



H o c h s c h u l e N e u b r a n d e n b u r g
Fachbereich Gesundheit, Pflege, Management
Studiengang Pflegewissenschaft/Pflegemanagement

**STATIONÄRES CASE-MANAGEMENT IN
NORDRHEIN-WESTFALEN – STATUS QUO DER
FALLFÜHRUNG ALS NEUES
VERSORGUNGSKONZEPT IM KRANKENHAUS**

M a s t e r a r b e i t

zur

Erlangung des akademischen Grades

Master of Science (M.Sc.)

Vorgelegt von: Dennis Brinkhaus

Betreuer: Prof. Dr. paed. Bendriska Bethke

Zweitbetreuer: Prof. Dr. rer. biol. hum. Hans-Joachim Götze

Tag der Einreichung: 15.10.2018

Inhaltverzeichnis

I. ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	V
II. TABELLENVERZEICHNIS	V
1 EINLEITUNG	1
1.1 PROBLEMHINTERGRUND	1
1.2 METHODIK	4
1.3 BEGRIFFSBESTIMMUNG	6
1.3.1 STATIONÄRE VERSORGUNG	6
1.3.2 KONZEPT	7
1.3.3 KRANKENHAUS	7
2 GRUNDLAGENKAPITEL	9
2.1 ENTSTEHUNG UND ENTWICKLUNG DES CASE MANAGEMENT KONZEPTS	9
2.2 GRUNDANNAHMEN UND VORBEMERKUNGEN ZUM CASE MANAGEMENT	11
2.3 DEFINITIONEN UND ERLÄUTERUNGEN DES CASE MANAGEMENT-KONZEPTES	12
2.4 PROZESSMANAGEMENT UND FALLFÜHRUNG	16
2.4.1 CASE MANAGEMENT ALS SYSTEMKONZEPT	17
2.4.2 CASE MANAGEMENT ALS FALLFÜHRUNGSKONZEPT	18
2.5 ADRESSATEN UND INDIKATIONSKRITERIEN FÜR DAS CASE MANAGEMENT	20
2.6 CASE MANAGEMENT FUNKTIONEN	22
2.6.1 ADVOCACY	23
2.6.2 BROKER	25
2.6.3 GATE KEEPER	26
2.6.4 SUPPORTER	28
2.7 DER CASE MANAGEMENT-PROZESS	29
2.7.1 KLÄRUNGSPHASE	30
2.7.2 PHASE 1: INTAKE	32
2.7.3 PHASE 2: ASSESSMENT	35
Dennis Brinkhaus	II

2.7.4	PHASE 3: ZIELVEREINBARUNG UND HILFEPLANUNG	38
2.7.5	PHASE 4: DURCHFÜHRUNG UND LINKING	41
2.7.6	PHASE 5: MONITORING INKLUSIVE RE-ASSESSMENT	43
2.7.7	PHASE 6: EVALUATION	44
2.8	CASE MANAGEMENT IM KRANKENHAUS	46
3	EMPIRISCHE UNTERSUCHUNG	50
3.1	FORSCHUNGSFRAGEN	50
3.2	METHODIK	50
3.2.1	DATENERHEBUNG DURCH LEITFADENGESTÜTZTE EXPERTENINTERVIEWS	51
3.2.2	AUSWAHL DER INTERVIEWPARTNER	52
3.2.3	DURCHFÜHRUNG DER INTERVIEWS	53
3.2.4	TRANSKRIPTION DER INTERVIEWS	54
3.3	DATENAUSWERTUNG	55
3.3.1	EXTRAKTION	55
3.3.2	AUFBEREITUNG	56
3.3.3	AUSWERTUNG	56
3.4	DARSTELLUNG DER ERGEBNISSE	57
3.4.1	KONZEPTVERSTÄNDNIS	57
3.4.2	PRAKTISCHE UMSETZUNG DES CASE MANAGEMENT-KONZEPTES	59
3.4.3	ROLLENVERSTÄNDNIS DES CASE MANAGERS	65
3.4.4	PROBLEME UND HERAUSFORDERUNG IN DER UMSETZUNG DES CASE MANAGEMENT-KONZEPTES	69
3.4.5	PERSÖNLICHE ERFAHRUNGEN UND EINDRÜCKE IN DER UMSETZUNG DES CASE MANAGEMENT-KONZEPTES	72
3.4.6	BEDEUTUNG DES CASE MANAGEMENT-KONZEPTES FÜR DIE ZUKÜNFTIGE KRANKENVERSORGUNG	75
4	DISKUSSION	78
4.1	DISKUSSION DER ERGEBNISSE	78
4.2	KRITISCHE WÜRDIGUNG DER QUALITATIVEN METHODIK	83

4.3	SCHLUSSFOLGERUNGEN	84
5	QUELLENVERZEICHNIS	87
6	ANHANG	93
	EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG	

I. Abkürzungsverzeichnis

AZ	Aktenzeichen
CMSA	Case Management Society of America
COS	Charity Organization Societies
DGCC	Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management
DRG	Diagnosis Related Groups
NSAW	National Association of Social Workers
SVR	Sachverständigenrat
VPU	Verband der Pflegedirektorinnen und Pflegedirektoren der Universitätskliniken und Medizinischen Hochschulen Deutschlands e.V.

II. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Personenbezogene Daten der Interviewpartner	53
--	----

1 Einleitung

1.1 Problemhintergrund

Der so häufig beschriebene demografische Wandel bedeutet im Grunde nur eine Veränderung der Bevölkerungsstruktur. Prognosen beschreiben die Veränderungen in Deutschland so, als dass die Gesamtbevölkerungszahl bis zum Jahr 2050 auf nur noch 68,7 Millionen Einwohner sinkt. Das entspricht einer Reduktion um 16,6% im Vergleich zum Jahr 2005. Die Bevölkerungsstruktur verändert sich außerdem dahingehend, dass die Gesellschaft in Deutschland zunehmend altert, das heißt der Anteil an alten und sehr alten Menschen wächst. 2050 wird jeder siebte Deutsche älter sein als 80 Jahre, das entspricht etwa 10 Millionen Einwohnern. Gleichzeitig nimmt die Zahl der jungen Menschen kontinuierlich ab. Gründe dafür sind vor allem die steigende Lebenserwartung und die Abnahme der Geburtenhäufigkeit (vgl. Peters, E., Pritzkeleit, R., Beske, F. & Katalinic, A., 2010, S. 417f.; SVR-Gesundheit, 2007, S. 73). Bereits 2006 zeigt Deutschland den dritthöchsten Anteil der über 60-jährigen weltweit und nimmt Rang vier in Bezug auf das höchste Durchschnittsalter der Bevölkerung ein (vgl. SVR-Gesundheit, 2007, S. 73).

Mit zunehmendem Alter und nach dem Austritt aus dem Erwerbsleben steigt das Risiko an einer Erkrankung zu leiden. Das zeigen die Zahlen des Mikrozensus, demnach waren 13% der Bevölkerung zum Zeitpunkt der Erhebung bzw. in den vier Wochen zuvor, krank oder unfallverletzt. Mit zunehmendem Alter steigt der Anteil der Erkrankten. In der Altersgruppe zwischen 65 und 69 Jahre lag dieser bei 17%, in der Altersgruppe zwischen 70 und 74 Jahre war der Anteil bereits größer als ein Fünftel (22%) und bei den 75-jährigen und Älteren waren sogar mehr als jeder¹ Vierte erkrankt oder unfallverletzt (vgl. Statistisches Bundesamt, 2006, S. 55ff.). Weitere wichtige Merkmale zu Erkrankungen im Alter sind unspezifische Symptomatik, ein längerer Krankheitsverlauf und die verzögerte Genesung. Außerdem sind die Krankheiten häufig chronisch und/oder progredient. Die altersbedingte Zunahme des Anteils an erkrankten Menschen führt also unweigerlich auch

¹ Aus Gründen der Leserlichkeit des Textes werden alle im Folgenden verwendeten Personen- und Berufsbezeichnungen nur in der männlichen Form verwendet, es sind aber immer beide Geschlechter gemeint.

dazu, dass der Anteil derer steigt die an mehreren Krankheiten gleichzeitig leiden (vgl. Saß, A. C., Wurm, S. & Scheidt-Nave, C., 2010, S. 407).

Nicht nur das Vorkommen chronischer Krankheiten und der Anteil schwerer Erkrankungen nehmen im Alter zu, es verändert sich das gesamte Krankheitsgeschehen, welches durch Multimorbidität geprägt ist. Im Jahr 2002 gaben fast ein Viertel (24%) der über 70-jährigen im Alterssurvey an, an fünf oder mehr Erkrankungen zu leiden. Der Anteil derer die unter keiner Erkrankung litten, lag lediglich bei 7%. Multimorbidität lässt sich nicht einfach addieren, sie führt häufig zu komplexen und synergetischen Verstärkungen bspw. in funktionellen Einschränkungen. Im Verlauf der chronischen Krankheit/en entstehen teilweise hohe Betreuungsbedarfe die sich auf nahezu alle Lebensbereiche des Erkrankten auswirken. Vor allem aber sind es Einschränkungen in der individuellen Lebensgestaltung und der Selbstversorgung (vgl. VSR-Gesundheit, 2007, S. 73).

Die Bewältigung von chronischen Erkrankungen bedeutet für die Patienten große Herausforderungen. Diese fangen bereits bei der Diagnose an und führen weiter über die Suche nach geeigneten Behandlungsinstanzen und –methoden. Diese erscheinen für die Patienten sehr vielfältig und häufig intransparent in unserem Versorgungssystem. Dazu kommen noch negative körperliche Begleiterscheinungen und generelle Unsicherheit auf Grund der Unberechenbarkeit der Erkrankung, die es zu bewältigen gilt. Der Patient muss einen schwer kalkulierbaren Wechsel von stabilen und instabilen Phasen des Krankheitsverlaufs bewältigen und steht somit unter einer enormen Belastung und Stress (vgl. Schaeffer, D. 2006, S. 193).

Das deutsche Gesundheitssystem wird den Anforderungen an eine moderne Versorgung, vor allem chronisch kranker, multimorbider und pflegebedürftiger Menschen, nicht gerecht. Im Fokus der Kritik werden mangelnde Kontinuität und Vernetzung der Versorgungsdienstleister, sowie eine mangelhafte ambulante Versorgungsinfrastruktur angeführt. Dazu kommen noch Schnittstellenprobleme zwischen verschiedenen Versorgungsbereichen. Es bestehen Kooperations- und Koordinationsmängel bei den Leistungserbringern, sowie ein Leistungsangebot, das kaum überschaubar scheint. Die komplexen Bedarfe chronisch kranker, alter Menschen stehen diesen Gegebenheiten gegenüber, was unweigerlich zu Versorgungslücken führt. Ein weiteres Problem der Gesundheitsversorgung ist, dass immer noch häufig ein sequenzielles Verständnis für Krankheitsverläufe besteht. Das bedeutet, die Phasen der Gesundheitsversorgung

(Gesundheitsförderung, Prävention, Kuration, Rehabilitation und Pflege) und auch die dazugehörigen Maßnahmen laufen in diesem Verständnis idealer Weise nacheinander und zeitlich voneinander getrennt ab. Dieses Verständnis wird den komplexen Gesundheits- und Krankheitssituationen im Alter, aber auch bei sehr schweren Erkrankungen nicht gerecht. Der Grund dafür ist die gleichzeitige Präsenz mehrerer Gesundheitsstörungen, die sich dann auch noch in unterschiedlichen Phasen des Verlaufes befinden können, wodurch eine gleichzeitige und gleichberechtigte Anwendung und Vernetzung von Maßnahmen erforderlich ist. Mit solch einem Verständnis von vernetzten Versorgungsmodellen käme man dem Ziel einer adäquaten und klientenorientierten Gesundheitsversorgung näher (vgl. Kuhlmeier, A., 2011, S. 918).

So wird klar, dass in Deutschland die Patientenversorgung verändert werden muss, obgleich das Gesundheitssystem eines der leistungsfähigsten der Welt ist. Die Patientenversorgung muss zukünftig grenzüberschreitend agieren, also sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich, aber auch in der Rehabilitation und Pflege (vgl. Windhorst, T., 2015, S. 434).

Das Case-Management stellt ein modernes Versorgungskonzept dar, wodurch die Situation der Betroffenen stabil gehalten und Versorgungsverläufe gesteuert werden sollen, so dass eine individuelle Versorgung ohne Über-, Fehl- oder Unterversorgung gewährleistet wird. Dafür müssen Leistungen unterschiedlicher Anbieter und Akteure koordiniert und aufeinander abgestimmt werden, ohne dass es zu Informationsverlusten an den Schnittstellen kommt. Ein solches Konzept lässt sich aber nicht einfach in das deutsche Gesundheitssystem übertragen, es muss adaptiert und wissenschaftlich begleitet werden (vgl. Kuhlmeier, A., 2011, S. 920).

In fast allen Versorgungsbereichen machen chronisch Kranke einen Großteil der Klientel aus. Die Versorgungsorganisation und Versorgungssteuerung dieser Menschen muss weiter in das Zentrum pflegewissenschaftlicher Forschung und als Handlungsfeld der Profession Pflege etabliert werden, um so der international zugeordneten Schlüsselrolle in der Versorgung von chronisch kranken Menschen gerecht zu werden. Die Pflege ist in der Lage Case-Management als Versorgungskonzept umzusetzen, aber diese Vorstellung erhält nur langsam Einzug in die Versorgungsrealität (vgl. Schaeffer, D., 2006, S. 197f.).

Der Sachverständigenrat (SVR) zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen moniert in seinem Gutachten 2009 des Weiteren die fehlende Evidenz für Leitlinien zur Versorgung multimorbider alter Menschen. Der SVR mahnt, es müssen Leitlinien erstellt werden die Behandlungsprioritäten klären, den Gesamtzustand des Patienten berücksichtigen und dabei an deren Ressourcen und Fähigkeiten angepasst sein. Sie müssen aber auch die Lebenserwartung und individuelle Situation des Patienten beachten. Außerdem müsse ein besonderer Fokus auf Betreuungsstrukturen und Versorgungsprozesse zur Verbesserung von Vereinbarungen an den sektoralen Schnittstellen gelegt werden. Der SVR sieht ein großes Problem nicht in der Akzeptanz solcher Leitlinien sondern in der Implementierung in den praktischen Versorgungsalltag (vgl. SVR-Gesundheit, 2009, S. 30).

Auf Grund der zuvor beschriebenen Problematiken besteht ein wissenschaftliches Interesse in der Auseinandersetzung mit dem Case-Management als neues Versorgungskonzept im Krankenhaus. Es betrifft nicht nur eine große und immer größer werdende Zielgruppe, sondern knüpft auch an die Forderungen im wissenschaftlichen Diskurs an, Versorgungskonzepte zu adaptieren und zu begleiten.

Diese Arbeit soll einen Beitrag dazu leisten, abzubilden ob und in welcher Art und Weise sich das stationäre Case-Management als neues Versorgungskonzept in den praktischen Alltag der Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen etabliert hat.

1.2 Methodik

Für die Bearbeitung des Grundlagenkapitels wurde eine systematische Literaturrecherche durchgeführt. Das Ziel der systematischen Literaturrecherche ist es, eine fundierte Wissensbasis zu generieren. Mittels der Literaturrecherche wird ein bereits bekanntes Thema, Konzept oder Problem untersucht. Durch diese Untersuchung sollen Lücken, Übereinstimmungen oder Widersprüche, die eventuell bestehen, aufgedeckt werden. Des Weiteren sollen offene Frage in Bezug auf das Thema, Konzept oder Problem generiert werden. Diese können dann als Forschungsfragen fungieren (vgl. LoBiondo-Wood, G. & Haber, J., 1996, S. 130).

Der Ablauf der Literaturrecherche lässt sich in drei Phasen einteilen. Phase eins ist die Bestimmung des Untersuchungsgegenstandes. In dieser Phase wird das Thema festgelegt

schließlich wird eine Grobrecherche durchgeführt und das erste Einlesen in das Thema beginnt (vgl. Kleibel, V. & Mayer, H., 2005, S. 25).

In Phase zwei beginnt die eigentliche Recherche in der die Suchhilfen und richtigen Suchbegriffe ausgewählt werden. Zu dieser Phase gehört ebenso die Ordnung und Beschaffung der recherchierten Literatur (vgl. Kleibel, V. & Mayer, H., 2005, S. 28f.).

In Phase drei wird die recherchierte Literatur bewertet. Die Literatur wird kritisch gelesen, auf ihre Eignung in Bezug auf das Thema überprüft und dann mit den anderen Literaturinhalten verglichen und in Verbindung gebracht. In diesem Schritt werden verschiedene Konzepte, Theorien, Aussagen oder Forschungsergebnisse zum Forschungsthema zusammengetragen.

Obwohl der Kernschritt der Literaturrecherche, das Suchen und Beschaffen der Literatur hier bereits angeschlossen ist, wird die dritte Phase noch als Teil des Prozesses der Literaturrecherche gesehen (vgl. Kleibel, V. & Mayer, H., 2005, S. 32f.).

In der vorliegenden Arbeit wurden als Suchhilfen die Bibliothekskataloge der Hochschule Neubrandenburg und der Universität Bielefeld genutzt. Des Weiteren wurden die Fachdatenbanken Springerlink, PubMed, CareLit und GVK-Plus herangezogen. Außerdem wurden die Web-Seiten der „Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management“ (DGCC), der „Case Management Society of America“ (CMSA), des „Verbandes der Pflegedirektorinnen und Pflegedirektoren der Universitätskliniken und Medizinischen Hochschulen Deutschlands e.V.“ (VPU) sowie des „Sachverständigen Rates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen“ genutzt.

In der recherchierten Literatur wurde zusätzlich noch nach nutzbaren Literaturangaben gesucht. Als Suchbegriffe für die Recherche wurden die folgenden Begriffe in verschiedenen Kombinationen und Verwendung der „Bool’schen Operatoren“ genutzt:

Case Management, Care Management, stationär, klinisch, Versorgungskonzept, Krankenhaus, Klinik, Implementierung, Standards und Leitlinien.

Ein weiteres Recherchekriterium war die Aktualität der Literatur. Die meisten recherchierten Werke sind nicht älter als zehn Jahre, also nicht älter als aus dem Jahr 2005. Bei ein paar Werken der Grundlagenliteratur und pflegewissenschaftlichen Methodik ist es aber der Fall, dass diese älter als zehn Jahre sind. Da sie inhaltlich aber nicht an Aktualität verloren haben wurden sie dennoch benutzt.

1.3 Begriffsbestimmung

Zum besseren Verständnis der Arbeit werden im Folgenden ein einige Begrifflichkeiten genauer bestimmt. Diese Erläuterungen spiegeln das jeweilige Begriffsverständnis des Autors wieder.

1.3.1 Stationäre Versorgung

Das Wort stationär, wird in Bezug auf die Medizin und das Gesundheitssystem so gebraucht, als das in diesem Zusammenhang alles an eine Krankenhausaufnahme gebunden ist bzw. die Behandlung in einer Klinik betrifft (vgl. Duden online, o.J., o.S.).

Grundsätzlich kann eine Krankenhausbehandlung vollstationär, teilstationär, vor- und nachstationär, sowie ambulant erfolgen (§ 39 Abs. 1 S. 1 SGB V). Nach einem Urteil des Bundessozialgerichts vom 17.03.2005 (AZ: B 3 KR 11/4 R) wurde eine Definition des Begriffes der „stationären Krankenbehandlung“ vorgenommen. Eine vollstationäre Behandlung bedeutet eine physische und organisatorische Eingliederung in das Versorgungssystem des Krankenhauses, die sich nach dem Behandlungsplan des Krankenhausarztes über einen Zeitraum von mindesten einem Tag und einer Nacht erstreckt (vgl. Schulenburg, D., 2005, S. 14).

Im Folgenden wird diese Begriffsbestimmung zu Grunde gelegt, wenn von einer stationären oder klinischen Versorgung berichtet wird. Es wird davon ausgegangen, dass jede Form eines stationären oder klinischen Versorgungskonzeptes, einen Behandlungsplan vorsieht der sich über eine Zeit von mindestens einem Tag und einer Nacht erstreckt. Außerdem wird das Wort „Versorgung“ synonym dem Wort Krankenhausbehandlung verwendet. Der Begriff der Versorgung wird so ausgelegt, als das es sich dabei um die Krankenhausbehandlung handelt. Diese beinhaltet nicht nur Diagnostik und Therapie, sondern auch Prophylaxen, präventive Maßnahmen, pflegerische Versorgung, Entlassmanagement und sozialarbeiterische Tätigkeiten (vgl. Schulenburg, D., 2005, S. 14).

1.3.2 Konzept

Im allgemeinen Sprachgebrauch gibt es keine klar beschriebene Definition des „Konzept“-Begriffes, sondern nur eine Vielzahl verschiedener Bedeutungen. Diese reichen

- von situationsbezogenen strategischen Überlegungen einer Einzelperson bis zur grundsätzlichen Programmatik einer Großorganisation;
- von konkreten Vorschlägen zu Einzelthemen und Teilaspekten zu umfassenden Gesamtprogrammen;
- von eher pragmatischen Handlungsrezepten bis zur theoretisch fundierten Handlungsorientierung;
- von eher PR-orientierten Darstellungen bereits bestehender Einrichtungen bis zum Entwurf oder Antrag für eine neue Maßnahme;
- von Verfahrensvorschlägen bis zu inhaltlichen Aussagen über Ziele und Angebote;
- von Überlegungen, die nur im Kopf existieren, bis zu Broschüren auf Hochglanzpapier

(vgl. Graf, P. & Spengler, M., 2013, S. 17).

