und geht über diesen hinaus. Weiterhin gibt es Essen und Getränke, welche bei der Kalkulation mit inbegriffen sind. Da die Durchführenden in ihrer Funktion als Case Manager auftreten, ist ihre Arbeitszeit mit den laufenden Kosten abgedeckt. Als laufende Kosten (Tab. 9) wurden im Bereich Personalkosten die Bruttoarbeitgeberkosten angesetzt (vgl. Güse/ Frankenberger 2007, S. 1047).

Tab. 9: Jährliche laufende Kosten

Kostenart	Jährliche Kosten (€)
Personalkosten Leiterin	57.000
Personalkosten 5 Case Manager	260.000
Büromaterial	150
Fachliteratur	800
Summe	317.950

(Quelle: Güse/ Frankenberger 2007, S. 1048)

Des Weiteren machen Güse und Frankenberger (2007, S. 1048) darauf aufmerksam, dass in der Implementierungsphase (Anfang bis Mitte 2006) kaum Kosteneinsparungen und zusätzliche Erlöse zu erwarten sind, da sich das Case

Management in den Gesamtablauf des Krankenhauses integrieren muss und die Case Manager sich einarbeiten müssen. Jedoch wird auf Grundlage von Erfahrungswerten davon ausgegangen, dass durch die erwartungsgemäß sinkende Verweildauer (in der Regel 1,5 Tage) mit Kosteneinsparungen zu rechnen ist. Bei einer durchschnittlichen Verweildauer von bisher 7,18 Tagen, entspricht dies 20 % bzw. 65 Betten. Da die Betten in der Regel nicht in vollem Umfang abgebaut werden können, wird vorsichtig davon ausgegangen, eine Station (40 Betten) zu schließen. Daraus kann abgeleitet werden, dass die anderen Stationen mehr Patienten mit kürzerer Verweildauer behandeln und pflegen müssen, wodurch es zu einer Erhöhung der durchschnittlichen Kosten pro Pfl egetag kommen wird. Für eine vorsichtige Schätzung wurde deshalb davon ausgegangen, dass nur 50 % der Kosten einer Station eingespart werden. Die Kosten einer Station werden in der folgenden Tabelle dargestellt.

Tab. 10: Kosten einer Station

Personalkosten	Kosten (€)
Ärztlicher Dienst	200.000
Honorare für nicht am Krankenhaus angestellte Ärzte	22.000
Pflegedienst	151.600
Summe Personalkosten	373.600
Sachkosten	
Arzneimittel	123.000
Ärztl. und pfleg. Verbrauchsmaterial	32.020
Lebensmittel	920
Laborbedarf	4.600
Untersuchungen im Fremdinstitut	60.000
Bedarf an EKG, EEG, Sono	300
Bedarf an phys. Therapie	50
Feindesinfektion	800
Krankentransport	7.600
Summe Sachmittel	229.290
Gesamtkosten einer Station	602.890

(Quelle: Güse/ Frankenberger 2007, S.1049)

Weiterhin betonen Güse und Frankenberger (2007, S. 1048), dass durch die verbesserte Kodierqualität mit zusätzlichen Erlösen zu rechnen ist. Geht man

beispielsweise von einer Steigerung des CMIs um 1,9 % bzw. 0,016 aus, bei einem Basisfallwert von ca. 2.800 € (Bayern 2007) und 12.000 Patienten pro Jahr, dann ergeben sich zusätzliche Erlöse in Höhe von 573.600 € jährlich. Aus der folgenden Tabelle geht hervor, dass die Kosteneinsparungen und die zusätzlichen Erlöse die laufenden Kosten übersteigen.