In der folgenden Arbeit wird das „Konzept“ als eine theoretische fundierte Handlungsorientierung verstanden. Es umreißt eine theoretische Idee, die mittels verschiedener Instrumente und Handlungsempfehlungen umgesetzt wird. Das „Konzept“ beschreibt einen theoretischen Rahmen, der von Verfahrensschritten bis hin zu den Zielen des Verfahrens reicht.

1.3.3 Krankenhaus

Nach § 2 Nr. 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes² (KHG) sind Krankenhäuser „[...] Einrichtungen, in denen durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten, Leiden oder Körperschäden festgestellt, geheilt oder gelindert werden sollen oder Geburtshilfe geleistet wird und in denen die zu versorgenden Personen untergebracht und

² Die vollständige Bezeichnung des Gesetzes lautet: „Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze“. Es wurde aus Gründen der Übersichtlichkeit und der allgemein üblichen Bezeichnung als Krankenhausfinanzierungsgesetz, im Text abgekürzt.

verpflegt werden können, [...]“. Diese Definition wird im § 107 Abs. 1 Nr. 1-4 des fünften Sozialgesetzbuches um einige wichtige Inhalte ergänzt und stellt sich folgendermaßen dar:

- „Krankenhäuser im Sinne dieses Gesetzbooks sind Einrichtungen, die*
- 1. der Krankenhausbehandlung oder Geburtshilfe dienen,*
 - 2. fachlich-medizinisch 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 Abs. 1 Nr. 1-4 SGB V).

In Mintzbergs Organisationskonfigurationen ist ein weiteres Charakteristikum eines Krankenhauses, das es sich um eine Expertenorganisation handelt. Die Organisation zeichnet sich also dadurch aus, dass die Organisation einen operativen Kern besitzt, der aus hochqualifizierten und –spezialisierten Mitarbeitern besteht. In einem Krankenhaus als Expertenorganisation werden die Leistungen in enger Beziehung zu den Klienten erbracht, wobei es sich häufig um persönliche Dienstleistungen handelt. Dadurch unterliegen die Experten häufig stärker der Kontrolle der Klienten, als des administrativen Systems. Das wiederum hat zur Folge, dass die Autorität der Organisation auf fachlicher Kompetenz beruht und diese (bspw. durch fachliche Leitungspositionen wie Professoren oder Chefärzte) administrative Entscheidungen beeinflussen und so administrative Macht auf Kollegen und Mitarbeiter ausüben (vgl. Mintzberg, H., 1989, S. 174ff.).

Im Folgenden wird das Krankenhaus nach den drei zuvor beschriebenen Definitionen verstanden. Es ist nicht nur eine Einrichtung zur Feststellung und Behandlung von Krankheiten durch Ärzte und pflegerisches Personal, sondern auch eine Organisation von Experten die einer starken Klientenbindung und –kontrolle unterliegen.

2 Grundlagenkapitel

Im folgenden Kapitel werden die theoretischen Grundlagen des Handlungskonzeptes des Case Management dargestellt und erläutert. Diese reichen von der historischen Entstehung, über Definitionen und Grundannahmen, bis hin zu Funktionen und den einzelnen Phasen der Handlungsschritte. Der theoretische Hintergrund bildet schließlich die Basis für die empirische Untersuchung.

2.1 Entstehung und Entwicklung des Case Management Konzepts

Der Beginn der Case Management Geschichte geht auf die Mitte des 19. Jahrhunderts zurück. Mit der Gründung des ersten „Board of Charities“ in den USA, wurden im Umfeld der US-amerikanischen Siedlungsbewegung koordinierte sozialpflegerische Dienste initialisiert. Der Versorgungsbedarf neu eingetrossener Siedler wurde erhoben und schriftlich festgehalten und es wurde nach geeigneten Leistungserbringern gesucht oder es wurden für den Bedarf neue geschaffen. Bereits zu dieser Zeit bestand ein gewisses Spannungsfeld zwischen der Unterstützung Minderbemittelter deren Interessen vertreten wurden und der Überwachung der Ausgaben durch die Charity Organization Societies (COS) (vgl. Ewers, M., 2005, S. 41).

Case Management gilt seit den 1920er-Jahren als fester methodischer Bestandteil der US-amerikanischen Sozialarbeit. Die National Association of Social Workers (NASW) beruft sich dabei auf Konzepte die in den frühen Jahren des 20. Jahrhunderts entwickelt wurden.

Um das Jahr 1940 sind zum ersten Mal Konzepte erschienen, die die methodische Erweiterung in den Bereich der klassischen Krankenversorgung beschreiben und als „Medical Case Management“ bezeichnet wurden. Diese Ideen waren noch sehr unstrukturiert und stellten medizinisch-pflegerische Leistungen in den Fokus. Mit dem Ende des zweiten Weltkrieges erlangten Angebote für Kriegsverletzte bzw. Behinderte und ihre Familien an Bedeutung. Ein gezieltes methodisches Vorgehen war auf Grund der zu dieser Zeit unzureichenden Krankenversorgung der zuvor genannten Bevölkerungsgruppe und vor dem Hintergrund komplexer Problemlagen und unklarer Finanzierungsmöglichkeiten nötig (vgl. Ewers, M., 2005, S. 42).

Mit Beginn der 70er-Jahre des 20. Jahrhundert begann in den USA die Deinstitutionalisierung chronisch psychisch Kranker. Infolge dessen gab es für viele

Menschen keine hinreichende Betreuung im ambulanten Versorgungsbereich oder keinen Zugang zu den Humandiensten. Vor allem das unkoordinierte Bestehen von Leistungserbringern und unkontrolliertes Wachstum des US-amerikanischen Sozial- und Gesundheitssystems machte die Einführung des Case Management notwendig (vgl. Wendt, W. R., 2018a, S. 18f.; Ewers, M. 2005, S. 42). Die Regierung setzte 1972 eine verbesserte Koordination und Integration der Versorgungsleistungen an die oberste Stelle der sozial- und gesundheitspolitischen Agenda. Mit der offiziellen Einführung der Bezeichnung des Case Manager 1974 rückte das Case Management weiter in den Fokus der Öffentlichkeit. Es weitete sich stärker aus und erhielt mehr Akzeptanz durch die staatliche Förderung und Einbindung von Medicaid- und Medicare-Programmen (vgl. Ewers, M., 2005, S. 42f.). So wurde 1975 im Developmental Disabilities Act eine verbindliche Hilfeplanung für Behinderte gesetzlich verankert. 1977 wurde dem Case Management dann erstmals eine entscheidende Rolle zugesprochen. Das National Institute of Mental Health rief ein Community Support Program ins Leben, dieses diente der Erschließung und Koordination unterstützender Dienste für psychisch Kranke im Kontext der Gemeinde (vgl. Wendt, W. R., 2005 S. 19f.).

In Großbritannien wurde 1983 im Auftrag des Parlaments ein Bericht erstellt, der einen Mangel an klaren Verteilungen von Funktionen, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten im Versorgungssystem feststellte und daraufhin empfahl, Case Management in den kommunalen Sozialbehörden einzurichten. Das Konzept dafür war bereits seit 1970 aus der Altenhilfe bekannt. Nach dem „Community Care Scheme“ konnten Sozialarbeiter mit zwei Drittel des Budgets eines Heimplatzes, kommunale ambulante oder teilstationäre Unterstützung organisieren und so Kosten sparen und Heimunterbringungen vermeiden. 1988 wurde diese Versorgungsform durch die Regierung dann noch auf andere Zielgruppen ausgeweitet, nämlich auf psychisch Kranke und geistig oder körperlich Behinderte. Dazu wurde ein Management im Einzelfall als zweckmäßig erachtet und explizit empfohlen. 1990 wurde die Zuständigkeit für Bedarfsprüfung und Hilfeplanung sogar gesetzlich für die Care Manager festgehalten. Diese Aufgabe durften danach nicht nur Sozialarbeiter übernehmen, sondern auch Gemeindefachkräfte oder Beauftragte der Heimbetreuung (vgl. Wendt, W. R., 2018a, S. 21f.).

Ab 1985 nahmen zwei Krankenhäuser in den USA die Führungsrolle für das Case Management unter Leitung akademisch ausgebildeter Pflegekräfte in die Hand. Die

Krankenschwestern haben die Case Manager Funktion für die Patienten eingenommen und die gesamte Versorgung mit allen daran Beteiligten und den behandelnden Ärzten abgesprochen. Sie wurden zuständig von der Aufnahme, begleitend während des gesamten Versorgungsablaufs bis hin zur Nachsorge im Anschluss an die stationäre Behandlung. 1991 machte sich das Center for Nursing Case Management, das Teil des New England Medical Hospitals war, sogar selbstständig und agiert jetzt als Beratungsfirma für Leistungsanbieter, die ihre Behandlungswege mittels Case Management verbessern wollen (vgl. Wendt, W. R., 2018a, S. 23f.).

Auf Grund der Entstehung des Case Management aus der Sozialen Arbeit und der parallelen Entwicklung in den gesundheitsbezogenen Fachberufen, die kein einheitliches Verständnis von Case Management annehmen, gibt es bis heute eine Vielzahl von Programmen, Modellen und Konzepten für das Case Management. Bis heute gehört es also zur fortgeschrittenen fachlichen Kompetenz eines Case Managers, sich eine persönliche Praxis aus den vielen möglichen Strategien herzuleiten (vgl. Wendt, W. R., 2018a, S. 24).

2.2 Grundannahmen und Vorbemerkungen zum Case Management

Die sozialpolitischen Entwicklungen, die im Zeichen von Wirtschaftsliberalismus stehen, zielen darauf ab, die bundesdeutsche Wettbewerbsfähigkeit sowohl nach innen als auch nach außen zu stärken. Diese Adaption der sozialpolitischen Zielgrößen richtet sich unter anderem an Lösungsstrategien auf der Ebene der Klienten. Der Wettbewerbsföderalismus führt in Folge dessen zu einer Diversifizierung sozialer Angebote im Bereich der fallbezogenen Dienstleistungsangebote. Soziale Dienstleistungsorganisationen setzen nun auf Methoden und Instrumente des Dienstleistungsprozesses, die den Einbezug des Klienten und dessen Mitarbeit in den Mittelpunkt stellt. Man kann aus sozialwirtschaftlicher Sicht von einer fallbezogenen vertraglich geregelten Kooperation sprechen, in der der Klient als Kunde gilt. Grundlage für diese Veränderungen stellt natürlich das geltende Sozialleistungsrecht der Bundesrepublik Deutschland dar. Als Methode und Verfahren einer solchen Kooperation kann das Case Management dienen, in dem Klient und Case Manager individuelle Dienstleistungen zur Fallbearbeitung und –steuerung akquirieren (vgl. Brinkmann, V., 2010, S. 4).

Seit einiger Zeit gewinnt das Case Management auch in Deutschland an Ansehen. Es wird von Vielen als mögliche Antwort auf die aktuellen Herausforderungen für das moderne,

komplexe und hochgradig arbeitsteilige Sozial und Gesundheitssystem gesehen und mit hohen Erwartungen verbunden (vgl. Ewers, M. & Schaeffer, D., 2005, S. 7).

Case Management ist eine Methode zur Realisierung von Patientenorientierung und -partizipation im komplexen Versorgungssystem der sozialen und gesundheitlichen Sicherung. Als solches bietet das Case Management einen innovativen Ansatz zur Lösung von Problemen die zunehmend auch im deutschen Sozial- und Gesundheitswesen Einzug erhalten. Hierbei werden seit langem Versäumnisse in den Bereichen der Gesundheitsförderung, Prävention und Qualitätssicherung genannt, aber auch mangelnde Patienten- und Ergebnisorientierung, sowie zunehmende Desintegration und Diskontinuität von Leistungen. Diese Probleme verhindern die Schaffung eines effektiven und effizienten Versorgungssystems (vgl. Ewers, M. & Schaeffer, D., 2005, S. 8).

Das Case Management hat bereits, wenn auch in geringem Ausmaß, Einzug in das deutsche Gesundheitssystem erhalten und bietet einen innovativen Lösungsansatz, um einigen der oben genannten Defizite zu begegnen. Deshalb wird dieses Konzept in den folgenden Kapiteln in seiner Theorie dargestellt und erläutert.

2.3 Definitionen und Erläuterungen des Case Management-Konzeptes

Wolf Rainer Wendt, einer der führenden Wissenschaftler in der Auseinandersetzung mit Case Management beschreibt (2011) das Case Management zunächst sehr allgemein: „[...] ein Case Management bewältigt Komplexität, und es reguliert und arrangiert im Ablauf von Prozessen die für eine Problembewältigung nötigen Maßnahmen und Aktivitäten“ (S. 4). Wendt bezeichnet Case Management als Praxeologie, was bedeutet, dass Case Management eine Begrifflichkeit darstellt, die den Rahmen für das zweckrationale Handeln durch die Nutzung dieses Begriffes legitimiert. Aus diesem Grund sieht er das Case Management in seinen vielfältigen Einsätzen. Weiter konkretisiert Wendt (2011) das Case Management folgendermaßen:

„Case Management ist ein kooperativer Prozess. Das Verfahren ist auf gemeinsames Handeln ausgerichtet, auf Zusammenwirken

- *mit den Adressaten von Humandiensten,*
- *unter den Fachkräften, die beteiligt werden,*
- *über Zuständigkeitsbereiche von Diensten und Einrichtungen hinweg,*

- *in Vernetzung mit anderen Akteuren im Umfeld.*

Die Arbeit am Fall steuern heißt im Kontinuum des Prozesses, den Umgang mit den beteiligten Personen und Stellen gestalten. Die zu bearbeitende und zu lösende Problematik bleibt insgesamt im Fokus, während nacheinander und nebeneinander an ihren einzelnen Momenten laboriert wird – im eigenen Bemühen einer betroffenen Person, in ihrem Umkreis und mit herangezogener fachlicher Kompetenz“ (S. 22).

Ewers und Schaeffer (2005) verstehen Case Management so, als dass es „[...] eine auf den Einzelfall ausgerichtete diskrete, d.h. von unterschiedlichen Personen und in diversen Settings anwendbare Methode zur Realisierung von Patientenorientierung und Patientenpartizipation sowie Ergebnisorientierung in komplexen und hochgradig arbeitsteiligen Sozial- und Gesundheitssystemen“ (S. 8) ist. Als globalere Aufgabe des Case Managements beschreiben Ewers und Schaeffer die Erstellung gut abgestimmter Versorgungsangebote zur Erreichung vorher vereinbarter klinischer, sozialer und ökonomischer Ergebnisse für einen Klienten und/oder sein soziales Umfeld. Dabei müssen die Aktivitäten verschiedener Disziplinen und Dienstleistungsorganisationen abgestimmt werden. Sie beschreiben das Konzept allerdings weitaus genauer, um der Komplexität gerecht zu werden. Sie sehen im Case Management das Ziel einer kontinuierlichen und integrativen Versorgung die sich auf der Ebene der direkten Klientenversorgung abspielt. Dabei soll der individuelle Fall im Fokus stehen und die Grenzen der Organisationen und Professionen überschritten werden, um arbeitsteilig handelnde Akteure zur Kooperation zu verbinden. Dieser kooperative Prozess wird über einen bestimmten Zeitraum oder den gesamten Betreuungsverlauf von einer einzelnen Person oder einer Personengruppe verantwortet. Zu den Aufgaben des Verantwortlichen gehören eine multiperspektivische Bedarfserhebung, Planung von Dienstleistungen und Versorgungsangeboten, die in den Versorgungsalltag integriert, koordiniert, überwacht und evaluiert werden (vgl. Ewers, M. & Schaeffer, D., 2005, S. 7f.).

Die Case Management Society of America (2016) beschreibt Case Management so:

„The basic concept of case management involves the timely coordination of quality services to address a client’s specific needs in a cost-effective and safe manner in

order to promote optimal outcomes. This can occur in a single health care setting or during the client's transitions of care throughout the care continuum. The professional case manager serves as an important facilitator among the client, family or family caregiver, the interprofessional health care team, the payer, and the community“ (S. 11).

Diese Definition beschreibt das grundlegende Konzept des Case Management. Die konkrete Definition hat sich im Laufe der Zeit weiterentwickelt und spiegelt damit auch die dynamische Entwicklung der Praxisstandards des Case Management wieder (vgl. CMSA, 2016, S.11).

Die aktuelle Definition der CMSA lautet:

„Case Management is a collaborative process of assessment, planning, facilitation, care coordination, evaluation and advocacy for options and services to meet an individual's and family's comprehensive health needs through communication and available resources to promote patient safety, quality of care, and cost effective outcomes“ (S. 11).

Schroeer (2010) versteht unter Case Management *„[...] eine koordinierte Intervention mehrerer Akteure zur Bearbeitung komplexer menschlicher Problemlagen. In einem systematischen, kooperativen Prozess werden auf den Bedarf des Klienten abgestimmte Dienstleistungen erbracht, um gemeinsam vereinbarte Ziele und Wirkungen effizient zu erreichen. Case Management stellt über professionelle und institutionelle Grenze hinweg einen Versorgungszusammenhang her. Es respektiert die Autonomie der Klienten, dabei nutzt und schont es die Ressourcen im Klientel- sowie im Unterstützungssystem“ (S. 289).*

Der Verbandes der Pflegedirektorinnen und Pflegedirektoren der Universitätskliniken und Medizinischen Hochschulen Deutschlands e.V. (2008) orientiert sich an den Ausführungen von Wendt und definiert das Case Management als *„[...] einen Prozess der Zusammenarbeit, in dem eingeschätzt, geplant, umgesetzt, koordiniert und überwacht wird und Optionen und Dienstleistungen evaluiert werden“ (S. 2).*

Die Deutsche Gesellschaft für Care- und Case Management beschreibt das Case Management als Handlungskonzept wodurch eine Person oder eine Personengruppe begleitet, beraten, unterstützt und versorgt wird. Durch Absprache erhält die Person oder Personengruppe Leistungen die auf ihren Bedarf abgestimmt sind. Die zentralen Merkmale des Handlungsablaufes sind: Die Ausrichtung am Einzelfall, eine Steuerung der Hilfeleistungen im regionalen Versorgungsgefüge durch einen konkreten Ansprechpartner, die Transparenz, die Subsidiarität der Versorgung, Hilfeleistungen die aufeinander abgestimmt sind und die Sicherung einer kontinuierlichen und bedarfsgerechten Versorgung. Durch das Case Management sollen Schnittstellen zwischen den unterschiedlichen agierenden Professionen des Gesundheitswesens, aber auch Grenzen zwischen Netzwerken und Sektoren der Versorgung überschritten werden. Außerdem sollen Über-, Unter- und Fehlversorgungen der Klienten und ihrer Bezugssysteme und die damit entstehenden Fehlallokationen verhindert werden. So soll eine aus wirtschaftlicher Sicht effektive und mittelfristig effiziente Hilfe geleistet werden, die auf einer klientenbezogenen Ausrichtung aller Unterstützungsleistungen basiert. Das Merkmal der Klientenorientierung soll den Egoismus von Leistungs- und Kostenträgern überwinden und vermeiden, dass die Unterstützungsleistungen auf eben diese, aber auch nicht auf bestimmte Professionen oder Einrichtungen bezogen werden (vgl. DGCC, 2015, S. 2f.). Diese Definitionen zeigen bereits die Vielfalt und Komplexität des Case Management-Konzeptes.

Wendt (2018a) definiert das Case Management jüngst als:

„[...] Verfahrensweise in Sozial- und Gesundheitsdiensten, mit der im Einzelfall die nötige Unterstützung, Behandlung, Förderung und Versorgung von Menschen rational bewerkstelligt wird und nach der sich Versorgungsprozesse in vielen Fällen und über Sektorgrenzen hinaus und fachliche Zuständigkeiten hinweg organisieren lassen. Die individuelle Handhabung des Vorgehens und des Einsatzes von Mitteln wird bei einem längeren Ablauf gebraucht, [...]. Angezeigt ist das gemeinte Vorgehen bei einer in der Regel komplexen Problematik mit einer Mehrzahl von Beteiligten und in vernetzten Bezügen. Im Case Management wird ein zielgerichtetes System der Zusammenarbeit organisiert“ (S. 17).

Weiter beschreibt Wendt die Entwicklung des Case Management als Entwicklung eines Instrumentariums zur Steuerung von Prozessen, die sich nicht auf die sorgende Beziehung zwischen einem Professionellen und einem Hilfebedürftigen reduzieren lässt. Das Konzept bildet einen Handlungsrahmen, es subsummiert die Steuerungsfunktionen in der Lieferung von personenbezogenen Leistungen der Humandienste.

Das Case Management wird, wie oben bereits erwähnt, sehr vielfältig eingesetzt. Dabei gilt es zunächst nur zu differenzieren in die Durchführung am Fall und die Gestaltung der Organisation, die sich des Case Managements bedient. Dem zufolge gibt es Case Management als methodisches Konzept auf der personalen Handlungsebene und als Systemkonzept in administrativer Funktion. Diese beiden Aspekte gehören zur Mehrebenenstrategie des Case Managements und bedingen sich, denn ohne die strukturellen Voraussetzungen ist die Methodik des Case Management in Humandiensten nicht möglich. (Wendt, W. R., 2018a, S.17f.). Das Konzept greift vom Fall auf das Feld, „[...] es muss sich [also, d. Verf.] im Feld positionieren, um im Einzelfall Erfolg zu haben“ (Wendt, W. R., 2018a, S.18).

Die Differenzierung des Case Management in das methodische Handlungskonzept und das Systemkonzept wird im nächsten Kapitel noch genauer erläutert. Der Fokus sowohl der theoretischen Auseinandersetzung mit dem Case Management, als auch der Empirischen liegt allerdings auf dem methodischen Konzept der personalen Handlungsebene.

2.4 Prozessmanagement und Fallführung

Das Case Management-Konzept hat sich im Laufe seiner Entwicklung differenziert. Es wird unterschieden in ein Konzept zur Organisation der Bearbeitung von Fällen und in ein Konzept der individuellen Fallführung. Diese Differenzierung ist in der Ausgestaltung des Verfahrens von großer Bedeutung, vor allem in Bezug auf ihre inhaltlichen Schwerpunkte, die Maßnahmen und Prioritäten. Es gibt eine personenbezogene und eine systembezogene Steuerung, diese bilden nur Verkürzungen des Handlungsprogrammes. Ein insgesamt betrachtetes Case Management bezieht auch die Beziehung beider Varianten zueinander ein (vgl. Wendt, W. R., 2018a, S. 36).

2.4.1 Case Management als Systemkonzept

Eine Organisation kann das Case Management implementieren, um Prozesse ihrer Leistungserbringung aufgaben- und personenbezogen zu steuern. Wird das Verfahren dann aber nur zur Prozesssteuerung auf die Optimierung von Abläufen angewandt, so entfällt der Bezug zur Person und es dient als Teil des administrativen Geschehens der Organisation. Der administrative Charakter hat vor allem einen betriebswirtschaftlichen Nutzen. Mittels Verbesserung der Belegung und Auslastung eines Krankenhauses oder der Straffung von Behandlungsabläufen kann eine effizientere Erlössicherung erreicht werden. Für diese Art der Prozesssteuerung gibt es in größeren Kliniken eigene Abteilungen, das „Zentrale Case Management“. Solche Stabsstellen widmen sich einzig und allein der Prozessoptimierung, d.h. sie überwachen den gesamten Durchlauf der Fälle, von der Aufnahme über die Koordination der Leistungserbringung bis hin zur Entlassung der Patienten. Die Organisation versucht den Klienten also durch das System zu steuern vor dem Hintergrund fachlicher und wirtschaftlicher Vertretbarkeit. Das Case Management dient in diesem Fall ausschließlich der Prozesssteuerung, die das betriebliche Geschehen optimieren soll und den größtmöglichen wirtschaftlichen Effekt erwirkt (vgl. Wendt W. R., 2018 S. 36f.). Dabei wird aber auch durch die Organisation entschieden, welche Kriterien einen Fall zu einem Fall machen und mit welcher Intensität bzw. in welchem Umfang der Fall bearbeitet und/oder begleitet werden soll. So wird eine wirksame Handhabung und Steuerung von Prozessen in der Organisation erreicht. Mit dem systemischen Case Management wird die Einzelfallsteuerung in die angemessene Bearbeitung aller für die Organisation zuständigen Fälle, integriert (vgl. Wendt, 2010a, S. 217f.). Um dieses Ziel zu erreichen ist eine Anpassung der Organisation und der ihr inhärenten Abläufe, zur Schaffung einer möglichst evidenzbasierten Leistungserbringung, nötig. Der Erfolg hängt dabei vor allem von der Überzeugung der Führungskräfte und einer entsprechenden Implementierung des Case Management in die Organisation ab.

Das zentrale Case Management überblickt dabei die durchschnittlichen Verweildauern der Patienten, prüft aber auch an welchen Stellen der Diagnostik und Therapie eine effizientere Gestaltung, Koordination und Zusammenarbeit möglich wäre. So erfüllt das systemische Case Management eine Controlling-Funktion, was vor allem nach der Einführung des Systems der Diagnosis Related Groups (DRG's) besondere Bedeutung erlangt hat. Durch diesen Einsatz des Case Management wird es zum Instrument der Geschäftsführung eines

Gesundheitsunternehmens (vgl. Wendt, W. R., 2013, S. 142f.). Dieses Instrument lässt sich sowohl auf Mikroebenen als auch auf Makroebenen zur Korrektur in einer Organisation anwenden, wobei nicht nur Ineffizienz sondern auch Ineffektivität verringert werden sollen. Vor allem soll eine Zugangs- und Ausgabenkontrolle erreicht werden, um so am Markt wettbewerbsfähig bleiben zu können (vgl. Ewers, M., 1997, S. 313f.).

Das Case Management als Systemkonzept lässt sich nach Wendt (2011) in einem Satz sehr treffend als „[...] *Instrument der betrieblichen Disposition über Produktionsmittel*“ zusammenfassen (S. 10).

Der Begriff des systemischen Case Management ist allerdings nicht zu verwechseln mit den Begriffen „Managed Care“ oder „Versorgungsmanagement“. Diese Begriffe haben sich mittlerweile in dem Bereich der Versicherungswirtschaft etabliert. Sie meinen aber eine noch globalere Steuerung des Leistungsgeschehens der humandienstlichen Versorgung im gesamten Gesundheitssystem, vor allem unter Kostengesichtspunkten. Dabei ist das Ziel, Versorgungsprozesse durch Strategien der Aufbauorganisation, Arrangement- und Ablauforganisation bspw. durch Behandlungspfade, zu optimieren (vgl. Wendt, 2010a, S. 220).

2.4.2 Case Management als Fallführungskonzept

Case Management wurde in seiner ursprünglichen Entwicklung als Konzept zur individuellen Fallführung verstanden. Die beiden Ideen des Case Managements stehen einander stets gegenüber. Das individuelle Fallführungskonzept ist ohne eine Einbettung in das systemische organisationale Verständnis nicht zu leisten. Das Case Management als Systemkonzept bildet somit eine Voraussetzung für das individuelle Fallführungskonzept (vgl. Wendt, W. R., 2018a, S. 36).

Case Management ließe sich in seiner deutschen Übersetzung auch als „Fallmanagement“ bezeichnen. Hinter diesem Begriff verbirgt sich die Dimension der Klientenebene. Mit diesem Verständnis des Case Managements soll die Koordination sozialer Dienstleistungen, Entwicklungschancen und Zuwendungen des Klienten verbessert werden (vgl. Wahler, S. & Waller, H., 2005, S. 291).

Die individuelle Fallführung beinhaltet allerdings noch wesentlich mehr. Es ist eine koordinierte und kooperative Arbeitsweise, bei der personenbezogen die Bearbeitung von Aufgaben und Behandlung von Problemen des Klienten zu erreichen sind. Die Bearbeitung

soll dabei alltagsnah, pragmatisch und vor allem realisierbar sein. Auf der individuellen Ebene nimmt sich das Case Management der Sorgen von Menschen und den Aufgaben ihrer Versorgung in unspezifischer Weise an, um ihnen Behandlungen und Unterstützungsleistungen aus den benötigten Fachgebieten zukommen zu lassen. Dieser Handlungsablauf erfolgt in möglichst weitgehender Abstimmung mit dem Adressaten. Außerdem erfordert es, wie oben bereits beschrieben, ein planmäßiges, koordiniertes und kontrolliertes Vorgehen. Ein besonderes Augenmerk liegt in der individuellen Fallführung auf der Nutzer- und Ressourcenorientierung bei der Unterstützung des Einzelfalles. Das Case Management organisiert systematisch die einzelnen Dimensionen des Klienten, aber auch die einzelnen Schritte bzw. Stadien des gesamten Verfahrens. Es beginnt mit der personenbezogenen Arbeit bereits mit der Entscheidung über den Einsatz in einem Fall, durchläuft den Prozess und endet mit der Feststellung des Erfolges der gemeinsamen Anstrengungen, der zu Beginn gemeinsam vereinbart wurde (vgl. Wendt, W. R., 2010a, S. 217). Die Versorgung im Einzelfall erfolgt in der Regel nur für bestimmte Fallkonstellationen oder –gruppen. Der Klient dieser Fallkonstellation bzw. –gruppe vereinbart mit dem Case Manager die intensive Zusammenarbeit, die sachgeleitet und lösungsorientiert abläuft. Der Case Manager leitet den Klienten durch ein Versorgungssystem. Im ambulanten Bereich organisiert der Case Manager mehr Arrangements für den Klienten, bspw. in der häuslichen Versorgung. Hier gilt es eher alle an der Versorgung Beteiligten, sowohl die informell als auch die beruflich Beteiligten, zu organisieren, (vgl. Wendt, W. R. 2015, S. 688f.). In dem gesamten Prozess übernimmt der Case Manager verschiedene Funktionen die im weiteren Verlauf genauer dargestellt und erläutert werden (vgl. Wendt, W. R., 2010a, S. 217).

Nach den ersten Erläuterungen zum Verständnis des Fallführungskonzeptes von Case Management stellt sich jetzt noch die Frage, was genau ist der „Fall“ in der individuellen Fallführung?

Das Fallmanagement wird benötigt, wenn eine Problematik sehr komplex und mehrdimensional zu bearbeiten ist, ohne dass eine offensichtliche Lösung dafür vorliegt oder akut erfolgen kann. Eine solche Komplexität liegt im Einzelfall vor, der dann als das Objekt des Case Managements gilt. Als „Fall“ versteht das Case Management nicht eine Person, sondern die ganze Situation und alle darin eingeschlossenen Problematiken dieser.

Die Situation bzw. die Lage des Falles kann nicht nur auf eine einzelne Person begrenzt sein. Auch Angehörige der Person oder die Familie können mit betroffen sein. Das bedeutet dann, dass auch diese Personen mit in das Case Management eingeschlossen werden und zur aktiven Mitarbeit angeregt werden müssen (vgl. Wendt, W. R., 2015, S. 689f.). Der Fall definiert sich weiter durch die subjektiven Erfahrungen des Klienten und der objektiven Beurteilung durch den Case Manager. Dabei befasst sich der Case Manager vornehmlich mit der Lebenspraxis, weniger aber mit der Psyche des Klienten. Der Fokus des „Falls“ liegt also in dem tatsächlichen Handlungsbereichen des Hilfesuchenden. Diese Handlungsbereiche sind vor allem: Haushaltsführung, Chancen in der Arbeitswelt, informelle Unterstützungsmöglichkeiten, das soziokulturelle Umfeld durch soziale Kontakte bzw. den Austausch und die Teilhabe mit Diesen. Aber auch Persönlichkeitsbereiche wie Eigenverantwortung, Aktivierung der Person und Zuständigkeiten im Feld von Gesundheit und Krankheit des Menschen. Der Mittelpunkt besteht in den Gegebenheiten denen die Person ausgesetzt und auf die sie angewiesen sind.

Der Case Manager agiert mit dem „Fall“ im „Feld“. Dabei bezeichnet das „Feld“ das Milieu oder den Sozialraum in dem sich der Adressat befindet. So ist ein Ziel für den Fall die Erstellung einer formellen Infrastruktur die im Einzelfall herangezogen werden kann, aber auch die Schaffung eines informellen Netzwerkes, welches sich im gleichen oder ähnlichen Sozialraum bewegt (vgl. Wendt, W. R., 2010b, S. 122).

Man könnte also sagen, dass Arbeit am Fall geleistet wird in einem partnerschaftlichen Verhältnis zwischen dem Klienten und dem Case Manager. Der Fall ist der Gegenstand des Vorgehens, der mit Hilfe des methodischen Case Management-Prozesses behandelt wird (vgl. Wendt, W. R., 2010c, S. 161).

2.5 Adressaten und Indikationskriterien für das Case Management

Die DGCC sieht das Case Management vor allem indiziert, wenn Versorgungssysteme auf Klienten bzw. Adressaten ausgerichtet werden sollen, die einen besonders komplexen Hilfebedarf haben und wenn in den entsprechenden Organisationen verschiedene Professionen, die in der Regel auch noch einrichtungübergreifend agieren, tätig sind. Diese allgemeine Indikation bezieht sie auf den systemischen Case Management-Ansatz (vgl. DGCC, 2015, S. 3).

Auf der Ebene des Einzelfalls hat die DGCC (2015) in ihren Case Management Leitlinien folgende Indikationskriterien festgelegt, die alle gleichzeitig vorliegend müssen:

- „[...] Vorliegen einer komplexen Bedarfslage,
- [...] Beteiligung von mehreren Leistungsanbietern, die im Einzelfall aufeinander abgestimmt werden müssen, um Versorgungsintegration zu gewährleisten (hohe Akteursdichte, Welfare Mix),
- [...] Nicht-Greifen von Regelversorgungspfaden in dem besonderen Einzelfall,
- [...] fehlende[...] Ressourcen des Adressaten-/Klientensystems, so dass professionelle Hilfe notwendig ist (Subsidiarität), [...]
- *Einwilligung seitens des Adressaten-/Klientensystems zum Case Management.*“ (S. 3)

Als zentrale Voraussetzungen gelten dazu die Fähigkeit und die Bereitschaft der Adressaten, den gesamten Prozess mitzugestalten und zu verantworten. Abzugrenzen sind bspw. Situationen akuter Gefährdung.

Wendt (2011) beschreibt als Stand der Kunst im Case Management die Fähigkeit Fallgruppen zu identifizieren. Diese differenzieren sich in verschiedene Personen/Klienten. Es gibt Personen/Klienten, die nur einen Informationsbedarf aufweisen und dann an entsprechende Stellen weiterverwiesen werden können. Eine weitere Gruppe sind Personen, die sich in einer kritischen Situation befinden die umgehendes Handeln erfordert. Außerdem gibt es Personen, die nur eine begrenzte Problematik aufweisen. Die für die individuelle Fallführung bedeutendste Gruppe sind die Personen mit einer komplexen und/oder chronischen Problematik. Diese Gruppen müssen nicht nur unterschieden bzw. identifiziert werden, deren Probleme und Anliegen müssen auch entsprechenden Falltypen zugeordnet werden, um anschließend die unterschiedlichen Bearbeitungswege initiieren zu können. So ist ein Auslesevorgang zu durchlaufen, um festzustellen, wo ein Bedarf für eine individuelle Einzelfallbegleitung besteht (S. 21).

Ewers und Schaeffer (2005) nennen sehr allgemeine Kriterien für den Zugang zum Case Management, die sich allerdings sehr deutlich auf den Bereich der Krankenversorgung beziehen (S. 73f.).

Diese allgemeinen Kriterien sind: „

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/Bekanntem*
5. *Vorgeschichte mit fehlender Compliance (z.B. Medikamenteneinnahme, Nachuntersuchungen)*
6. *Probleme mit 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 Entlassplanung, Bedarf an Unterbringung in besondere Einrichtungen*
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.“ (S.74)*

2.6 Case Management Funktionen

Das Case Management erfüllt verschiedene Funktionen für den Klienten. Diese müssen miteinander in Beziehung gebracht und in Balance gehalten werden. Sie werden in unterschiedlicher Intensität wahrgenommen, müssen aber alle vorgehalten und prozessabhängig ausgestaltet werden. Diese Dynamik macht das Case Management zu einer mehrdimensionalen Realisierung des Handlungskonzeptes. Abhängig von der Gewichtung der Funktionen, können unterschiedliche zielgruppenorientierte und organisatorische Lösungsansätze verfolgt werden. Die Kompetenz des Case Managers besteht darin, die Funktionen transparent zu übernehmen und dem Klienten gegenüber zu reflektieren (vgl. Klie, T. & Monzer, M., 2008, S. 96). Die Kernfunktionen werden hier nun idealtypisch skizziert und sind in dieser Form in der Realität der Versorgung nicht anzutreffen. Die verschiedenen Funktionen konkurrieren in verschiedenen Auslegungen des Case Management miteinander oder aber werden in vielfältiger Art und Weise

miteinander kombiniert. Die Ausprägung der Funktionen hängt häufig von der Intention und Zielsetzung des Auftraggebers ab. Durch die unterschiedlichen Akzentuierungen und Kombinationen der Aufgaben erhält das Case-Management-Konzept eine individuelle Prägung (vgl. Ewers, M. & Schaeffer, D., 2005, S. 71).

2.6.1 Advocacy

Der aus den USA stammende Begriff „Advocacy“ steht für einen zentralen Wertekodex und für ein zielgerichtetes Durchsetzen von Klienten-/Patienteninteressen. Es geht dabei um das parteiische Handeln zur Sicherung und/oder der Akquise von notwendigen Leistungen, Ressourcen und Ansprüche. Die anwaltschaftliche Funktion im Case Management zielt darauf ab, die Interessen von Menschen die sich in konflikträchtigen Lebenssituationen oder unvorhergesehenen Lebenskrisen befinden, geltend zu machen. Diese sind auf Grund von kurz-, mittel- oder langfristiger individueller Hilfebedürftigkeit und/oder gesellschaftspolitischer Machtlosigkeit selbstständig nicht dazu in der Lage.

Der Case Manager soll auf einem anwaltschaftlichen Weg den Klienten unterstützen, damit dieser die Chance bekommt seine Bedürfnisse und persönlichen Bedarfslagen befriedigend zu realisieren. Die Unterstützung läuft in einem intensiven, demokratisch gerechtfertigten Aushandlungsprozess mit den politisch-institutionellen Instanzen ab (vgl. Ewers, M. & Schaeffer, D., 2005, S. 63f.).

Die Advocacy-Funktion dient dem zur Verfügung stellen von Dienstleistungen für Nutzer und sorgt dafür, dass den Belangen und den Bedarfen des einzelnen Leistungsnehmers entsprochen und die Qualität seiner Versorgung gesichert wird (vgl. Wendt, W. R., 2010a, S. 218).

Eine Voraussetzung zum Erfüllen der Advocacy-Funktion ist, dass der Case Manager den Fall immer aus der Perspektive des Klienten betrachtet und die innere Logik dieser Perspektive versucht zu verstehen. Durch das professionelle Fallverstehen des Case Manager kann dieser einen möglichen Verlauf von Erkrankungen bzw. sozialen Problemen und den daraus folgenden Versorgungsbedarfen antizipieren. Durch die Übernahme anwaltschaftlicher Schutzfunktionen kann der Case Manager Krisen verhindern oder die Auswirkungen dieser lindern und die notwendigen Ressourcen an den Bedarfen und Bedürfnissen des Klienten ausrichten. Diese Form der Unterstützung setzt weiter voraus,

dass die helfende Beziehung zwischen Klient und Case Manager auf ein kontinuierliches, individuelles Wachstum angelegt ist (vgl. Ewers, M. & Schaeffer, D., 2005, S. 64).

Die Advocacy-Funktion im Case Management geht aber noch weiter über die persönliche Begleitung des Klienten und die Wahrnehmung professioneller Schutzfunktionen hinaus. Durch die anwaltschaftliche Interessensvertretung der Case Manager wird das Ziel verfolgt Lücken im Versorgungssystem aufzudecken und Informationen an die Verantwortlichen auf übergeordneten Handlungs- und Entscheidungsebenen weiterzuleiten. So will das Case Management einen Ausbau des Sozial- und Gesundheitssystem, das patientenorientiert und bedarfsgerecht ist, entwickeln. Mit dieser Bottom-Up-Strategie möchte das Case Management zur effizienten Lösung von Versorgungsproblemen beitragen (vgl. Ewers, M. & Schaeffer, D. 2005, S. 65). Die Notwendigkeit der Advocacy-Funktion besteht vor allem auf Grund der rasant wachsenden und unübersichtlichen Angebote von Versorgungseinrichtungen und –leistungen. So ist es für die Klienten immer schwieriger eine passende Versorgungssituation zu kreieren und die konkreten Rechte des Einzelnen so umzusetzen, dass sie einen direkten Zugang zu den vorhandenen Ressourcen erhalten (vgl. Ewers, M. & Schaeffer, D., 2005, S. 65). Die anwaltschaftliche Unterstützung soll keine dauerhafte Beziehung zwischen Case Manager und Klienten werden, viel mehr soll der Klient im Laufe des Prozesses eine weitestgehende Autonomisierung erfahren, d. h. der Klient soll durch den Case Manager befähigt werden selbst für seine Interessen einzustehen. Das übergeordnete Ziel des „Advocacy“ besteht in der Entwicklung einer individuellen Bewältigungsstrategie (dabei bleibt zu beachten, dass dieses Ziel einen Idealtypus darstellt) (vgl. Ewers, M. & Schaeffer, D., 2005, S. 65).