Tab. 11: Kostenverlauf bei der Einführung des zentralen Case Managements

	2006	2007	2008	2009	2010
Einführungskosten	-91.300				
Laufende Kosten	-158.975	-317.950	-317.950	-317.950	-317.950
Kosteneinsparung		301.445	301.445	301.445	301.445
Zusätzliche Erlöse		537.600	537.600	537.600	537.600
Summe	-250.275	521.095	521.095	521.095	521.095
Kumulierte Kosten bzw. Erlöse	-250.275	270.820	791.915	1.319.010	1.834.105

(Quelle: Güse/ Frankenberger 2007, S. 1049)

Nach dieser Schätzung werden die Kosten für die Einführung bereits im ersten Jahr nach der Einführung des zentralen Case Managements erwirtschaftet sein. Demnach erscheint es auf Grundlage der Nutzwert- und Kostenanalyse als sinnvoll, das zentrale Case Management einzuführen. Es muss jedoch hervorgehoben werden, dass die geschätzten Ergebnisse nur erreicht werden, wenn die zu erwartenden Einsparungspotenziale auch umgesetzt werden. Das bedeutet, es muss mit der Schließung einer Station gerechnet werden. Erfolgt diese Schließung nicht, werden insbesondere die Personalkosten (62 %) nicht eingespart. Auf Grund der hohen Erlössteigerung kann jedoch trotzdem davon ausgegangen werden, dass die Einführungskosten innerhalb des ersten Jahres erwirtschaftet werden. In diesem Fall ist es sinnvoll, Mitte oder Ende 2007 eine erste Evaluation durchzuführen, um zu überprüfen, ob die erwarteten Ergebnisse tatsächlich eingetreten sind. Sollte dies nicht der Fall sein, muss überprüft werden, warum die aus der Literatur beschriebenen Effekte anderer Krankenhäuser nicht erzielt wurden und das Konzept muss entsprechend angepasst werden.

5.2 Case Management am Klinikum der Universität zu Köln

Das Klinikum der Universität zu Köln ist ein Krankenhaus der Maximalversorgung, mit etwa 1.400 Betten in 27 klinischen Abteilungen. Jährlich werden ca. 50.000 Patienten stationär und rund 150.000 ambulant behandelt.

Anfang des Jahres 2003 begann der Pflegedirektor René A. Bostelaar über neue und effizientere Formen der Patientenversorgung nachzudenken und schlug vor, die Versorgung der Patienten in Zukunft nach den bereits erprobten Prinzipien des Case Managements zu organisieren. Der Vorstand der Universitätsklinik war mit diesem Vorschlag einverstanden, woraufhin ein einjähriges Pilotprojekt auf der Kardiologie gestartet wurde. Durch Vorgespräche und Informationsveranstaltungen wurde deutlich, dass die Mediziner und das Pflegepersonal diesem Projekt sehr aufgeschlossen und motiviert gegenüberstanden, was, laut Bostelaar, Voraussetzung für ein funktionierendes Case Management sei. Des Weiteren wird darauf hingewiesen, dass seit Beginn des Pilotprojektes die Arbeit interdisziplinär in Netzwerken organisiert wird, wodurch Offenheit und Transparenz über alle Abteilungen geschaffen wird. Das Pflegepersonal und die Mediziner waren, Bostelaar zufolge, schnell von den Vorteilen des neuen Organisationsmodells überzeugt, da durch die entstandenen flachen Hierarchien, Teamarbeit und die aktive Mitwirkung an dem neuen Konzept, die Motivation gesteigert wurde und somit die Akzeptanz des Case Managements erheblich angestiegen ist. Neu war vor allem die Herangehensweise an den Patienten, da nun nicht mehr der Patient an die Station und ihre Strukturen angepasst wird, sondern der Patient und seine individuelle Verfassung im Mittelpunkt steht.

Mittlerweile wurde das Case Management im gesamten Klinikum eingeführt, wobei 30 Case Manager für jeweils 60 bis 80 Patienten verantwortlich sind. Bereits bei der Aufnahme des Patienten werden der individuelle medizinische und pflegerische Behandlungs- und Versorgungsbedarf sowie die gesundheitlichen Risiken möglichst genau kalkuliert. Auf diese Weise lässt sich feststellen, ob ein Patient intensiv („high care“) oder weniger intensiv („low care“) versorgt werden muss. Hinzukommt, dass,

durch das Case Management, die vor- und nachstationären Prozesse wesentlich stärker in die Planung einbezogen werden als in der Vergangenheit, da diese Abläufe nun von den Case Managern organisiert und koordiniert werden. Ein Ziel des Case Management Konzeptes ist die Senkung der Verweildauer, jedoch muss nun geprüft werden, ob der Patient nach der Entlassung in die Häuslichkeit ausreichend versorgt wird oder ob das Komplikationsrisiko einen Rückfall erwarten lässt. Um dieses Risiko zu minimieren, arbeitet der Sozialdienst enger als zuvor mit dem Pflegepersonal zusammen. Eine weitere Neuerung für die Pflegekräfte ist die Tatsache, dass sie als Case Manager neben dem Wohl des Patienten, auch die Qualitätssicherung und Kostenkontrolle im Blick haben müssen. Demnach müssen interne und externe Schnittstellen über die Sektorengrenzen hinaus, ressourcenschonend miteinander verknüpft und eine optimierte Ablauforganisation geschaffen werden (vgl. Franke 2007, S. 163f).

Das Ergebnis, durch die Einführung des Case Managements ist erstaunlich. So konnten im Jahr 2005 Einsparungen in Höhe von 3,5 Millionen Euro erzielt werden. Aber auch das Pflegepersonal hat von der Einführung profitiert, da die Überstunden erheblich reduziert werden konnten und die eigentlichen beruflichen Aufgaben gestärkt wurden. Dadurch, dass das Personal nun mehr Zeit und Hinwendung für den Patienten aufbringen kann, steigt die Qualität der Pflege beachtlich, ebenso wie die Mitarbeiterzufriedenheit. Das Kölner Universitätsklinikum hat es 2005 mit Hilfe des Case Managements geschafft, die Jahresbilanz von minus zehn Millionen Euro auf minus 300.000 Euro zu verringern, bei gleichzeitiger Steigerung der Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit, einer verbesserten Bettenauslastung und einer verkürzten Verweildauer. In der Orthopädie siegen demnach in einem einjährigen Vergleichszeitraum die Fallzahlen von 2.008 auf 2.237,5 und die Verweildauer ging im gleichen Zeitraum von 10,36 Tagen auf 9,56 Tage zurück, während die Bettenauslastung von 83,82 % auf 86,01 % stieg. Das Case Management hat es somit innerhalb eines Jahres geschafft, 229,5 Fälle mehr zu betreuen, ohne zusätzliches Personal einstellen zu müssen. Gleichzeitig konnte die Verweildauer um 0,8 Tage verringert werden, während die Bettenauslastung um 2,19 % gestiegen ist (vgl. Franke 2007, S. 164f).

6 Fazit

Seit Beginn der neunziger Jahre, des zurückliegenden Jahrhunderts, wird das Case Management immer häufiger im Zusammenhang mit der Umgestaltung des deutschen Gesundheitssystems erörtert. Speziell im internationalen Kontext wird es als Lösungsansatz für die vielfältigen Versorgungs- und Steuerungsprobleme im Gesundheitssektor angesehen. Insbesondere die Einführung der Diagnosis Related Groups (DRGs) in Deutschland setzt viele Krankenhäuser unter einen enormen Druck. Diesbezüglich muss ein besonderes Augenmerk auf die Kürzung der Verweildauer gelegt werden. Die Krankenhäuser sind gezwungen ihre internen Ablaufprozesse zu ändern, da sich die Verweildauer zu einem erstaunlichen Kostentreiber entwickelt hat.

Das Case Management, als ein mögliches Steuerungsinstrument, wurde im Rahmen dieser Arbeit vorgestellt. Eine Reihe von empirischen Untersuchungen hat ergeben, dass die Einführung eines Case Managements im Krankenhaus sehr effektiv ist, insbesondere bei der Behandlung von chronischen Erkrankungen wie Diabetes und koronare Herzerkrankungen. Aus diesem Grund, kann davon ausgegangen werden, dass das Case Management in Deutschland erheblich an Bedeutung gewinnen wird. Das Grundproblem liegt darin begründet, dass lediglich eine kleine Anzahl von Versicherten für einen Großteil der Kosten verantwortlich ist. Demnach verursachen 0,5 % der Versicherten 20,6 % der gesamten Gesundheitsausgaben. Aus diesem Grund ist es sinnvoll, sich nicht auf 80 % der Versicherten zu konzentrieren, welche lediglich 10 % der Kosten verursachen. Wesentlich effizienter ist es, sich auf die „teuren“ Fälle zu konzentrieren, um deren Behandlung zu optimieren (vgl. Amelung/Schumacher 2004, S. 205).