Die Bedingungen für den Case Manager zur Wahrnehmung der Adcocacy-Funktion liegen vor allem in einem hohen Maß an Fallverständnis und klinischen bzw. sozialen Kompetenzen. Er sollte außerdem Kenntnisse über das Versorgungssystem, über vorhandene Ressourcen und praktizierte Handlungsmuster besitzen. Der Case Manger muss sowohl geplant als auch reflektiert handeln und konkrete Durchsetzungsstrategien entwickeln, damit er langfristig für den Klienten arbeiten, aber auch Interessens- und Loyalitätskonflikten begegnen kann. Durch diese Voraussetzungen wird deutlich welche Bedeutung die Qualifikation und der professionelle Hintergrund des Case Managers auf seine Handlungs- und Entscheidungsmöglichkeiten hat (vgl. Ewers, M. & Schaeffer, D., 2005, S. 65).

Die Advocacy-Funktion ist auf Grund der besonderen Betonung auf das Fallverstehen und die Klientenorientierung eines der traditionellen Elemente der Case Management-Methode. Diese Funktion hat sich bereits in den Anfängen des Case Managements entwickelt und gilt als eine der ursprünglichsten Case-Management-Funktion, die auch über organisatorische-institutionelle Grenzen hinweg geht (vgl. Ewers, M. & Schaeffer, D., 2005, S. 66).

2.6.2 Broker

Wendt (2010a) beschreibt diese Funktion des Broker als „[...] *vermittelnde Funktion des Maklers (broker) von Diensten, der Angebote heranzuziehen, zu erschließen und für eine Person und ihre Situation passend zuzuschneiden weiß, [...]*“ (S. 217).

Als Broker wird die Funktion der Vermittlung im Sinne eines Makler verstanden (vgl. Klie, T. & Monzer, M., 2008, S. 96). Sie beziehen sich auf Ewers und Schaeffer (2005), diese bezeichnen die Broker-Funktion als Makler- und Vermittler-Funktion, die die einfachste Form des Case Management darstellt. Im Unterschied zur Advocacy-Funktion ist die grundlegende Ausrichtung die organisations- und institutionsbezogene Perspektive. Entwickelt hat sich dieser Ansatz in den USA auf Grund des unkontrollierten Wachstums sozialer und gesundheitsrelevanter Dienstleister, was zur Folge hatte, dass die Versorgung der Bevölkerung zunehmend desintegrierter und fragmentierter wurde. Um dieser Unübersichtlichkeit der Dienstleister in einem immer moderner, komplexer und hochgradig arbeitsteiliger werdenden Sozial- und Gesundheitssystem zu begegnen, gewann die Broker-Funktion rasant an Bedeutung (vgl. Ewers, M. & Schaeffer, D., 2005, S. 66).

Das Case Management fungiert hier als unparteiischer Vermittler zwischen Nutzern und Anbietern von Leistung im Sozial- und Gesundheitswesen. Der Case Manager nimmt die Position eines Agenten ein. Er findet optimale Versorgungslösungen, auf Grund seiner umfassenden Kenntnisse über das aktuelle Marktangebot an Dienstleistungsunternehmen, für die individuellen Versorgungsbedürfnisse eines Nutzers, die zuvor definiert wurden. Wichtig ist hierbei, dass der Case Manager nicht selbst bei einem dieser Dienstleistungsunternehmen angestellt ist, um so die Unbefangenheit von spezifischen Interessen zu gewährleisten. So wird sichergestellt, dass es nicht zu einseitigen Empfehlungen von Versorgungsleistungen kommt und der Wettbewerb nicht verzerrt wird (vgl. Ewers, M. & Schaeffer, D., 2005, S. 66).

Die Vermittlungs-Funktion beruht auf der Vorstellung (Idealtypus) von einem autonomen Nutzer von Leistungen des Sozial- und Gesundheitssystem, für den der Markt auf Grund des Wettbewerbs unter den Anbietern nicht zu überschauen ist. Der „Broker“ hilft dem Nutzer die Entscheidung für oder gegen einen der miteinander konkurrierenden Leistungsanbieter zu erleichtern. Die Aufgabe des Case Manager als „Brokers“ besteht dann darin die einzelnen Leistungen und entsprechenden Anbieter so zusammenzustellen, dass sie einem logischen und effizienten Versorgungsplan bilden. Der Versorgungsplan kann im metaphorischen Sinne als Puzzle gesehen werden, dass durch seine einzelnen Teile ein komplettes Bild ergibt (vgl. Ewers, M. & Schaeffer, D., 2005, S. 66).

Der „Broker“ hat dabei noch eine weitere, die so genannte „linking“-Funktion. Er verbindet im Laufe des Case Management-Prozesses die Bedürfnisse und Bedarfe des Klienten, die beide gemeinsam erarbeiten, mit adäquaten Angeboten des Sozial- und Gesundheitssystems, um so ein individuelles Versorgungspaket zu gestalten (vgl. Ewers, M. & Schaeffer, D., 2005, S. 66).

Als Problematik wird hierbei gesehen, dass in den USA häufig private Case-Management-Unternehmen nur die Realisierung von potenziellen Zugangschancen als Case Management deklarieren. Wenn der Case Manager ausschließlich die Broker-Funktion übernimmt und die Dienstleitungen nicht koordiniert, überprüft und begleitet, hat er keine Möglichkeit korrigierend einzugreifen. Qualitätsmängel können so nicht direkt während des Versorgungsprozesses behoben werden und die Qualitätsentwicklung wird nur indirekt beeinflusst. In diesem Fall ist der Case Manager auf eine geschickte Verhandlungsführung und Koalitionsbildung mit den Dienstleistern angewiesen (vgl. Ewers, M. & Schaeffer, D., 2005, S. 66f.).

2.6.3 Gate Keeper

Die dritte Kernfunktion die der Case Manager übernimmt, ist die des „Gate Keepers“. Klie und Monzer (2008) sehen in dieser Funktion die „[...] *Erschließung des Erforderlichen, d.h. die Aufgabe, zugängliche Leistungsbereiche und zulässige Lösungen von unzulässigen und nicht zugänglichen zu unterscheiden* („Gate-Keeping-Funktion“ [...])“ (S. 96).

Wendt (2010a) beschreibt die Gate-Keeping-Funktion als „[...] *die selektierende Funktion eines Türöffners und Lotsen (gatekeeper) im Netz der Versorgung, der zwischen*

Leistungsnehmern, Leistungsträgern und Leistungserbringern eine Versorgung angemessen in die Wege leitet, [...]“ (S. 217).

Die Idee der Gate-Keeping-Funktion ist, dass diese der Kontrolle und administrativen Einschränkung von Versorgungsleistungen dient. Die Kontrolle soll sozialverträglich sein und gegen eine unkontrollierte Nutzung von sozialstaatlich finanzierten Versorgungsleistungen steuern. Diese Case Management-Funktion hat einen ausgabenzentrierten Fokus. Sie gilt als eine Antwort auf die wachsenden staatlichen Ausgaben der modernen Sozial- und Gesundheitssysteme, die gleichzeitig langfristig begrenzten Möglichkeiten unterliegen. Auf Grund dieser Problematik gewinnt die Kontrolle der Versorgungsleistungen und die entsprechende Zuweisung und Nutzung immer mehr an Bedeutung (vgl. Ewers, M. & Schaeffer, D., 2005, S. 69).

Im Kontext gesamtgesellschaftlicher bzw. der Versorgung größerer sozialer Gruppen verfolgt der „Gate-Keeper“ primär das Ziel sozialer Gerechtigkeit durch seinen selektierenden Auftrag. Das bedeutet diese Funktion ist weder ausschließlich auf die Gewinnmaximierung der Versorgungsdienstleister bei denen die Case Manager angestellt sind, noch auf die umfassende Versorgung und Bedarfsdeckung einzelner Klienten ausgerichtet. Die selektierende Funktion des „Gate-Keepers“ im Case Management dient einer gesamtgesellschaftlichen Anforderung an das Sozial- und Gesundheitssystem (vgl. Ewers, M. & Schaeffer, D., 2005, S. 69).

Im Kontext des klientenzentrierten Versorgungsprozesses nimmt der Case Manager als „Gate-Keeper“ eine besondere Schlüsselrolle zwischen dem Klienten/Patienten und dem gesamten Versorgungssystem, inklusive seiner vorhandenen Ressourcen ein. Mit dem Ergebnis des Assessments, dem ersten Schritt der Case-Management-Methodik (die im Folgenden genauer erläutert wird), entscheidet der Case Manager über den Zugang zum einzelfallzentrierten Case-Management-Prozess und den damit verbundenen Versorgungsleistungen und –angeboten. Dabei ist eine bedeutende Aufgabe des „Gate-Keepers“ die Akquisition von Mitteln und Leistungen der entsprechenden Kostenträger und anschließend den Versorgungsprozess ausgabenorientiert zu steuern. Er füllt so die Lücke in der Schnittstelle zwischen Kostenkontrolle und –verwaltung. Der Case Manager trägt Informationen für die Einrichtung über das gesamte Versorgungsgeschehen des Klienten zusammen. Auf der Basis dieser Berichterstattung können notwendige Modifikationen in Leistungsumfang, Leistungsqualität und Kooperationsstrukturen mit

anderen Unternehmen, durch die Versorgungseinrichtung ermittelt und vorgenommen werden (vgl. Ewers, M. & Schaeffer, D., 2005, S. 70f.).

Der Case Manager wirkt einer unangemessenen und ungezielten Nutzung der Ressourcen des Gesundheitssystems und des Klienten/Patienten, durch ein kontinuierliches Monitoring und eine gezielte Selektion von Versorgungsleistungen, entgegen. Hierbei bleibt die Frage der Angemessenheit unbeantwortet, die bereits Einzug in die wissenschaftliche Diskussion gefunden hat (vgl. Ewers, M. & Schaeffer, D., 2005, S. 71).

Wie bereits erwähnt ist der „Gate-Keeper“ in der kostenintensiven Versorgung spezieller Patientengruppen von besonderer Bedeutung. Durch die Mobilisation vorhandener Ressourcen und kostengünstiger Hilfpotenziale sollen weitergehende Gesundheitsgefährdungen dieser Patienten vermieden werden, die möglicherweise im weiteren Versorgungsverlauf höhere Kostenausgaben verursachen könnten. Der Case Manager sorgt dafür, dass bei Leistungserbringern und Nutzern ein Bewusstsein für Wirtschaftlichkeit des Versorgungsgeschehens entsteht. So kann er den sparsamen Einsatz von Mitteln, bspw. durch den Zugriff auf vorhandene Ressourcen, beeinflussen. Durch die Anleitung der Klienten zur Nutzung bestehender Ressourcen können Ausgaben reduziert werden, ohne die Qualität der Versorgung zu mindern (vgl. Ewers, M., & Schaeffer, D., 2005, S. 71).

2.6.4 Supporter

Eine weitere Funktion des Case Manger ist die des „Supporters“. Dieser Begriff taucht zwar bereits in den Anfängen des US-amerikanischen Case-Management-Konzeptes auf, wird aber kaum spezifiziert und bleibt ohne konkrete methodische und funktionale Ausgestaltung. Sie bildet eine ergänzende Funktion der drei klassischen Kernfunktionen im Case Management. (vgl. Wissert, M., 1998, S. 335).

Wendt (2010a) setzt als „Supporter“ den Fokus auf die *„[...] unterstützende Funktion (supporting) in der Begleitung von Klienten durch das Versorgungssystem, [...]“* (S.217). Klie und Monzer erweitern das Verständnis dieser Funktion noch um den „Sozialen“-Aspekt. Hier gilt die Funktion als *„[...] soziale Unterstützung („Social Support-Funktion“ [...]). Sie akzentuiert die soziale Unterstützung inklusive der neuen Aushandlung von Aufgaben, Präferenzen und Lösungsoptionen aller Beteiligten im Zusammenhang mit Pflegebedürftigkeit und (chronischer) Krankheit; [...]“* (S. 96).

Die Funktion als „Supporter“ hat für den Klienten also einen unterstützenden und fördernden Zweck. Dieser Zweck beschränkt sich dabei nicht nur auf die Begleitung durch das Versorgungssystem, sondern erweitert sich auch auf die Stärkung des selbstständigen Problemlösungsverhaltens und die (Wieder)Erlangung einer autonomen Lebensführung (vgl. Wendt, W. R., 2015, S. 692; Wendt, W. R., 2013, S. 141). Die Supporter-Funktion könnte auch als Unterstützungsmanagement bezeichnet werden. Diese ergänzende Funktion umfasst vor allem die persönliche Unterstützung und intrapersonale Situationsklärung, aber auch die Aktivierung des Klienten und seines gesamten sozialen Systems. Diese Funktion soll die Planungsbestimmung und Selbstbeteiligung der Klienten im Handlungskonzept des Case Management sichern. Die Supporter-Funktion widmet sich überwiegend der Akquisition und Aktivierung von Personen/Gruppen, Institutionen und geeigneter Unterstützungsleistungen zur Problemlösung des Klienten. Dabei liegt ein besonderer Fokus auf den gemeinsam erarbeiteten Zielvorstellungen. Funktional erweitert, zielt das Unterstützungsmanagement auf die Ermöglichung zur selbstständigen Bewältigung komplexer, innerer und äußerer Problemlagen ab (vgl. Wissert, M., 1998, S. 335).

2.7 Der Case Management-Prozess

Das Case Management-Konzept basiert auf einem mehrdimensionalen, stufenweisen Vorgehen, das in der praktischen Umsetzung nicht nacheinander, sondern vorwiegend „[...] *parallel, wiederholend und querverbunden* [...]“ durchgeführt wird (vgl. Monzer, M., 2013, S. 69).

Der Case Management-Prozess stellt durch die Merkmale einer geordneten, systematischen Unterstützung und Erbringung von Leistungen, die auf den Bedarf einer Person/Personengruppe ausgerichtet ist, einen Teil der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung dar. In den verschiedenen Phasen werden die Belange der Klienten erfasst und die verschiedenen Aufgaben und Angebote der unterschiedlichen Leistungssektoren des Sozial- und Gesundheitssystems, in professioneller Art und Weise zur Verfügung gestellt. Die einzelnen Funktionen des Systems sind für Außenstehende häufig nicht erkennbar oder zu überblicken, wodurch eine kompetente Wegbegleitung notwendig ist, die mit dem Case Management Prozess gesichert werden kann. Das Case Management bietet so ein formelles, geregeltes Verfahren das auf institutioneller Ebene Anwendung

findet (vgl. Wendt, W. R., 2018b, S. 172). Der Case Management Prozess leitet zur Interaktion zwischen Personen und institutioneller Versorgung an und begleitet diese zielführend. Dadurch entsteht eine Beziehung des Sorgens, die man als *caring* bezeichnet, in der sich professionell Handelnde den persönlichen Problemen der Klienten in spezifischer Weise annehmen. Durch das Mitteilen der Sorgen ist eine zu vereinbarende Zusammenarbeit begründet. Danach wird vereinbart was nötig ist, um in geteilter Verantwortung, multiprofessionell und interdisziplinär die fallweise Versorgung des Klienten zu sichern. Das gesamte Case Management-Konzept, vor allem aber der Prozess lässt sich mit diesen Grundannahmen, dem Paradigma des Sorgens und der Versorgung, unterordnen (vgl. Wendt, W. R., 2018b, S. 171ff.).

Das Case Management ist ein Handlungskonzept mit dispositivem Vorgehen. Dabei werden die Entscheidungen im Fluss des Geschehens getroffen. Die Fallbearbeitung und somit auch der gesamte Prozess besteht aus einer Strategie in der man herausfinden, planen, vereinbaren, ordnen, kontrollieren und korrigieren muss, wie in der entsprechenden Problemlage zu handeln ist. Es gibt in dem Prozess keine spezifische Zuständigkeit. Da die Problemlagen im Sozial- und Gesundheitswesen zu komplex und dynamisch sind und sowohl die Lebenslage als auch die Lebensführung der Menschen beinhaltet, gibt es keine von vornherein bestimmte „Behandlungsmethode“ oder „-abfolge“. Aus diesem Grund erfolgt der personen- und situationsbezogene Case Management-Prozess disziplinenspezifisch. Er verlangt Transdisziplinarität. Nicht eine einzelne Disziplin alleine verfügt über das nötige Wissen und Können zur Lösung der komplexen Problemlagen. Der Prozess der Fallsteuerung muss in professioneller Verantwortung, mit vielseitigen Kenntnissen und Erfahrungen in Humandiensten liegen. Die Inanspruchnahme spezifischer Professionen und Disziplinen hängt von den Aufgaben und Arbeitsschritten ab, die zur Problemlösung identifiziert wurden (vgl. Wendt, W. R., 2018b, S. 174ff.). Im Folgenden werden nun die sechs Phasen des Case Management-Prozesses dargestellt und erläutert.

2.7.1 Klärungsphase

Der erste Schritt zur Anwendung des Case Management Prozesses ist die Klärungsphase. Diese Phase lässt sich noch einmal in zwei verschiedene Funktionen unterteilen: Die Reichweite und der Zugang. Die Reichweite stellt die vorab definierte Zielgruppe bzw. Fallgruppe. Der Anwender des Case Management muss vorab klären mit welchen Fällen er

sich auseinander setzen möchte (case finding). Das bedeutet in diesem Schritt werden zunächst Kriterien festgelegt, um eine bestimmte Zielpopulation für das Case Management zu identifizieren. Diese Kriterien können extern vorgegeben werden, hängen von Kompetenzen des Anwenders ab oder richten sich nach den Prioritäten von bestimmten Problemlagen. Diese Kriterien werden als Intake-Kriterien bezeichnet und später noch näher erläutert. Dabei können Gruppen und Personen nach Umfang des Hilfebedarfs oder Art der Problematik unterschieden werden. Es gilt wie üblich im Gebiet der Versorgung, stets Art und Umfang der Bedarfe zu ermitteln (vgl. Wendt, W. R., 2018a, S. 135).

Die zweite Funktion der Klärungsphase ist die Ermöglichung eines Zuganges zum Case Management. Es gibt eine Reihe von Faktoren die Auswirkungen darauf haben, ob die Zielgruppe einen leichten oder schweren Zugang zum Case Management-Angebot hat. Folgende Kriterien sind von besonderer Bedeutung:

- Die Zielpopulation nimmt das Angebot zu wenig wahr da es schlichtweg zu unbekannt ist.
- Der Zugang kann rechtlich beschränkt sein
- Auf Grund finanzieller Ressourcen kann der Zugang erschwert sein.
- Der Anbieter weist entweder eine „Komm-Struktur“ auf, das bedeutet der potenzielle Klient muss das Angebot selber finden, oder eine „Geh-Struktur“, was bedeutet der Anbieter geht mit dem Angebot auf den potenziellen Klienten zu.
- Die Öffnungszeiten des Anbieters können den Zugang erschweren.
- Soziokulturelle oder psychologische Barrieren bestimmter Personengruppen können den Zugang erschweren
- Die Zielpopulation verheimlicht ihre persönliche Problematik und ist so schwer zu als potenzielle Klientel zu identifizieren.
- Der Zugang wird deutlich erleichtert, wenn der Anbieter bürgernah, „niederschwellig“ und geografisch günstig gelegen ist.

Der Zugang zum Case Management Angebot wird außerdem erleichtert, durch ein professionelles und seriöses Auftreten. Gerade vulnerable Personen/-gruppen dürfen nicht misstrauisch werden und sollten frühzeitig Vertrauen zum Anbieter aufbauen, denn das ist eine Voraussetzung für eine gelungene Kooperation.

Die Schaffung eines niederschweligen Zuganges zum Case Management-Angebot hat vor allem mit Öffentlichkeitsarbeit zu tun. Das Case Management muss sich durch seine

Institution vorstellen. Zuständige Personen und der Einzugsbereich werden öffentlich präsentiert. Als Multiplikatoren der Angebotsverbreitung sollen lokale Medien, wie Radio und Zeitung genutzt werden, aber auch andere Leistungsanbieter und Akteure des Gesundheitswesens, sowie eine aktive Kommunikation die als „Mundpropaganda“ bezeichnet werden darf.

Zum Zugang des Case Management gehört allerdings auch die Auslese der potenziellen Nutzer, die durch spezielle Kriterien erfolgen sollte. So wird die Notwendigkeit der Nutzung des Case Management ermittelt und erhoben, ob der Status und die Situation einer Person zu den möglichen Dienstleistungen passen. Das Case Management kann, teilweise sogar rechtlich, zugeteilt werden. Man spricht von einer Fallzuweisung. Hierbei erfüllt der Staat die Funktion einer gewissen Zugangskontrolle. Hier erfüllt das Case Management vor allem die oben beschriebene „Gate-Keeping“-Funktion, in dem an den Schnittstellen der Versorgung, die Nutzer ausgesiebt werden. Das geschieht im Interesse der Nutzer je nach Dringlichkeit und/oder Spezifität der Hilfe- und Unterstützungsleistungen und im Interesse der Anbieter die so ihre Ressourcen sinnvoll und optimal einsetzen können.

Um den Einsatz fachlicher und wirtschaftlicher Ressourcen angemessen zu gestalten ist es in einigen Organisationen notwendig Fallgruppen zu bilden. So können analog zum DRG-System, bspw. in Krankenhäusern oder Pflegeeinrichtungen, Fallgruppen gebildet werden, um so einen gerechten Mitteleinsatz zu erwirken und vor dem Gesetzgeber Willkür zu vermeiden (vgl. Wendt, W. R., 2018a, S. 135ff.).