Dem Case Management wird häufig die Ökonomisierung und der Missbrauch vorgeworfen. Der Ursprung dieser Behauptung liegt darin begründet, dass davon ausgegangen wird, dass die Ökonomie mit dem Case Management Modell ausschließlich eine Kostensenkung beabsichtigt. Betrachtet man jedoch die Tatsache, dass die Kosteneinsparungen zwar ein wesentliches Ziel darstellen, aber auch die

Qualitätsverbesserung eine zentrale Bedeutung einnimmt, dann wird schnell deutlich, dass dieser Vorwurf nicht gerechtfertigt ist. Es ist nämlich davon auszugehen, dass eine schlechte Qualität langfristig zu höheren Kosten führen würde. Demgegenüber steht die Tatsache, dass eine reine Qualitätsverbesserung, die zu höheren Kosten führt, ebenso wenig akzeptabel ist. Es darf nicht in Vergessenheit geraten, dass das Gesundheitswesen ein gemeinschaftlich finanzierter Sektor ist und somit die vorhandenen Ressourcen effizient eingesetzt werden müssen.

Des Weiteren ist es wichtig darauf hinzuweisen, dass die professionelle Schulung eines Case Managers von überragender Bedeutung ist. In dieser Position muss er sehr vielseitig sein und über ein großes Wissen verfügen. Auf der einen Seite muss ein Case Manager konfliktfähig sein und Vermittlungskompetenzen besitzen. Und auf der anderen Seite ist es von großer Bedeutung, dass er über genaue Kenntnisse in Bezug auf die örtlichen Netzwerke und Hilfsangebote verfügt. Außerdem kann es schnell zu einem Defizit im Case Management kommen, wenn vermehrt unprofessionelle Case Manager beobachtet werden. Amelung und Schumacher (2004, S. 205) zufolge, ist es bereits vorgekommen, dass sich die Betreuung durch einen Case Manager ausschließlich auf Telefonate beschränkte, was von Unprofessionalität und Inkompetenz zeugt.

Zusammenfassend möchte ich erwähnen, dass das Case Management über die notwendige Innovation verfügt, um den Versorgungsproblemen entgegenwirken zu können. Wie bereits die beiden Fallbeispiele gezeigt haben, hat sich die Einführung eines Case Managements, sowohl in einem kleinen Kreis-Krankenhaus, als auch in einem großen Universitätsklinikum gelohnt. Aus diesem Grund bin ich zu dem Schluss gekommen, dass die Implementierung des Case Managements, bei guter Vor- und Nachbereitung, ein sinnvolles und effektives Managementinstrument zur Qualitäts- und Kostensteuerung darstellt.

7 Literaturverzeichnis

- 1 AMELUNG, Volker E./ SCHUMACHER, Harald: Managed Care. Neue Wege im Gesundheitsmanagement. Gabler Verlag: Wiesbaden 2004, S. 193; 205

- 2 BERGER, Hendrike/ STOCK, Christian: Grundlagen der Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik. In: Schmidt-Rettig, Barbara/ Eichhorn, Siegfried (Hrsg.): Krankenhaus-Managementlehre. Theorie und Praxis eines integrierten Konzepts. Verlag W. Kohlhammer: Stuttgart 2008, S.30

- 3 DEBATIN, Jörg F.: Einleitung. Zukunft Krankenhaus: Überleben durch Innovation. In: Schmitz, Christoph (Hrsg.): Zukunft Krankenhaus. Überleben durch Innovation. Wissenschaftsverlag: Berlin 2006, S. XV; XVIIIf

- 4 EICHHORN, Peter/ GREILING, Dorothea: Das Krankenhaus als Unternehmen. In: Arnold, Michael et al. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2002. Schwerpunkt: Krankenhaus im Wettbewerb. Schattauer-Verlag: Stuttgart 2003, S. 31

- 5 EISENMENGER, Matthias et al.: Bevölkerung Deutschlands bis 2050. 11. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. Statistisches Bundesamt: Wiesbaden 2006, S. 36-38

- 6 EWERS, Michael: Das anglo-amerikanische Case Management. Konzeptionelle und methodische Grundlagen. In: Ewers, Michael/ Schaeffer, Doris (Hrsg.): Case Management in Theorie und Praxis. Hans Huber Verlag: Göttingen 2000a, S. 56-58; 63-70; 72-78