2.7.2 Phase 1: Intake

Das Intake bezeichnet die Auslese des Einzelfalles. Es umfasst sowohl die Anmeldung, die Erteilung von Auskünften, als auch Information über die Einrichtung, die Feststellung der richtigen Anlaufstelle und die Feststellung von Unterstützungs-, Betreuungs- und/oder Behandlungsbedarfen. Das Intake beschreibt die Fallaufnahme in den Case Management-Prozess. Die als Klient identifizierte Person erhält Einzug in die Einrichtung und wird direkt und aktiv in den Prozess eingebunden. Ihm wird erläutert welche Bedeutung und welchen Nutzen sich für ihn ergeben (vgl. Wendt, W. R., 2018a, S. 138).

Da nicht alle Patienten ein Case Management benötigen, nutzen Organisationen wie bereits erwähnt so genannte Intake-Kriterien, um Fälle mit einem Bedarf für das Case Management in ihrer Einrichtung zu ermitteln (vgl. Kollak, I. & Schmidt, S., 2015, S. 10).

Für das individuelle Case Management kommen nach Festlegung im stationären oder ambulanten Behandlungsschema Fälle mit komplexen oder kostenintensiven Anforderungen in Betracht (vgl. Wendt, W. R., 2013, S. 140).

Folgende Kriterien werden in der Literatur als Intake-Kriterien zum „Screening“ der potenziellen Klienten benannt.

Personenbezogene Kriterien:

- Personen, die sich in einer für sie schwierigen Lage befinden
- Personen die mehrere Leistungserbringer und informelle Unterstützer benötigen, um ihre persönliche Lage zu verbessern
- Personen die ihre Versorgung nicht eigenständig organisieren und koordinieren können auf Grund von fehlenden Ressourcen
- Personen, die mit Hilfe der Regelversorgungspfade nicht ausreichend versorgt werden können
- Personen die kein soziales Unterstützungssystem aufweisen können
- Obdachlose Personen³ und Menschen die alleine leben
- Personen mit fehlenden oder zumindest nicht ausreichenden finanziellen Mitteln
- Personen die eine Einwilligung zum Case Management gegeben haben (ausschließlich ein formales Kriterium um den Case Management Prozess zu initiieren)

Gesundheitsbezogene Kriterien:

- Hohes Alter
- Chronischer Schmerzstatus
- Pflegebedürftigkeit und/oder mangelnde Selbstversorgungskompetenz/Compliance
- Reduzierter körperlicher und/oder kognitiver Zustand
- Ernährungszustand (Kachexie oder Adipsitas)
- Mobilitätseinschränkungen
- Missbrauchs- oder Vernachlässigungsanzeichen

³ Dieses ist ein Kriterium, das eher in der Sozialen Arbeit Beachtung findet. Es wird nur aus Gründen der Vollständigkeit hier aufgeführt.

- Schwere chronische oder unheilbare Erkrankungen, ggf. mit Neigung zu Komplikationen
- Spezifische Erkrankungen wie bspw. Demenzerkrankungen, Krebserkrankungen, ALS oder Schlaganfall
- Personen mit einer komplexen Entlassplanung (gilt natürlich nur für den Übergang aus einer stationären Versorgung), bzw. den Bedarf an einer Unterbringung in einer speziellen Einrichtung (bspw. Hospiz)
- Personen mit einem großen Bedarf an Schulungen/Anleitungen für sich selbst oder die nächsten Bezugspersonen

Organisationsbezogenen Kriterien:

- Wiederholte Krankenhauseinweisungen innerhalb kurzer Zeitperioden
- Hohe Krankheitskosten für die Einrichtung/Organisation

(vgl. Ewers, M. & Schaeffer, D., 2005, S. 74; Kollak, I. & Schmidt, S., 2015, S. 19ff.; Kollak, I. & Schmidt, S., 2016, S.10f.).

Neben diesen Kriterien muss in dieser Phase außerdem klar geregelt sein, wer den Scan der potenziellen Klienten durchführt und festlegt, ob ebendiese ein Angebot zur Durchführung des Case Managements bekommen. In einem Krankenhaus bspw. ist es sinnvoll einen Case Manager bereits in der Aufnahme der Patienten einzusetzen, um möglichst früh und umfassend die Intake-Kriterien erfassen zu können (vgl. Kollak, I. & Schmidt, S., 2016, S. 11).

Die Phase des Intakes ist entscheidend für den gesamten Case Management-Prozess, denn nur Organisationen und Anbieter mit klaren Intake-Kriterien können eine hohe Qualität des gesamten Prozesses garantieren und eine fallorientierte, personenbezogene Unterstützungsleistung anbieten. Außerdem können sich verschiedene Anbieter mit unterschiedlichen Profilen auf dem Markt voneinander abgrenzen (vgl. Kollak, I. & Schmidt, S., 2015, S. 21).

Ein weiterer Teil des Intakes ist es die notwendigen Rechte und Pflichten der Parteien festzulegen. Die grundsätzlichen Rechte im Kontext der Arbeit mit unterstützungsbedürftigen Menschen können aus der Pflege-Charta der Rechte übernommen werden. Das Case Management beinhaltet aber auch Recht und Pflichten die

vertraglich geregelt sein müssen. Dabei steht vor allem der Datenschutz im Vordergrund. Alle Daten des Klienten müssen vertraulich behandelt werden. Außerdem wird den Klienten die Einsicht in ihre Krankendokumentation gewährt und sie dürfen Kopien davon verlangen. Weitere Vertragsinhalte behandeln die Mitwirkung des Klienten in Entscheidungsprozesse und die Gestaltung der Versorgung. Die Rechte und Pflichten sollen umsetzbar und nützlich sein, darum ist es von besonderer Wichtigkeit eine Kommunikationsstruktur zu schaffen, die eine Zusammenarbeit ermöglicht. Eine solche Struktur schafft man, in dem die Vertragspartner ihre Erwartungen offen legen und sich auf eine Art und Weise der Kommunikation und Entscheidungsfindung einigen, wodurch beide Seiten aktiv und produktiv am Case-Management-Prozess teilnehmen können (vgl. Kollak, I. & Schmidt, S., 2015, S. 21f.).

Die Intake-Phase kann insgesamt als individuelle Eingangsprüfung mit einer ersten Vereinbarung über die Art und Weise des Vorgehens bezeichnet werden (vgl. Wendt, W. R., 2013, S. 151).

2.7.3 Phase 2: Assessment

Der Begriff Assessment stammt aus dem Englischen und wird von dem Verb „to assess“ abgeleitet. „to assess“ meint die exakte Beurteilung und Bewertung eines Sachverhaltes. Mit diesem Begriff ist aber noch keine konkrete Definition geklärt. In unterschiedlichen Professionen haben sich Definitionen mit unterschiedlichen Schwerpunkten entwickelt. Nicht einmal der Begriff des Pflegeassessment unterliegt einer klaren Definition. Hier folgt man eher pragmatischen Aspekten und beschreibt das Pflegeassessment als Einschätzung von pflegerelevanten Variablen und Phänomenen, um diese zu bewerten und/oder anschließende Handlungen zu initiieren (vgl. von Reibnitz, C., Schümmelfelder, F., Hampel-Kalthoff, C., Baierlein, J., Schwegel, P. & Da-Cruz, P., 2015, S. 57f.; Wendt, W. R., 2018, S. 141).

Diese Phase des Case Management beinhaltet eine möglichst vollständige Erfassung und Bewertung der Situation einer Person und/oder Familie. Es gilt die persönliche Disposition in der relevanten Lebenssituation festzustellen, unabhängig davon, ob die Problematik auf primär sozialer, gesundheitlicher oder pflegerischer Ebene besteht. Um die Situation des Klienten zu klären, ist es notwendig diese ausführlich zu beschreiben, zu analysieren und

zu bewerten. Diese Klärung der Situation kann man dann als das Assessment im Case Management definieren (vgl. Wendt, W. R., 2018a, S. 141).

Mit dem Assessment wird der aktuelle biopsychosoziale funktionale Status des Klienten erhoben. Inhalte dessen sind: Selbstversorgungsdefizite, individuelle Versorgungsbedürfnisse, vorhandene oder notwendige formelle und/oder informelle Ressourcen (vgl. Ewers, M. & Schaeffer, D., 2005, S. 75f.).

Die Einschätzung des Falles beinhaltet einerseits individuelle, qualitative Einschätzungen, andererseits auch quantitative Einschätzungen mittels Tests, Skalen und/oder anderen Instrumenten. Mittels dieser unterschiedlichen beiden Erhebungen können die Daten verglichen und ihre Verläufe dargestellt werden. Nach der Ermittlung erfolgt dann eine differenzierte Bewertung dieser Daten, was zur Planung und Durchführung später folgender Maßnahmen dient. Außerdem dient diese Bewertung der Entscheidungsfindung über die Art, die Intensität und die Qualität der Versorgungsleistung des Case Management. Bereits in dieser Phase vollzieht sich ein interaktionistischer Prozess in dem Zielgrößen und Erfolgskriterien festgelegt werden, aber auch eine erste Evaluation und Dokumentation erfolgt. Ein weiterer Teil dieses Prozesses ist die Auswahl geeigneter Instrumente, um bestehende Ressourcen und Problembereiche identifizieren zu können (vgl. von Reibnitz, C. et al., 2015, S. 58). Mit einer solchen systematischen Erfassung versucht man sich der inneren und äußeren Situation der Person klar zu werden und die Komplexität der persönlichen Situation zu verstehen, um die Ursachen zu finden und zu bekämpfen. Das ist nötig weil die Problemlagen in der humandienstlichen Arbeit selten klar auf der Hand liegen. Die Schwierigkeit dieser Bedarfserhebung liegt darin, sie nicht ausufern zu lassen, aber sie dennoch ganzheitlich zu betrachten und durchzuführen. Das bedeutet, es muss ein Rahmen, eine funktionale Beschränkung für den Case Management-Prozess erfolgen (vgl. Wendt, W. R., 2018a, S. 141f.).

Das Assessment ist ein Prozess der kein klar abgegrenzter, einmaliger Vorgang ist. Er dient zunächst einer ersten Problemklärung, kann dann aber bei weiteren auftretenden Problemen erneut durchgeführt werden und/oder korrigierende Elemente einbringen. Der Prozess sollte schrittweise ablaufen und ggf. beim Bestehen verschiedener Problemlagen Prioritäten setzen. Das Assessment kann in der Praxis also flexibel gehandhabt werden (vgl. Wendt, W. R., 2018a, S. 142). Von Reibnitz et al. beschreiben diesen Prozess zusammenfassend als: „Die individuelle Bedarfserhebung, bei der der Patient und evtl.

seine Angehörigen mit einbezogen werden, ist als fortlaufender Prozess zu verstehen und folgt vom Bedürfnis zum Bedarf“ (2015, S. 58).

Von ganz besonderer Bedeutung sind in dieser Phase Ehrlichkeit und Selbstverantwortung. Die am Case Management-Prozess Beteiligten dürfen einander nichts vormachen, dabei ist die Aufgabe des Case Managers, die Folgen von Verheimlichungen darzustellen und den Klienten zu einer objektiven Betrachtung anzuhalten. Der Ertrag des Assessments hängt also sehr stark von der Gestaltung der gemeinsamen Beratung ab. Die Gesprächsführung sollte zunächst nondirektiv und klientenzentriert durch den Case Manager erfolgen (vgl. Wendt, W. R., 2018a, S. 144f.). Im Gespräch nimmt der Case Manager die Rolle des aktiven Zuhörers ein. Er zeichnet sich durch eine offene Haltung zu seinem Gegenüber aus und suggeriert so ein ehrliches Interesse und schafft Vertrauen zum Klienten, um so Zugang zu dessen Umwelt zu erlangen (vgl. Kollak, I. & Schmidt, S., 2016, S. 11ff.). Der Klient wird dabei in eine aktive Rolle gebracht und gestaltet das Gespräch so partnerschaftlich mit. Es ist zu beachten, dass es in dem Gespräch um die Klärung der Problemlage geht, nicht um einen Konsens in der Betrachtung des Problems. In der Gestaltung der Gesprächsführung gilt es immer einen situativen Ansatz zu wählen. Das bedeutet, dass es um die Erfassung von Lebenslagen einer Person und/oder Familie geht, wobei die Mehrdimensionalität hierbei zu berücksichtigen ist. Da ein solches Gespräch an sich für den Klienten schon als Belastung empfunden wird bewertet der Klient, als die „situierter“ Person, Problemlagen so oder so. Dieser sollte dann ein konkretes Befinden zur Problemlage und der Gesprächssituation äußern, woraufhin der Case Manager durch eine objektivere Sichtweise häufig schon einen großen Schritt in der Problemlösung macht (vgl. Wendt, W. R., 2018a, S. 144f.).

Da sich das Case Management als perspektivisches, zielgerichtetes „Unternehmen“ sieht muss die Lebensperspektive des Klienten Beachtung finden. Die Motivation des Klienten liegt sowohl in seiner biographischen Geschichte als auch in seiner Zukunftsperspektive. Die Erwartungen des Klienten spielen dabei eine große Rolle, da der Case Manager auf eine aktive Mitarbeit, Selbstbestimmung und die Stärken des Klienten angewiesen ist (vgl. Wendt, W. R., 2018a, S. 146). Wendt (2018a) geht von folgender Verhaltensmotivation der Klienten aus: *„Wie er sich verhält und disponiert, hängt wesentlich davon ab, welchen Entwürfen seines weiteren Lebens er folgt und wie er seine Zukunftsabsichten beurteilt“* (S. 146).

Die subjektive und objektive Lebenslage des Klienten bildet sich also aus folgenden vier Dimensionen: Der Umwelt (äußere Situation), der Innenwelt (innere Situation), der Lebensgeschichte (Biografie) und dem Lebensentwurf (Perspektiven). Über diese Dimensionen werden im Assessment Information gesammelt und analysiert. So erlaubt das Assessment eine individualisierte Lebenslage zu skizzieren (vgl. Wendt, W. R., 2018a, S. 146).

Die DGCC (2015) empfiehlt bei der Datenerhebung ein strukturiertes und systematisches Vorgehen welches weitestgehend standardisiert sein sollte. Das bedeutet es sollte eine Orientierung an theoretisch fundierten Modellen der Informationserhebung bestehen. Außerdem sollte sie zielorientiert erfolgen, um so ökonomische und personelle Ressourcen zu schonen. In der Methodik werden folgende Instrumente⁴ empfohlen: strukturierte Fragenkataloge/-bögen, Interviewleitfäden und/oder sozialwissenschaftliche Techniken zur Abbildung persönlicher Beziehungen und/oder sozialer Gefüge, bspw. Geno-, Sozio-, und Ökogramme oder Netzwerkanalysen. Die DGCC rät am Ende des Assessments die Ergebnisse schriftlich festzuhalten und in die Dokumentation des gesamten Case Management-Prozesses einzubinden. Auch die Dokumentation sollte strukturiert, systematisch und weitestgehend standardisiert erfolgen bspw. durch ein EDV-gestütztes Case Management-Dokumentationsprogramm (S. 19).

Die Phase des Assessments ist von maßgeblicher Bedeutung, denn sie ist die notwendige Voraussetzung, um einen bedarfsorientierten und individuellen Versorgungsplan erstellen zu können. Auf der Makroebene dienen die Assessments auch noch dazu Rückschlüsse auf die Versorgung von bestimmten Zielgruppen zu ziehen (vgl. Ewers, M. & Schaeffer, D. 2005, S. 76; von Reibnitz et al., 2015, S. 60).

2.7.4 Phase 3: Zielvereinbarung und Hilfeplanung

In der Phase der Zielvereinbarung und Hilfeplanung wird auf Grundlage der im Assessment erhobenen Informationen, sowie in direkter Zusammenarbeit mit dem Klienten und/oder seinem sozialen Umfeld ein Versorgungsplan entwickelt und schriftlich

⁴ Weitere Instrumente listen Kollak und Schmidt (2016) in dem Kapitel: *Die Phasen des Case Management Prozess und seine Instrumente* (S. 9-32) ihres Werkes: *Instrumente des Care und Case Management Prozesses* auf.

festgehalten. Dabei werden Defizite und Kompetenzen des Klienten berücksichtigt, es wird eine Liste von geeigneten Dienstleistungen erstellt, die zum Erreichen der Ziele geeignet sind und die Verantwortlichkeiten der einzelnen formellen und informellen Leistungserbringer werden geklärt (vgl. Ewers, M. & Schaeffer, D., 2005, S. 76).

Die Hilfeplanung in dieser Phase knüpft an die Lebensplanung des Klienten an und ergänzt diese. Mit der Verständigung über die zu verfolgenden Ziele beginnt diese Phase des Case Management. Es ist nötig sich ausreichend Zeit zu nehmen, um die Ziele möglichst realistisch und konkret zu formulieren. Nur so können sie alle Beteiligten verstehen und akzeptieren. Außerdem sind nur konkret definierte Ziele überprüfbar, sie sollten zusätzlich noch mit einer Zeitspanne versehen sein, in der das Ziel erreicht werden soll. Durch die Vereinbarung von Zielen soll den Maßnahmen zur Bedarfsdeckung des Klienten eine erste Richtung gegeben werden. Diese Hilfeziele sollten grundsätzlich mit den Lebenszielen des Klienten übereinstimmen (vgl. Wendt, W. R., 2018a, S. 153f.).

Zielformulierungen haben Einfluss auf die Gestaltung des Versorgungsprozess. Sie erfüllen dabei verschiedene Funktionen: sie reduzieren Komplexität, leiten an zu reflektiertem Handeln und strukturieren den Handlungsprozess, außerdem bieten sie allen Beteiligten Anhaltspunkte für erste Einschätzungen, ob sich ein Weiterkommen andeutet. Zudem wird durch Zielhierarchien der verschiedenen Zielebenen die Qualität des professionellen Case Management-Prozesses sichergestellt. Das Ergebnis dieses Teilschrittes ist ein Plan, der ein Handlungskonzept zur Erreichung der vereinbarten Ziele beinhaltet, welches raum- und zeitbezogen ist (vgl. von Reibnitz et al., 2015, S. 65f.).

Wendt (2018a) nennt den nächsten Teilschritt die Zusammenkunft der „Hilfepflichtkonferenz“. In dieser Konferenz werden die als notwendig erachteten Leistungen mit den dazu notwendigen Leistungserbringern abgesprochen. Es werden Aufgabenverteilung und die Abstimmung dieser Aufgaben vorgenommen. Außerdem werden in diesem Schritt die Verantwortungen für die einzelnen Aufgaben sowohl der formellen als auch der informellen Helfer geklärt. Dieser Hilfeplan wird verschriftlicht und von den Beteiligten des Case Management unterschrieben und eine Kopie wird dem Klienten ausgehändigt (vgl. Wendt, W. R., 2018a, S. 155f.).

Die DGCC (2015) nennt diesen Schritt Serviceplanung. Dieser soll in einem gegenseitigen Einverständnis verfasst und kann als eine Art Vertrag gesehen werden, der durch eine

Unterschrift beider Parteien diesen Charakter erhält. Die Inhalte dieses Serviceplans sind vor allem:

- Die Zielvereinbarungen am zuvor erhobenen Bedarf in verschiedenen Ebenen, denen konkrete Maßnahmen zugeordnet werden und die alle den SMART-Kriterien entsprechen müssen.
- Maßnahmen und Leistungen der vom Case Management herangezogenen Dienste und Organisationen, aber auch Leistungen vom Klienten oder vom Case Manager selber (Berücksichtigung des „Welfare Mix“).
- Zuordnung der Maßnahmen zu den Durchführenden und der Verantwortlichkeit der Kontaktaufnahme zu den Leistungserbringern (der Klient sollte diese Aufgabe teilweise selbstständig übernehmen).
- Der zeitliche Rahmen, der die Reihenfolge und die Abstimmung der Maßnahmen aufeinander, regelt (S. 21f.).

Mittels des Versorgungsplanes werden Bedarfe und Präferenzen zusammengeführt und erste Problemlösungsstrategien auf der Grundlage fachlicher Expertise erarbeitet. Prioritäten werden neu gesetzt, Versorgungsbedarfe und Präferenzen werden neu geordnet und abgestimmt. Zusätzlich erfolgt eine Maßnahmenplanung wobei systematisch Zuständigkeiten geklärt werden. Einzelne Leistungen und Maßnahmen werden unter Berücksichtigung aller vorhandenen Ressourcen beschrieben und abgestimmt. Man könnte vereinfacht sagen es wird disponiert, wer, wann, was, wo und wie macht.

Der Versorgungsplan erfüllt die Funktion des Bindegliedes zwischen dem Assessment und der Leistungserbringung. Er dient auch als Instrument zu Strukturierung der Leistungen und vermittelt allen Beteiligten so ein größeres Verantwortung- und Verpflichtungsbewusstsein (vgl. von Reibnitz et al., 2015, S. 67f.).