- 7 EWERS, Michael: Case Management im Schatten von Managed Care. Sozial- und gesundheitspolitische Grundlagen. In: Ewers, Michael/ Schaeffer,

Doris (Hrsg.): Case Management in Theorie und Praxis. Hans Huber Verlag: Göttingen 2000b, S. 41-43

- 8 FRANKE, Detlef H.: Krankenhaus-Management im Umbruch. Konzepte-Methoden- Projekte. Kohlhammer-Verlag: Stuttgart 2007, S. 11; 21; 162-165

- 9 GÜSE, Christine/ FRANKENBERGER, Silke: Lohnt sich Case-Management? Bewertung mit Hilfe einer Nutzwert- und Kostenanalyse. In: Krankenhaus Umschau, 11/2007, S. 1046-1049

- 10 HENKE, Klaus-Dirk/ GÖPFFARTH, Dirk: Das Krankenhaus im System der Gesundheitsversorgung. In: Hentze, Joachim et al. (Hrsg.): Krankenhaus-Controlling. Konzepte, Methoden und Erfahrungen aus der Krankenhauspraxis. Verlag W. Kohlhammer: Stuttgart 2002, S. 5

- 11 HOLLICK, Jürgen/ KERRES, Andrea: Pflege im DRG-System. DRGs-Pflege-Pflegediagnosen. Spitta Verlag: Balingen 2005, S. 7

- 12 MÜHLBAUER, Bernd H.: Prozessorganisation im DRG-geführten Krankenhaus. Wiley-Verlag: Weinheim 2004, S. 24f

- 13 OSWALD, Julia: Die Krankenhauswirtschaft in Zahlen. In: Schmidt-Rettig, Barbara/ Eichhorn, Siegfried (Hrsg.): Krankenhaus-Managementlehre. Theorie und Praxis eines integrierten Konzepts. Verlag W. Kohlhammer: Stuttgart 2008, S. 56

- 14 RAPP, Boris: Praxiswissen DRG. Optimierung von Strukturen und Abläufen. Verlag W. Kohlhammer: Stuttgart 2008, S. 9

- 15 ROBERT-KOCH-INSTITUT: Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gesundheit in Deutschland. Berlin 2006, S.14

- 16 SAMBALE, Manuela: Empowerment statt Krankenversorgung. Stärkung der Prävention und des Case Management im Strukturwandel des Gesundheitswesens. Schlütersche Verlagsgesellschaft: Hannover 2005, S. 85-87; 92
- 17 SCHERER, Ingo: Stationäre Krankenhausbehandlung im Spannungsverhältnis zwischen Ökonomisierung und Haftungsrecht. Tectum Verlag: Marburg 2007, S. 29-33; 35
- 18 SCHWAIBERGER, Maria: Case-Management im Krankenhaus. Die Einführung von Case Management im Krankenhaus unter den geltenden rechtlichen Bestimmungen für stationäre Krankenhausbehandlung. Bibliomed: Melsungen 2002, S. 13; 19
- 19 STATISTISCHES BUNDESAMT: Datenreport 2006. Zahlen und Fakten über die Bundesrepublik Deutschland. Bundeszentrale für politische Bildung: Bonn 2006, S. 187; 191-193
- 20 STATISTISCHES BUNDESAMT: Demographischer Wandel in Deutschland. Bevölkerungs- und Haushaltsentwicklung im Bund und in den Ländern. Wiesbaden 2007, S. 23
- 21 WEINMANN, Julia/ ZIFONUN, Natalie: Gesundheitsausgaben und Gesundheitspersonal 2001. In: Wirtschaft und Statistik. Juni 2003, S. 520
- 22 WERTHEMANN, Charlotte: Case Management im Gesundheitswesen. Konzeptionelle Grundlagen, ausländische Beispiele und erste Erfahrungen in der Schweiz. dissertation.de – Verlag im Internet GmbH: Berlin 2006, S. 36f; 44
- 23 ZIFONUN, Natalie: Gesundheitsausgaben 1992 bis 2002. In: Wirtschaft und Statistik. Juli 2002, S. 597

8 Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre an Eides Statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken habe ich als solche kenntlich gemacht.

Unterschrift des Verfassers:

Christin Haack

Ort, Datum