Die DGCC (2015) bezeichnet das schriftliche Dokument des Serviceplans als verbindliche Grundlage der Maßnahmen- bzw. Leistungsdurchführung (S.23). Diese Art der Kontraktsschließung sollte, wie bereits erwähnt, unter konsequentem Einbezug des Klienten erfolgen, damit eine Implementation des Versorgungsplanes gelingt. Quinn (1993) beschreibt diese Voraussetzung folgendermaßen: *„Indem der Klient und seine Familie in die Diskussion und Lösung des Versorgungsproblems involviert werden, kann der Case Manager die notwendige Objektivität wahren und dem Klienten eine informierte*

Entscheidung über seinen Versorgungsbedarf ermöglichen“ (zit. nach Ewers, M. & Schaeffer, D., 2005, S. 77).

2.7.5 Phase 4: Durchführung und Linking

Ein weiterer Teil des Case Management-Prozesses ist die Umsetzung oder Implementierung des Versorgungsplanes. In der Regel leistet das Case Management dies nicht selbst oder nur teilweise in Form einzelner Unterstützungen oder Behandlungen. Es dient der Erschließung und Zusammenführung von Dienstleistungen, aber auch der Koordination und Lenkung des Ablaufes des Versorgungsplanes eines Falles. Der Case Manager muss Vereinbarungen treffen mit den dienstleistenden Akteuren, wenn diese in seinem Auftrag oder dem des Klienten Maßnahmen und Leistungen erbringen (vgl. Wendt, W. R., 2018a, S. 159).

Die Effizienz des Versorgungsplans hängt wesentlich von der Zuordnung, der Aufgabenverteilung, den Rollen und den Kompetenzen der entsprechenden Institution/Anbieter des Case Management und von den verbindlichen Kooperationsvereinbarungen mit allen am Versorgungsprozess beteiligten ab (vgl. von Reibnitz et al., 2015, S. 72). Der Case Manager hat in dieser Phase also folgende Aufgaben: Erstens, die Verhandlung mit Kostenträgern und Leistungserbringern. Zweitens, die Koordination des Leistungsgeschehens. In dieser Phase kommt es somit unweigerlich zu einem dynamischen Kommunikationsprozess. In dieser Rolle als Verbindungsglied zwischen Klient (inklusive seinem sozialen Umfeld) und den Verantwortlichen der Dienstleistungsorganisationen spricht man von der „Linking“-Funktion. Dazu bedarf der Case Manager besonderer organisatorischer Fähigkeiten und Kommunikationstechniken (vgl. Ewers, M. & Schaeffer, D., 2005, S. 77).

Die DGCC (2015) beschreibt das „Linking“ in ihren Case Management Leitlinien als „[...] Prozess, der die Vermittlung des Adressaten/Klienten an passende formelle und informelle Angebote umfasst. Dazu gehören neben der Ermittlung der richtigen Leistungsanbieter und ökonomisch vertretbarer Angebote auch die Vorbereitung zur Kontaktaufnahme und gegebenenfalls die Begleitung des Adressaten/Klienten zum Angebot.

Linking umfasst auch all die Aktivitäten, die zu einer besseren Nutzbarkeit der Angebote führen sollen. Um die Individualisierung der vermittelten

Maßnahmen/Leistungen zu gewährleisten, muss Case Management hier auch mitunter eine verhandelnde Position einnehmen und den Adressaten/Klienten bei der Durchsetzung seiner Interessen unterstützen“ (S.23).

Nach Wendt (2018a) ist das Linking ein Zwischenschritt, der nach der Planung der Hilfe-/Versorgungsangebote und vor der Durchführung der Maßnahmen erfolgt. Dabei bereitet der Case Manager den Klienten auch auf die zukünftigen Anforderungen vor, macht aber auch die Leistungserbringer auf die Gegebenheiten und Erwartungen des Klienten aufmerksam (S. 159). Das Case Management ist dafür zuständig fallbezogen ein Netzwerk aufzubauen, in dem ein systemübergreifendes Unterstützungssystem aufgebaut wird, welches professionelle und private Ressourcen optimal ausschöpft. Durch die Analyse der notwendigen Netzwerkpartner wird ein individuelles Netzwerk für den Fall geschaffen. Der Aufbau eines solchen Netzwerks erfolgt durch die Kontaktaufnahme, durch Besuche oder Telefonate mit den Leistungserbringern. Der potenzielle Netzwerkpartner erhält Informationen über den Fall und die angestrebte Zielrichtung. Dabei soll sich der Case Manager ein Bild von dem Netzwerkpartner machen. Es gilt eine Art Portfolio zu erstellen, der Case Manager versucht die Ressourcen, Stärken und Schwächen zu ermitteln, aber auch das Interesse des Netzwerkpartners (vgl. von Reibnitz et al., 2015, S. 72f.). Die DGCC (2015) beschreibt den „Linking“-Prozess in vier Schritten. Der erste Schritt ist die Vorbereitung. Dieser sieht zunächst die Information des Klienten vor, der möglichst durch eine Kontaktperson des Leistungserbringers erfolgen sollte. Dabei sollten Erwartungen und Befürchtungen des Klienten mit einbezogen werden und stattgefundene Vermittlungskontakte nachbesprochen werden. Der zweite Schritt, die Vermittlung, beinhaltet die Delegation von passgenauen Aufgaben an formelle und informelle Unterstützer. Dabei müssen beiderseitige Hindernisse geprüft worden sein, um die Nutzung der vermittelten Leistung auf Dauer zu sichern. Der dritte Schritt ist die Anpassung. Hier versucht der Case Manager Maßnahmen und Leistungen im Durchführungsverlauf an die Ziele des Klienten anzupassen. Er unterstützt aber auch den Klienten sich an Gegebenheiten anzupassen die ggf. vorläufig nicht zu verändern sind. Der letzte Schritt des „Linking“ ist die fallbezogene Vernetzung. In diesem Schritt muss der Case Manager die Durchführung von mehreren Maßnahmen und Leistungen aufeinander abstimmen. Er muss dabei eine Transparenz und Kommunikation zwischen den formellen und informellen Unterstützern schaffen (S. 25).

Diese Netzwerkarbeit die im Case Management geleistet wird ist vor allem geprägt durch gegenseitigen Respekt, Wertschätzung und Unterstützung. Die Umgangskultur muss bereits in den ersten Kontakten des Case Management-Prozesses verdeutlicht werden. Die Art und Weise der Kommunikation muss dann im Verlauf weiter optimiert werden. Dabei müssen vor allem Absprachen über die Zusammenarbeit, Kommunikationswege, -frequenzen und die Erreichbarkeit, sowohl von Klienten als auch von den Netzwerkpartnern, festgelegt werden. Zur Steigerung der Qualität des Case Management durch mehr Transparenz sollten die wichtigsten relevanten Abläufe und Absprachen schriftlich festgehalten werden, um so dem Klienten, aber auch den Netzwerkpartnern ein Gefühl von Sicherheit zu geben (vgl. von Reinnitz et al., 2015, S. 73).

2.7.6 Phase 5: Monitoring inklusive Re-Assessment

Die fünfte Phase des Case Management-Prozesses ist der Teil des Case Managements der als Monitoring bezeichnet wird. Monitoring beschreibt die Beobachtung, Begleitung und Überprüfung aller Hilfs-, Dienst- und Serviceleistungen die im Rahmen des Versorgungsplans für und mit dem Klienten durchgeführt werden (vgl. Kollak, I. & Schmidt, M., 2016, S. 25). Man kann das Monitoring auch als kontrolliertes Begleiten bezeichnen. Dabei orientiert sich das Case Management immer an dem schriftlich vereinbarten Versorgungsplan. Außerdem sollte noch ein Teilmonitoring durch jede am Prozess beteiligte Profession erfolgen. Die Aufgabe des Case Managers besteht aber nicht nur in der Überwachung des Prozessverlaufes. Er muss ebenso im Sinne und auch in Absprache mit dem Klienten intervenieren, wenn er Abweichungen zwischen dem geplanten „Soll“ und dem tatsächlichen „Ist“ feststellt. Er muss sozusagen Korrekturmaßnahmen treffen. Nur so kann der Erfolg des Case Management gesichert werden, was die Bedeutung des Monitoring verdeutlicht. Das Monitoring ist als kontinuierlicher analysierender Prozess zu verstehen, in dem Informationen über den Ablauf und die Qualität des Case Management-Prozess betrachtet werden (vgl. von Reibnitz et al.,

2015, S. 88f.). Das Monitoring erfolgt nicht nur auf kommunikativem Weg. Es gehört eine kontinuierliche Aufzeichnung der wesentlichen Inhalte des Ablaufes dazu, um eine fortlaufende Vergewisserung über die Angemessenheit des Verfahrens zu sichern. Diese Dokumentation dient weiterhin als Leistungsnachweis, zur Qualitätssicherung oder kann

zur Rechenschaftslegung genutzt werden. Bei der Überwachung des Ablaufes kommt die anwaltschaftliche Funktion des Case Managers zum Tragen. Er vergewissert sich über die Einhaltung der Vereinbarten Leistungen, geht ggf. Beschwerden des Klienten nach oder gibt seine Wünsche weiter (vgl. Wendt, W. R., 2018a, S. 161f.). Die DGCC (2015) empfiehlt zur Art und Weise des Monitorings folgendes Vorgehen: Grundvoraussetzung für das Monitoring sind ein zuverlässiger Kontakt zum Klienten und ein vereinbarter Informationsaustausch mit den Leistungsanbietern. Dabei werden die Informationen (sowohl von Klient als auch vom Anbieter) nach den Kriterien Engagement, Angemessenheit, Qualität und Ergebnis beurteilt. Mittels dieser Informationen werden Schlussfolgerungen gezogen, die zu Korrekturen, Anpassungen und ggf. zu einem Re-Assessment führen.

Allerdings sollte auch der Klient in der Phase der Durchführung der Maßnahmen und Leistungen dazu angeleitet werden, diese selbst zu überprüfen und ggf. Korrekturen zu initiieren. Im Verlauf des Case Managements verlagert sich der Schwerpunkt des Monitorings auf die Übernahme durch den Klienten (S. 27).

Ein besonderer Fall des Monitorings ist das zuvor bereits erwähnte Re-Assessment. Durch eine mögliche Veränderung des Bedarfes und der Bedürfnisse des Klienten kann es sein, dass der Versorgungsverlauf nicht mehr den ursprünglichen Zielen des Klienten entspricht. Zur Erhebung solcher Informationen dient das Monitoring und es kann sogar dazu führen, dass der Case Management-Prozess einen Sprung zurück in die Phase des Assessments macht und von dort aus der Prozess „neu“ beginnt. Diese kontinuierliche Erhebung von Bedarfen und Bedürfnissen und eine erneute Durchführung der Assessment-Phase wird im Case Management Re-Assessment genannt. Durch diese umfassende Form des Monitoring und des Re-Assessment sollen Qualitätsmängel durch mangelhafte oder unangepasste Versorgungsangebote frühzeitig erkannt und wenn möglich verhindert (Ewers, M. & Schaeffer, D., 2005, S.77f.).

2.7.7 Phase 6: Evaluation

Die letzte Phase des Case Management Prozesses ist die Evaluation. Evaluation lässt ich beschreiben als einen „[...] Prozess der Einschätzung dessen, was geschieht oder eingetreten ist [...]“ (Wendt, W. R., 2018a, S. 164). In der Evaluationsphase wird überprüft, ob oder in wie weit die angestrebten Ziele erreicht wurden. Dabei bedient sich

das Case Management verschiedenster Instrumente. Auf institutioneller Ebene kann die Evaluation entweder vom Case Manager selbst durchgeführt werden oder aber es findet eine Fremdevaluation durch intern oder extern beauftragte Personen statt. So lassen sich fallübergreifend Stärken und Schwächen der beruflichen Handlung erkennen und diskutieren. Auf der Einzelfallebene kann ausschließlich der Klient die Evaluation vornehmen. Diese kann sich an der individuellen Lebenslage orientieren. Es wird geprüft was sind in Bezug auf die einzelnen Dimensionen und die gesteckten Ziele verändert hat. Die Bewertung kann in vergangenheitsorientierter, umweltorientierter, subjektinterner und perspektivischer Dimension durchgeführt werden. Wie in der Versorgung von Kranken ist auch im Case Management als Fallführungskonzept die Patienten- oder Klientenzufriedenheit ein zentrales Kriterium in der Evaluation (vgl. Wendt, W. R., 2018a, S. 164ff.).

Nach den Empfehlungen der DGCC (2015) bildet die Evaluation den Abschluss des Case Management-Prozesses, sie stellt also eine Abschlussevaluation dar. Inhalt dessen sind eine prüfende und zusammenfassende Bewertung der Ergebnisse der im Verlauf des Case Management erbrachten Leistungen, sowie die Veränderungen des Hilfe- und Unterstützungsbedarfs des Klienten. Dazu werden die erreichten Ziele und Zustände schriftlich festgehalten, aber auch die Umstände die eine erfolgreiche Zielerreichung verhindert haben. Die abschließende Bewertung erfolgt teilweise mittels der im Assessment verwendeten Instrumente und stellt somit ein abschließendes Re-Assessment dar. Aus der Gegenüberstellung der Information vom Beginn und vom Ende des Case Managements, werden Veränderungen und somit auch die Ergebnisse identifiziert. Danach erfolgt der Abschluss des Case Managements der schriftlich im Case Management-(Abschluss-) Bericht festgehalten wird. Außerdem wird in Absprache mit dem Klienten ein Termin zur Nachbesprechung vereinbart, dieser sollte nach ca. sechs Monaten erfolgen (S.31).

Bei der Ablösung des Klienten aus dem Case Management muss der Case Manger behutsam vorgehen da ggf. eine Bindung der Personen zueinander entstanden ist. Dazu ist es wichtig dass zuvor Fristen und Termine für den Abschluss vereinbart wurden. Außerdem sollte die weitere Versorgung des Klienten außerhalb des Case Management initiiert und organisiert worden sein, um den Klienten so auf den Abschluss des Prozesses vorzubereiten (vgl. Wendt, W. R., 2018a, S. 167).

2.8 Case Management im Krankenhaus

In den vergangenen Jahren gab es vermehrt Diskussionen über die Anwendbarkeit des Case Management-Handlungskonzept. In zahlreichen Veröffentlichungen wurden diese niedergeschrieben und auch Krankenhäuser haben sich intensiv mit diesem Thema beschäftigt, denn mit den großen Erwartungen an das Case Management erhoffen sich die Kliniken Lösungsansätze für die prozessuale Patientensteuerung. Das Case Management bietet scheinbar große Perspektiven in der klinischen Problemlösung an. Immer mehr Krankenhäuser in Deutschland berichten kurz vor der Implementierung des Case Management zu stehen oder diese bereits erfolgreich durchgeführt zu haben. Dabei werden von den Kliniken allerdings häufig Anwendungsschwerpunkte für bestimmte Bereiche der klinischen Versorgung benannt. (vgl. Ribbert-Elias, J., 2011, S. 123ff.).

Aktuell wird das Case Management in Krankenhäusern in verschiedenen Ausprägungen durchgeführt. Dabei liegen die Schwerpunkte auf interner Steuerung, Überleitung und auf speziellen Bereichen. Diese Schwerpunktsetzung bringt die Case Manager in ein Spannungsfeld zwischen den Anforderungen der Institution, also den Systemanforderungen und den Verpflichtungen den Patienten gegenüber, also der Patientenorientierung. Diese Interessen können sich einander gegenüberstehen, was die Konzentration auf einen der beiden Ansätze nahezu unmöglich macht. Wie bereits zuvor beschrieben können nicht beide Ansätze parallel oder unabhängig voneinander existieren, was die Durchführung des Case Managements im Krankenhaus zu einer großen Herausforderung macht (vgl. DGCC, 2013, S. 1ff.).

Die Steuerung der Patientenversorgung in Akutkrankenhäusern hat sich mit Einführung der DRG's, aber auch der „[...] *medizinisch-betriebswirtschaftlichen Allianz* [...]“ (Dettmers, S., 2006, S. 277) stark in Richtung der ökonomischen Rahmenbedingungen verändert. Diese Ökonomisierung hat zur Folge, dass die Kliniken einer Systemlogik folgen (vgl. Dettmers, S., 2006, S. 277). Dieser Fokus auf die Systemorientierung gewinnt auch in den Akutkrankenhäusern immer mehr an Bedeutung wodurch die Gefahr besteht, dass die ursprüngliche Idee des Case Managements, die vor allem auf der klientenorientierten Einzelfallhilfe gründet, mehr und mehr aus dem Blickfeld der klinischen Versorgung verschwindet. Eine weitere Problematik ist außerdem die klare professionelle Zuständigkeit. In der wissenschaftlichen Diskussion gibt es keine klare Zuständigkeit

welche Berufsgruppe das Case Management übernehmen sollte, etwa Pflegekräfte, Sozialarbeiter oder auch Mediziner (vgl. Dettmers, S., 2006, S. 282).

All diese Gegebenheiten und Probleme führen zu der Frage, ob Case Management zurzeit und auch in Zukunft nur noch als systemorientiertes Handlungskonzept durchgeführt wird? Am Beispiel des Kölner Case Management Modells wird deutlich, dass die Durchführung des Case Management auf der Einzelfallebene möglich ist. Die Aufgaben des Case Management bestehen im Wesentlichen aus denen, die bereits im theoretischen Regelkreis beschrieben wurden. Zu Beginn stehen Intake, Assessment, Screening und Case Finding. Alle Einweiser (egal ob intern oder extern) kontaktieren zunächst den Case Manager der unter Beachtung der Zugangsregelung den Patientenzugang einleitet. Darauf folgt das Assessment in dem der prospektive Versorgungsaufwand und eine pflegerische Risikoeinschätzung durchgeführt wird (Screening). Die Ergebnisse werden an die entsprechenden Schnittstellen weiter geleitet. Mittels des Assessment wird erfasst, ob ein Patient ein Case Management benötigt. Diese Erfassung wird in diesem Modell als Case Finding bezeichnet. Mit dem KAI-BI Assessment Instrument, das im Auftrag der Universitätsklinik Köln entwickelte wurde, ist es auf Systemebene möglich Patienten bestimmten Versorgungsgruppen zuzuordnen. So können Personal und Patienten gesteuert werden was zu einer bedarfsgerechten und patientenorientierten Betreuung führt.

Durch das Wissen des Case Managers, in Bezug auf die Bedarfe des Patienten, klinikeigene Ressourcen und die bestehenden Netzwerke, kann dieser nun einen individuellen Versorgungsplan gemeinsam mit dem Patienten und ggf. den Angehörigen erstellen und eine Zielvereinbarungen treffen.

Im Folgenden steuert und organisiert der Case Manager die notwendigen Prozesse der Diagnostik und Therapie und reserviert ggf. weitere Plätze sowohl für diagnostische und/oder therapeutische Interventionen, als auch andere Leistungen die den Patientenbedarfen entsprechen. Die Leistungssteuerung beginnt mit der Planung eines Bettes unter Berücksichtigung der Entlassungsdaten der bereits verweilenden Patienten. Die Entlassung wird dann schon am ersten stationären Tag mittels der DRG's des Patienten und der Behandlungspfade geplant.

Danach folgt das Monitoring, in dem regelmäßig Daten des Falls ermittelt werden und der Behandlungsplan angepasst wird. Diese Daten werden in Gesprächen mit allen am Behandlungsprozess Beteiligten und dem Patienten bzw. seinen Angehörigen ermittelt. Bei

Abweichungen in der Zielvereinbarung muss der Case Manager dann handeln und in Kontakt mit den entsprechend Verantwortlichen treten und Interventionen gemeinsam korrigieren. Im Monitoring werden auch defizitäre Prozesse aufgedeckt und den Entscheidungsträgern gemeldet, so hat das Case Management hier auch wieder eine zusätzliche systemorientierte Funktion.

Der letzte Schritt ist die Beendigung des Prozesses. Entweder wird der Patient in die Häuslichkeit oder in eine weiterführende Versorgungseinrichtung entlassen. Die Beendigung findet in einem Abschlussgespräch statt, in dem die Zielerreichung und das Wohlbefinden des Patienten eruiert werden.

Der Case Manager ist so genauestens über seine Patienten und die Abläufe in „seiner“ Klinik informiert und kann so den individuellen Patienten in seinem System lenken (vgl. Roland, C. 2008, S.52ff.).

Das Beispiel des Kölner Case Management Modells zeigt, dass eine Implementierung der individuellen Fallsteuerung im Krankenhaus möglich ist und sowohl Vorteile für den Patienten als auch die Organisation mit sich bringt.

Dennoch sind folgende Voraussetzungen von besonderer Bedeutung, die erneut zeigen, dass das Case Management nicht alleine fall- oder systembezogen betrachtet und durchgeführt werden kann. Pape und Bostelaar beschreiben für eine erfolgreiche Durchführung des Case Management die Sicht auf Patienten bzw. das System folgendermaßen: *„Erst wenn wir Patienten als Kunden verstehen, sie ins Zentrum unserer Tätigkeiten rücken, uns als Dienstleistungserbringer verstehen, verhalten und letztendlich unsere Arbeit danach organisieren, können die neuen Anforderungen des Gesundheitswesens erfolgreich umgesetzt werden [...]“* (S. 31)

Sie haben außerdem aus ihren Erfahrungen der praktischen Umsetzung des Case Management folgende drei Kernsätze für die Funktionsfähigkeit eines „Case Management im Krankenhaus“ entwickelt:

- „1. Ein optimales Fallmanagement funktioniert nur auf der Basis eines gut funktionierenden Systemmanagements (Care Managements).*
- 2. Im Tätigkeitsprofil eines Case Managers lassen sich Fall- und Systemmanagement nicht voneinander trennen.*

3. System- und Fallmanagement (Care und Case Management) funktionieren nur, wenn es von den strategischen Entscheidungsträgern, ebenso wie der prozessorientierte Umbau der Organisation, gewollt und unterstützt wird.“ (S. 34)

Im Kontext klinischer Versorgung bzw. einer Krankenbehandlung wird das Case Management als Ablauforganisation verstanden. Das bedeutet, dass der klinische Behandlungsweg in einem systembezogenen Plan beschrieben wird. Das Case Management hat zwar primär den Prozess zum Gegenstand, da aber auch Systeme wie Krankenhäuser diesen Prozess in Anspruch nehmen entsteht eine unweigerliche Limitation der Ausprägung des Case Management Konzeptes im Kontext des Krankenhauses. Die Behandlungsgrenze ist somit auch die Systemgrenze (vgl. Wendt, W. R., 2018a, S. 273f.). Wendt (2018a) sieht die Limitation des Case Management im Krankenhaus darin, dass sich sein Einsatz nur von der Aufnahme bis zur Entlassung in den Grenzen des Systems erstreckt (S. 274). Was allerdings nicht bedeutet, dass zentrale Inhalte, Abläufe und Funktionen des großen, gesamten Case Management-Konzeptes in der stationären Versorgung der Krankenhäuser, professionelle Anwendung finden kann.

3 Empirische Untersuchung

In den folgenden Kapiteln wird der empirische Teil dieser Arbeit dargestellt und erläutert. Zunächst werden die Forschungsfragen dargelegt. Diese bilden das Fundament der empirischen Untersuchung der Arbeit, die wiederum aus nichtstandardisierten, leitfadengestützten Interviews besteht. Im Anschluss werden das methodische Vorgehen und die Ergebnisse der Untersuchung beschrieben.

3.1 Forschungsfragen

Um dem Anspruch von Gläser und Laudel (2010) gerecht zu werden, dass die Grundlage jeder empirischen Untersuchung eine Forschungsfrage ist, mit der es eine bestehende Wissenslücke zu schließen gilt (S.62), wurden für die vorliegende Arbeit folgende Forschungsfragen formuliert:

- 1. Welche Erfahrungen (sowohl positive als auch negative) haben Case-Management-Experten mit diesem neuen Versorgungskonzept gemacht?*
- 2. Welchen Problemen stehen die Case-Management-Experten im klinischen Alltag gegenüber?*
- 3. Welche Herausforderungen und Weiterentwicklungsmöglichkeiten bestehen noch für die praktische Umsetzung des Case-Management-Konzeptes?*

Diese Forschungsfragen ergeben sich aus dem theoretischen Konzept des Case Managements und seinen differenzierten Möglichkeiten der praktischen Umsetzung.

3.2 Methodik

Untersuchungen die einen bestimmten Teil der sozialen Welt beobachten und zur Weiterentwicklung von Theorien beitragen werden als empirische Sozialforschung bezeichnet. Diese Untersuchungen beobachten die soziale Realität geleitet von Theorien und ziehen dann wiederum theoretischen Schlüsse aus den Beobachtungen. Es ist eine auf Erfahrungen beruhende Forschung. Die empirische Sozialforschung wird grundlegend in die quantitative und die qualitative Sozialforschung unterschieden (vgl. Gläser, J. &

Laudel, G., 2010, S. 24f.). In der vorliegenden Arbeit findet die qualitative Sozialforschung Anwendung.

3.2.1 Datenerhebung durch leitfadengestützte Experteninterviews

Zur Erhebung der Daten wurden leitfadengestützte Experteninterviews durchgeführt. Ein solches Leitfadeninterview wird als nichtstandardisiertes Interview typisiert, bei dem der Interviewende ein Gespräch auf Grundlage einer vorbereiteten Liste offener Fragen (Leitfaden) mit dem Befragten führt (vgl. Gläser, J. & Laudel, G., 2010, S. 111). Für die Erstellung des Leitfadens (in Anhang A dargestellt) wurden die relevanten Informationsziele aus den Forschungsfragen und den theoretischen Grundlagen des Konzeptes generiert. Dazu wurden Haupt- und Nebenfragen, sowie thematisch ergänzende Fragen formuliert. Diese Methode der sozialwissenschaftlichen Datenerhebung wurde genutzt, weil dadurch mehrere verschiedene Themen behandelt werden können, die sich aus dem Ziel der Erhebung ergeben. Außerdem können mit einem solchen Interview einzelne, ganz konkrete Informationen erhoben werden (vgl. Gläser, J. & Laudel, G., 2010, S.111).

Als Experten beschreiben Gläser und Laudel (2010) „[...] Menschen, die über besonderes Wissen verfügen, das sie auf Anfrage weitergeben oder für die Lösung besonderer Probleme einsetzen“ (S.11). Diese Experten können aus bestimmten Funktionsebenen kommen, aber auch Menschen sein, die in keiner herausgehobenen Position arbeiten, sondern schlicht über ein besonderes Wissen verfügen. Für diese Arbeit ist besonderes Wissen in Bezug auf den sozialen Kontext, in dem sich die Experten bewegen, nötig. In diesem Fall sind es die sozialen Kontexte der Organisation (Krankenhaus) und die eigenen Arbeitsprozesse als Case Manager. Die Experten sind unmittelbar Beteiligte und haben auf Grund der individuellen Position und persönlichen Beobachtungen eine besondere Perspektive auf diese Kontexte. Der Experte nimmt also eine besondere Rolle in der Interviewsituation ein, in dem er als Quelle für Spezialwissen dient (vgl. Gläser, J. & Laudel, G., 2010, S.11).

Die Durchführung von Experteninterviews bedeutet, einen Kommunikationsprozess zu planen und zu gestalten. Dieser sollte den kulturellen Kontext des Befragten berücksichtigen und alle für die Untersuchung relevanten Informationen liefern. Dabei gilt es sich außerdem an feste Kommunikationsregeln und Konventionen zu halten (vgl. Gläser, J. & Laudel, G., 2010, S.114). Dazu gehören unter anderem das sanktionsfreie

Antwortverweigerungsrecht des Befragten, aber auch die klare Rollenakzeptanz als Fragender bzw. Befragter. Die größte Herausforderung in der Gestaltung des Kommunikationsprozesses besteht für den Forscher darin, ständig operationalisierend einzugreifen. Das bedeutet, dass der Forscher das Interview leitet und führt, in dem er immer wieder das Verständnis der Forschungsfragen prüft, aber auch spontane Reaktionen des Interviewpartners berücksichtigt und aufgreift (vgl. Gläser, J. & Laudel, G., 2010, S. 112f.).

3.2.2 Auswahl der Interviewpartner

Um im vorgegebenen Rahmen der Masterarbeit die Durchführung und Auswertung der Interviews handhaben zu können, wurde die Anzahl der Interviews im Vorfeld auf drei bis fünf begrenzt. Die Befragten mussten als Case Manager in verschiedenen Kliniken in Nordrhein-Westfalen tätig sein, damit die Umsetzung des Handlungskonzeptes nicht auf ein Unternehmen begrenzt bleibt und so einen Vergleich unwirksam machen würde. Diese Kernaspekte entsprechen dem Thema dieser Arbeit und legitimiert sie damit. Die Case Manager der Kliniken verfügen als Praktiker über ein Expertenwissen in Bezug auf die Einführung und die Durchführung des Case Management-Konzeptes und die institutionellen Gegebenheiten, da sie unmittelbar prozess- und institutionsbeteiligt sind.

Die Akquise der Interviewpartner erfolgte im Zeitraum vom 09.08.2018 bis zum 27.08.2018 mittels einer Internetrecherche. Dabei wurden zunächst mit Hilfe der Internet-Suchmaschine Google die Internetauftritte der Universitätskliniken in Nordrhein-Westfalen und deren Angebote des Case Managements recherchiert. Weiter wurden zusätzliche Case Management-Angebote anderer Kliniken der Maximalversorgung in Nordrhein-Westfalen mittels der Google-Suche ermittelt. Der Kontakt zu den Abteilungsleitungen und/oder Stabsstellen des Case Managements der unterschiedlichen Kliniken wurde zunächst per E-Mail und später zusätzlich telefonisch aufgenommen. Insgesamt wurden acht Kliniken ermittelt in denen es ein Case Management-Angebot gibt. Außer zwei Kliniken haben die anderen Kliniken auf die Interviewanfrage reagiert, wobei in einer Klinik die Anfrage an den zuständigen Mitarbeiter weitergeleitet wurde und trotz erneuter Anfrage bei dem zuständigen Mitarbeiter keine Antwort erfolgte. Zwei weitere Kliniken erteilten auf Grund mangelnder zeitlicher Ressourcen und der ausschließlich systemischen Durchführung des Case Management eine Absage. Drei Kliniken gaben ihre

Zusage zur Teilnahme an einem leitfadengestützten Experteninterview. Nachdem die Zusagen erteilt wurden, wurden telefonisch Termine vereinbart und die Interviewpartner haben vorab den Interviewleitfaden zugeschickt bekommen. Die Zusagen der Interviewpartner erfolgten unter der Voraussetzung, dass die Auswertung anonym erfolgt. Die anonyme Auswertung wird vom Ethik-Kodex und dem Bundesdatenschutzgesetz gefordert (vgl. Gläser, J. & Laudel, G., 2010, S. 55). Vor diesem forschungsethischen Hintergrund werden sowohl die Namen der Interviewpartner als auch die Unternehmen, in denen sie angestellt sind, anonymisiert, da bei namentlicher Nennung der Klinik allein durch die Angabe der Funktion der Befragten, Rückschlüsse auf die Person möglich wären. Auch Ortsangaben werden anonymisiert, weil sonst Rückschlüsse auf die Kliniken und folglich auch auf Interviewpartner möglich wären.

3.2.3 Durchführung der Interviews

Die Interviews wurden in dem Zeitraum vom 03.09.2018 bis zum 12.09.2018 durchgeführt. Zum Wohlbefinden der Interviewpartner und zur Schaffung einer ruhigen und gewohnten Atmosphäre wurden alle Interviews in ihren Büros in den Kliniken, in denen sie angestellt sind, durchgeführt. Alle Interviews konnten während der Arbeitszeit der Interviewpartner realisiert werden. Nach der persönlichen Begrüßung wurden den Interviewpartnern zunächst noch einmal das Forschungsprojekt vorgestellt. Anschließend wurden die Interviewpartner noch einmal über die Anonymisierung der personen- und institutionsbezogenen Daten aufgeklärt und gebeten eine Einwilligung (siehe Anhang B) zur Teilnahme und der Aufzeichnung des Interviews mittels einer Diktiergerät-App zu unterschreiben. Danach wurden noch personenbezogene Daten zu den Interviewpartnern erhoben, diese sind in Tabelle 1 dargestellt.

Tabelle 1: Personenbezogene Daten der Interviewpartner

Interviewpartner und Funktion	Berufs- und/oder Hochschulausbildung	Zertifizierung als Case Manager nach DGCC	Berufserfahrung als Case Manager
A: Leitung des Case Management	Gesundheits- und Krankenpfleger Diplom in Sozialer	Ja	11 Jahre

Arbeit			
B: Leitung des Case Management	Diplom in Sozialer Arbeit Master in Sozialem Management	Nein	2 Jahre
C: Stations-Case Manager	Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger Bachelorstudium in Health Care (8. Semester)	Nein, aber bereits angemeldet für das nächste Jahr	18 Monate

(eigene Darstellung)

Daraufhin wurde die Aufnahme der Audio-Datei gestartet und die Befragung der Experten durchgeführt. Die Dauer der Interviews betrug in ihrer chronologischen Reihenfolge: 25 Minuten und 42 Sekunden, 32 Minuten und 51 Sekunden und 27 Minuten und 17 Sekunden. Das Interview mit Interviewpartner B wurde durch ein Telefonat unterbrochen, die anderen beiden Interviews verliefen ungestört. Zum Abschluss wurde den Interviewpartnern noch einmal Zeit für Nachfragen eingeräumt, danach wurde das Interview geschlossen und die Aufnahme beendet.

3.2.4 Transkription der Interviews

Die Transkription der Interviews erfolgte durch das Online-Dienstleistungsangebot abtipper.de, der Digitalmeister GmbH ist. Die Interviews sind in voller Länge wörtlich verschriftlicht worden. Die Transkription fand ausschließlich wörtlich statt, Besonderheiten wie längere Pausen, Räuspern, Lachen oder ähnlichen schienen für die Auswertung nicht relevant. Zur Anonymisierung wurden die Interviewpartner in chronologischer Abfolge der Durchführung mit den Buchstaben „A“, „B“ und „C“ und der Interviewer mit einem „I“ codiert. Die Kliniken wurden, auch nach der chronologischen Abfolge der Interviews, mit den Kombinationen „K1“ bis „K3“ codiert. Auch die Städtenamen, an denen die Kliniken ansässig sind, wurden mit den Kombinationen „S1“ bis „S3“ entsprechend der Chronologie der Interviews codiert. Die Codierung S4 steht für einen weiteren Städtenamen, in dieser Stadt ist ein früherer Arbeitgeber eines

Interviewpartners ansässig, auf den Bezug genommen wurde. Die Transkripte finden sie in Anhang C bis E.

3.3 Datenauswertung

„Die qualitative Inhaltsanalyse behandelt die auszuwertenden Texte als Material, in dem die Daten enthalten sind“ (Gläser, J. & Laudel, G., 2010, S.199). Das bedeutet, dass die Texte aus der Datenerhebung, die Daten zur Beantwortung der Forschungsfrage enthalten. Die einzelnen Schritte der Datenauswertung sind die Extraktion (Entnahme von Rohdaten), die Aufbereitung und die Auswertung/Analyse (vgl. Gläser, J. & Laudel, G., 2010, S. 199ff.).

Für die vorliegende Arbeit wurden alle Schritte der Datenauswertung manuell durchgeführt.

3.3.1 Extraktion

Mit der Extraktion erfolgt eine systematische Reduktion der gesammelten Rohdaten. Es sollen nur noch Informationen, die für die Beantwortung der Forschungsfrage notwendig sind, vorliegen. Dazu wird die Extraktion durch ein Suchraster strukturiert, das mittels theoretischer Vorüberlegungen konstruiert wird. Die Extraktion verläuft also theoriegeleitet, was den Bezug zum Forschungsgegenstand sicherstellt. Zu beachten ist, dass das Categoriesystem offen ist. Das bedeutet, dass während der Extraktion Informationen auftauchen können, bei denen eine Zuordnung zu einer bestimmten Kategorie nicht möglich oder sinnvoll erscheint. In diesem Fall ist es möglich neue Kategorien zu erstellen oder bestehende Kategorien zu modifizieren. In der Extraktion gilt, es zu entscheiden, welche Informationen für die Untersuchung relevant sind und diese dann entsprechenden Kategorien des Suchrasters zuzuordnen. Die Extraktion beruht somit bereits auf Interpretationen, sowohl in der kategorischen Zuordnung, als auch in der verbalen Beschreibung des Inhaltes der Informationen. Eine individuelle Prägung durch den Wissenschaftler ist folglich unumgänglich (vgl. Gläser, J. & Laudel, G., 2010, S. 200f.).

Das Suchraster zur Extraktion der Rohdaten beinhaltete zunächst folgende fünf Kategorien:

Kategorie 1: Konzeptverständnis

Kategorie 2: Praktische Umsetzung des Case Management-Konzeptes

Kategorie 3: Rollenverständnis des Case Managers

Kategorie 4: Probleme und Herausforderung in der Umsetzung des Case Management-Konzeptes

Kategorie 5: Persönliche Erfahrungen und Eindrücke in der Umsetzung des Case Management-Konzeptes

Im Verlauf der Extraktion bildete sich noch eine weitere Kategorie heraus:

Kategorie 6: Bedeutung des Case Management-Konzeptes für die zukünftige Krankenversorgung

Mit Hilfe dieses Kategoriesystems wurden die Rohdaten aus den Interviews extrahiert. Dadurch wurde das Datenmaterial übersichtlicher und eine bessere Weiterbearbeitung ist folglich möglich. Die so entstandene Extraktionstabelle findet sich in Anhang F wieder.

3.3.2 Aufbereitung

Die Aufbereitung der Daten dient der Verbesserung der Datenqualität. Dabei werden verstreute Informationen zusammengefasst, Redundanzen eliminiert und Fehler korrigiert. Der Umfang des Datenmaterials wird weiter reduziert und strukturiert, um anschließend eine Analyse der Informationen durchführen zu können (vgl. Gläser, J. & Laudel, G., 2010, S. 229).

Wie von Gläser und Laudel (2010) vorgeschlagen, wurde die Aufbereitung der Interviews mit extra abgelegten Datei-Kopien der Extraktionsergebnisse (Nachzulesen in Anhang F bis H) durchgeführt (S. 229). In allen Schritten der Extraktion und der Aufbereitung wurden die Verweise auf die Textstellen mitgeführt, sodass jederzeit eine Kontrolle am Ursprungstext (Transkript der Interviews) möglich ist und alle Schritte nachvollziehbar sind.

3.3.3 Auswertung

Grundsätzlich ist zu sagen, dass die Auswertung das Ziel verfolgt, die empirische Frage zu beantworten. Mit Hilfe der Rekonstruktion von Fällen, die in der vorliegenden Arbeit als

Arbeitsprozesse zu sehen sind, sollen Ursachen und Effekte ermittelt werden. Diese sollen wiederum in Zusammenhang mit der zuvor erläuterten Theorie gebracht werden. Die Vorgehensweise für die Auswertung kann nicht in allgemeine Regeln verfasst werden oder expliziten Regeln folgen. Die Auswertungsstrategie hängt maßgeblich von der empirischen Fragestellung und dem empirischen Datenmaterial ab. Außerdem lassen sich kreative Elemente, die in der qualitativen Sozialforschung unumgänglich sind, nicht nach allgemeinen Regeln einbeziehen (vgl. Gläser, J. & Laudel, G., 2010, S. 246f.).

Da in dieser Arbeit nur wenige „Fälle“ untersucht wurden, ist das Ziel, die Kausalmechanismen dieser „Fälle“ aufzuklären. Die subjektiv berichteten Theorien über eben diese Zusammenhänge bieten Informationen zu Bedingungen, Verläufen, Prozessen und deren Ergebnisse. Aus diesen Informationen wurden Kausalzusammenhänge in Bezug auf die Categoriesysteme abgeleitet. Danach wurde eine vergleichende Analyse durchgeführt, die die Gemeinsamkeiten und Unterschiede der verschiedenen „Fälle“ darstellen und erklären (vgl. Gläser, J. & Laudel, G., 2010, S. 248f.). Diese Ergebnisse werden im folgenden Kapitel dargestellt.

3.4 Darstellung der Ergebnisse

In den folgenden Abschnitten werden die Ergebnisse aus den Interviews dargestellt. Die Darstellung gliedert sich nach dem Categoriesystem, welches zur Analyse entwickelt und bereits geschildert wurde. Die Ergebnisse werden anhand von Zitaten aus ebendiesen Interviews belegt.

3.4.1 Konzeptverständnis

Das Konzeptverständnis ist von den Interviewten in allen drei Befragungen ausführlich beschrieben worden. B und C erläutern es vor allem als eine Mischform aus einem systemischen Ansatz und dem der direkten Fallbegleitung. Das heißt, es gibt einerseits eine Steuerung der Fälle im System des Krankenhauses, andererseits aber auch eine direkte Zusammenarbeit mit dem Patienten. Die Bezeichnung der systemischen Ebene ist allerdings unterschiedlich zu dem in der Literatur am häufigsten gewählten Terminus des „Zentralen Case Management“, in K3 wird es als „*Kliniks-Case Management*“ bezeichnet.

Sie verstehen das Case Management außerdem beide als ein Handlungskonzept, das nur von C noch mit den Attributen „*problemorientiert*“ und „*klientenorientiert*“ beschrieben wird.

B: [...], im Prinzip verstehe ich unter diesem Handlungskonzept sowohl ein systemisches Arbeiten, was sich ergibt aus der Fallarbeit. Das heißt, es ist so eine Mischung aus dem, was Sie mir als Unterlagen vorher gegeben haben. Also es hat natürlich was mit Fallsteuerung im System des Krankenhauses zu tun. Aber darauf aufbauend geht es im Grunde genommen um ein Handlungskonzept, [...]. So eine Mischform ist das für mich mittlerweile. Also kein eindeutiges Konzept, wo man

I: Ganz speziell hier im Setting des Klinikums oder (**B:** Genau.) des Krankenhauses. (**B:** Richtig.) Ja. Also könnten Sie auch nicht sagen, dass da speziell unterschieden wird zwischen einem zentralen Case Management, was nur systemisch die Fallarbeit steuert. (**B:** Das ist bei uns nicht.)

C: Also als Erstes auch erst mal als problemorientiertes Handlungskonzept. [...] Also, das das Problem halt bei dem Patienten in den Griff bekommen wird, dass er angeleitet wird. Ja dann immer als klientenzentriertes Versorgungskonzept. Also wir begleiten die Versorgung bei den Patienten und-.

I: Also unterscheidet sich hier nochmal das Stations-Case-Management vom systemischen-. (**C:** Ja, von diesem zentralen Case-Management.) Genau. (**C:** Genau.) Also sind Sie tatsächlich in der Fallbegleitung des Patienten von der Aufnahme über den Aufenthalt hier für und bei dem Patienten zuständig?

C: Genau, auf der Station. Die Vorplanung macht das Klinks-Case-Management.

C: Also der [Patient, d. Verf.] hat am Ende wirklich das letzte Wort.

A sieht sich auf Grund der systemimmanenten Rahmenbedingungen überwiegend als Handelnder im Auftrag des systemischen Case Managements. Der bestimmende Faktor ist hierbei die Fallpauschalenvergütung mittels des DRG-Systems, diese ist eng an die Verweildauern der Patienten gekoppelt. Das Case Management ist also nicht für die Steuerung des Falles, bspw. in Bezug auf Diagnostik und Therapie, innerhalb des Krankenhauses zuständig. Außerdem wird in K1 das Case Management aus dem Geschäftsbereich der Medizin gesteuert und nicht direkt auf den Stationen.

A: Wir sind hier eher auf der Seite des Systemagenten unterwegs. Das wir sagen, wir haben die bestimmten Diagnosen. Daraus ergeben sich die Verweildauern und innerhalb dieser Verweildauer versuchen wir für den Patienten stationär das bestmögliche Setting auf die Beine zu stellen. So also, eher getriggert von den Ökonomischen Gedanken.

I: Also steuern Sie in dem Fall auch die stationäre Behandlung hier im Bezug auf Diagnostik, Therapie.

A: Steuern nicht unbedingt, wir begleiten die.[Patienten, d. Verf.]

I: Also gibt es hier keine Unterscheidung in ein zentrales Case Management und ein stationäres Case Management auf den Stationen direkt?

A: Auf den Stationen nein. Wir haben ein zentrales Case Management. [...]. Aber zentral gesteuert werden aus dem Geschäftsbereich Medizin und nicht auf den einzelnen Stationen tätig sind.

Auch B sieht eine Abhängigkeit des Konzeptverständnisses von den systemischen Rahmenbedingungen. B beschreibt auch das DRG-System als ausschlaggebend dafür, dass es im Setting der klinischen Versorgung kaum möglich sei, das Case Management strikt als Konzept der Fallbegleitung oder als systemorganisatorisches Konzept zu verstehen und umzusetzen. Eine klare Trennung sei im praktischen Alltag schwierig.

I: Also sehen Sie das auch so, dass es im Prinzip im klinischen Setting gar nicht möglich ist das so strikt voneinander zu trennen?

B: Ich glaube das ist-. In der Theorie ist das möglich. Im Alltag ist das schwierig. Weil wir einfach Strukturen haben, die total eng getriggert sind durch Verweildauern. [...] Und in chirurgischen Bereichen, wo sehr eng getaktet am OP-Plan orientiert die Abläufe getaktet werden müssen. Sondern auch die Not-. Also das Auffangen von Notfällen, die ja anders sozusagen in das System kommen.

3.4.2 Praktische Umsetzung des Case Management-Konzeptes

Die praktische Umsetzung des Case Management erfolgt in allen Kliniken sehr differenziert, wodurch ein direkter Vergleich der einzelnen Schritte, die in der Theorie des Case Management-Konzeptes beschrieben werden, nicht zielführend wäre.

In K1 wird das Case Management praktisch sowohl fallbegleitend als auch systemisch durchgeführt. Der systemische Anteil besteht in der behandlungsbegleitenden Codierung und Steuerung der Verweildauern der Patienten. Der fallbegleitende Teil besteht zum größten Teil in der Beratung und dem Entlassmanagement.

A: [...] innerhalb dieser Verweildauer versuchen wir für den Patienten stationär das bestmögliche Setting auf die Beine zu stellen.

A: Zum einen die Behandlungsbegleitende Codierung und zum anderen aber die Organisation von Hilfsmitteln, ambulanten Diensten, Begleitung bei Visiten mit Hinweisen [...]. Also immer diese beiden Aspekte. Auf der einen Seite Codierung, Abbildung medizinisches Geschehen und Dokumentation. Und auf der anderen Seite Organisation, [...].

I: Okay. Also übernimmt der Case Manager dann verschiedene Funktionen auch für den Patienten. Welche würden Sie da hauptsächlich benennen?

A: Zum einen ist es ein Großteil Beratung. [...]. Da nicht immer nur mit dem Patienten, sondern auch mit der Familie oder Bezugspersonen. Oder auch Betreuern. Und zum anderen dann aber

tatsächlich auch mit dem Patienten und dem Kostenträger, aussuchen von anderen Akteuren, [...].

A: [...] und daraus die genaue Bedarfserhebung gemacht wird.

I: Ja. Und die erfolgt dann im Prinzip im Hauptprozess über das Entlass Management?

A: Mhm. (Bejahend.)

I: [...], also werden dann die Schritte geplant vom Tag der Entlassung bis dann in den Übergang in die Häuslichkeit?

A: Beziehungsweise Vorbereitung der Entlassung.

Der Zugang der Patienten zum Case Management erfolgt mittels eines Screenings, das durch die Pflegekräfte bei jedem stationär aufgenommenem Patienten durchgeführt wird, und der elektronischen Meldung. Außerdem werden die Patienten im K1 mittels ärztlicher Anordnung oder aber aus Eigeninitiative dem Case Management zugeführt. Die Durchführung von Maßnahmen innerhalb des Case Managements wird im K1 immer nach einer Einverständniserklärung des Patienten durchgeführt.

A: Jeder Patient, der hier stationär aufgenommen wird, wird gescreent nach Blaylock. Risk Score und je nach Punktwert, werden die Patienten direkt dem Sozialdienst zugeleitet. Oder dem Case Management zugeführt. Jeder stationäre, erwachsene Patient. [...]. Und wir haben die Anforderung, tatsächlich innerhalb der ersten 24 Stunden stationärer Aufenthalt die Patienten zu screenen und dann entsprechend zu melden.

A: Das ist so die eine Gruppe der Patienten, die aufgenommen werden, gescreent werden von den Pflegenden und uns dann auch gemeldet werden. Das Ganze dann auch elektronisch über das Krankenhausinformationssystem. Eine andere Gruppe von Patienten taucht im Case Management auf, [...], die sind gescreent worden. Haben aber da keinen Bedarf erkennen lassen. [...]. Und dann wird [...] quasi angeordnet das Case Management oder Sozialdienst vorbeikommt. Oder aber die Patienten, die keinerlei Bedarf irgendwo gezeigt haben, kommen [...]. Also aus Selbstantrieb. (I: Eigeninitiative.) Genau.

A: Wir sind ja mit dem Rahmenvertrag Entlassmanagement dann verpflichtet uns Einverständniserklärungen einzuholen.

Die Hauptaufgabe des Case Managements im K1 ist, wie bereits erwähnt, das Entlassmanagement. Diese bestehen aus der Vorbereitung der Entlassung, der pflegerischen Bedarfserhebung, Beratung, Organisation und Kommunikation der Entlassung des Patienten. Dabei kann der Case Manager aber auch Entlassungen verhindern, falls ein Übergang in die Häuslichkeit noch nicht möglich ist. Um diese Aufgaben zu erfüllen, werden Rücksprachen mit den Kostenträgern gehalten, aber auch Entlassbesprechungen geführt.

A: Zum einen ist es ein Großteil Beratung. [...]. Da nicht immer nur mit dem Patienten, sondern auch mit der Familie oder Bezugspersonen. Oder auch Betreuern. Und zum anderen dann aber tatsächlich auch mit dem Patienten und dem Kostenträger, aussuchen von anderen Akteuren, [...].

A: Dann gibt es eben die nächsten Schritte und da sind wir dann, wenn es nach Hause geht und pflegerischer Bedarf erhoben werden muss mit dem Nursing-Needs Assessment Instrument unterwegs [...]. Und beim Sozialdienst ergibt sich ein Großteil der Aufgaben aus sozialrechtlichen Anforderungen.

A: [...] und daraus die genaue Bedarfserhebung gemacht wird.

I: Ja. Und die erfolgt dann im Prinzip im Hauptprozess über das Entlass Management?

A: Mhm. (Bejahend.)

I: [...], also werden dann die Schritte geplant vom Tag der Entlassung bis dann in den Übergang in die Häuslichkeit?

A: Beziehungsweise Vorbereitung der Entlassung.

A: [...] ist es dann auch so, dass die Case Manager dann auch als Entlassungsverhinderer dann auftreten, [...].

A: Das muss dann immer eng mit dem Kostenträger rückgesprachen werden. Damit wir auf der anderen Seite dann nicht Verweildauerüberschreitungen haben. [...]. Vorbereitung, beziehungsweise dann aber auch tatsächlich Organisation und mitteilen.

A: Und wir haben in verschiedenen Fachkliniken auch genau dazu die Entlass-Besprechungen.

Im K2 erfolgt das Intake über die elektive Planung der Patienten. Nach einer Vorstellung in der zuständigen Ambulanz und einer ärztlichen Untersuchung und der Entscheidung für einen stationären Aufenthalt, wird diese elektronisch an das Case Management weitergeleitet. Es gibt kein spezielles Screening, wodurch die Patienten dem Case Management zugeführt werden, sondern jeder elektive Patient wird in das Patientenmanagement aufgenommen.

B: Also hier im Haus ist es so, dass wir praktisch jeden elektiven Patienten sowieso sehen. Das heißt, der Zugang läuft über die elektive Planung vom Patienten. Und da erst mal für alle. Das heißt, wir haben keinen Ansatz, wo gefiltert wird, [...], gefiltert wird und dann setzt das Case Management ein.

B: [...] einen Ablauf, der so ganz klar dieses elektive Geschehen beschreibt. Jemand, der [...] hier in der Ambulanz sich vorstellt, wird von den Ambulanzärzten zunächst mal-. Unterschieden ist, dass ein Patient, der ambulant weitergeführt werden kann oder der einen stationären Aufenthalt braucht. Wenn die Notwendigkeit eines stationären Aufenthaltes ist, haben wir ein elektronisches

Instrument entwickelt, wie sozusagen dann die ärztliche Einschätzung an den Case Manager weitergegeben wird.

Im K2, in dem das Case Management Patientenmanagement genannt wird, ist es zuständig für den kompletten Durchlaufprozess der Patienten im System der Klinik. Nach der Kontaktaufnahme zum Patienten und ggf. auch zu den Angehörigen, gehören dazu die Aufnahme, die Bettenplanung, ein Initialassessment und das Entlassmanagement, aber auch die Terminierung und Koordination von Diagnostik und Therapie, sowohl vor, als auch nach dem stationären Aufenthalt. Ein weiterer wichtiger Teil ist die Klärung von Kostenzusagen, vor allem, wenn es um den Bereich der poststationären Versorgung geht. Aber auch die Einbindung des Sozialdienstes und der Pflegeexperten ist Aufgabe der Case Manager.

B: *Meine Mitarbeiter, Patientenmanagement, so heißt es, das hier in S2, sind sozusagen für den kompletten Verlauf, auch das Einbinden des Sozialdienstes unter Umständen oder anderer ergänzender Berufsgruppen nochmal zuständig. Machen dann auch das Assessment zum Beispiel.*

I: *Also würden Sie schon sagen, dass die Angehörigen also auch stark mit einbezogen werden (**B:** Unbedingt.) in den Prozess und auch eine wichtige Rolle dabei spielen?*

B: *Unbedingt. Es sei denn der Patient möchte das nicht. Dann gibt es natürlich auch unbedingt das Gegenteil, dass man sagt, dann bitte auch keine Infos weitergeben, nicht einbinden.*

B: *Genau. Wir haben also relativ, [...], umfangreiche Screeninginstrumente, die sowohl den pflegerischen Bedarf abfragen als auch jetzt im Entlassmanagement sozusagen den poststationären Hilfebedarf antriggern. Wobei das Patientenmanagement diese Erhebung nur [...] im ersten Aufnahmesetting macht.*

B: *Das heißt, die planen dann die OP. Planen die Intensivkapazität. Planen, ob ein Bett danach frei ist. Und nehmen dann mit dieser Planung sozusagen den Kontakt zum Patienten auf.*

I: *Ja. Also steuern die Case Manager im Prinzip nicht nur die Aufnahme und die Entlassung, sondern auch im Prozess des stationären Aufenthalts weitere Diagnostik und Therapie? (**B:** Genau.) Oder dient das tatsächlich nur der Aufnahme?*

B: *Nein [...]. Die Diagnostik und Therapie wird von den Case Managern dann geplant. [...] Und das wird koordiniert dann von meinen Leuten. Sodass im Prinzip, wenn der Patient aufgenommen wird, alles quasi komplett vorbereitet ist. Das ist der Idealfall.*

B: *Wenn es darum geht um Verlegung, zum Beispiel in die Geriatrie, wo wir vorab keine Kostenzusage brauchen, machen das meine Leute. Also der Patientenmanager. Und wenn es um Hilfsmittel geht, dann sind unter Umständen auch die Pflegeexperten mit drin.*

Im K3 erfolgt die Aufnahme der Patienten zum Case Management ebenso elektiv wie im K2. Dabei hängt die Aufnahme von verschiedenen Faktoren ab, wie der Diagnose, dem Alter, dem pflegerischen Unterstützungsbedarf oder aber einer komplexen poststationären Versorgung.

Es gibt halt bestimmte Patientengruppen, die auf jeden Fall vom Case Management begleitet werden sollten. Das sind onkologische Patienten, zum Beispiel, [...]. Palliative Patienten mit einer infausten Prognose, [...]. Patienten mit einem hohen Lebensalter, oder die zum Beispiel nach einer Amputation eine bestimmte Hilfsmittelanpassung für zu Hause benötigen.

Im K3 wird das Case Management in ein Kliniks-Case Management und ein Stations-Case Management unterteilt. Das Kliniks-Case Management übernimmt dabei Aufgaben, wie die elektive und administrative Aufnahme der Patienten, mittels eines Aufnahme-Assessments, aber auch die Abstimmung und Terminierung von Diagnostik und Therapie mit den Ärzten.

Das ist [...] so, das Kliniks-Case-Management unterscheidet sich ja [...] von uns. Die planen quasi den Aufenthalt vor.

C: *Das Kliniks-Case-Management informiert die Patienten über den Aufnahmetag, die Terminfindung und ja stimmt ärztlich angeordnete Diagnostik halt ab, weil viele Sachen halt auch nicht an einem Tag zusammenlaufen sollten. [...]*

C: *Also das Kliniks-Case Management macht noch einmal so ein sogenanntes Aufnahme-Assesement. Also die fragen die Patienten bestimmte Sachen ab [...], bei dem Fragebogen, damit einfach noch einmal sichergestellt wird, wie hoch bei Aufnahme der Bedarf ist.*

Die Case Manager auf den Stationen, also im Stations-Case Management, übernehmen im K3 sehr viele und unterschiedliche Aufgaben. Sie begleiten den Patienten von der Aufnahme über den Verlauf des stationären Aufenthaltes bis hin zur Entlassung. Dabei sind sie für alle am Aufenthalt beteiligten Personen der erste Ansprechpartner.

Wenn der Patient auf der Station ankommt, wird zunächst der Kontakt zu ihm hergestellt, ihm ein zuvor geplantes Bett zugewiesen und abschließende administrative Dinge geklärt.

Im Verlauf des Aufenthaltes lotst der Case Manager den Patienten durch die Diagnostik und Therapie und koordiniert und terminiert weitere Maßnahmen in diesen Bereichen. Die Case Manager begleiten die Ärztlichen Visiten, kommunizieren mit den Medizинern, aber auch mit den Angehörigen, wenn es bspw. um die Entlassung und den poststationären Versorgungsbedarf geht. Im Entlassmanagement übernehmen sie Beratungen der Patienten und Angehörigen. Außerdem binden sie interne und externe Akteure in die Versorgung des Patienten mit ein. Des Weiteren kümmern sie sich noch um bürokratische Maßnahmen, wie das Ausfüllen von Formularen oder das Ausstellen von Rezepten.

C: Und das wir dann wirklich hier, auf der Station, den Behandlungsverlauf des Patienten begleiten, bis hin zu Entlassung und auch was danach kommt, [...].

C: [...]-. Man hat einen Ansprechpartner, man weiß genau in dem anderen Haus, wer für den Patienten zuständig ist vom Case Management.

C: Wenn der Patient dann bei uns hier auf die Station kommt, dann ist es so, dass wir den dann quasi im Empfang nehmen und dann so ein erstes Kennenlernen und eine erste Sichtung des Patienten durchführen.

Wir müssen als Erstes mal so diese administrativen Sachen auch noch hier oben aufnehmen. [...] Dann weisen wir dem Patienten hier oben ein Bett zu. Also meine Kollegen und ich übernehmen dann hier oben komplett die Bettensteuerung. [...] Wir lotsen die Patienten durch die Vordiagnostik.

Und wenn auf der Station oder in der Behandlung weitere Diagnostik angemeldet werden muss, übernehmen wir das halt auch teilweise.

Und kommunizieren dann halt mit den Ärzten was, [...]. Wir begleiten die Visite mit. [...]. Dann einfach nochmal mit den Angehörigen auch, dass man den Bedarf der post-stationären Versorgung auch nochmal klärt. [...] Ja und wir binden auch noch andere Leistungserbringer hier in der Klinik ein. [...] Ja und natürlich auch außerhalb die Leistungserbringer, [...]-.

C: Wir suchen den Pflegedienst dann auch. Das heißt wir rufen aktiv bei dem Pflegedienst dann an. Stellen quasi den Patienten kurz vor und versuchen ihn dann natürlich da anzubinden.

C: [...], das ist eine, wie gesagt, eine Beratung, [...]

Eine auffällige Gemeinsamkeit in allen drei Kliniken ist, dass das Case Management und der Sozialdienst eigenständige Organisationseinheiten in den Kliniken bilden und nicht bspw. die Aufgaben des Sozialdienstes in die Durchführung des Case Managements mit

eingebunden werden. Diese Organisationseinheiten arbeiten zwar miteinander, bilden aber keine Einheit.

A: Jeder Patient, der hier stationär aufgenommen wird, wird gescreent nach Blaylock Risk Score und je nach Punktwert, werden die Patienten direkt dem Sozialdienst zugeleitet. Oder dem Case Management zugeführt. [...] Und beim Sozialdienst ergibt sich ein Großteil der Aufgaben aus sozialrechtlichen Anforderungen.

B: [...] auch das Einbinden des Sozialdienstes unter Umständen oder anderer ergänzender Berufsgruppen nochmal zuständig.

C: Also das ist im Grunde so, wir schalten auch oft den Sozialdienst ein. Wir geben dann quasi eine elektronische Meldung raus an den Sozialdienst

Eine weitere bestehende Gemeinsamkeit, allerdings nur zwischen K1 und K2, in der Durchführung des Case Managements sind Fallkonferenzen oder Fallbesprechungen, die interdisziplinär unter der Leitung des Case Managers stattfinden.

A: Und wir haben in verschiedenen Fachkliniken auch genau dazu die Entlass-Besprechungen. Da kommen Arzt, Pflegekraft, Sozialdienst, Case Manager, manchmal noch irgendein Therapeut regelmäßig zusammen und besprechen, können wir entlassen, können wir nicht entlassen? Und da ist die Expertise eines jeden Einzelnen gefordert.

B: Und wir haben so Konstrukte hier auf dem Gelände in einzelnen Fachbereichen, wo wir diese Fallkonferenzen einmal in der Woche abhalten.

3.4.3 Rollenverständnis des Case Managers

In allen drei Interviews berichten die Interviewpartner von den Rollen, die sie als Case Manager einnehmen. Alle drei beschreiben, wenn auch nicht explizit, vor allem die in der Konzeption des Case Managements etablierten Funktionen der Case Manager, als Advocacy, Broker, Gate Keeper und Supporter.

A: Zum einen ist es ein Großteil Beratung. Was geht überhaupt? [...]. Und zum anderen dann aber tatsächlich auch mit dem Patienten und dem Kostenträger, aussuchen von anderen Akteuren, [...].

I: Also übernehmen Sie für den Patienten verschiedene Funktionen. In der Theorie des Case-Managements würde man jetzt vor Allem von der Vermittlungs- und anwaltschaftlichen (C: Genau.) Funktion sprechen.

Die wichtigsten Rollen die die Case Manager im klinischen stationären Setting übernehmen, sind die als Gate Keeper und als Supporter. In der Funktion als Gate Keeper nehmen die Case Manager den Kontakt zu den Patienten auf, die bereits auf anderem Wege in das System der Klinik eingebunden wurden. Sie koordinieren Leistungen innerhalb des Systems, vor allem in Bezug auf Diagnostik und Therapie, schaffen einen engen Kontakt zu den behandelnden Ärzten und koordinieren bspw. die Planung der Bettenbelegung.

B: Das heißt, die planen dann die OP. Planen die Intensivkapazität. Planen, ob ein Bett danach frei ist. Und nehmen dann mit dieser Planung sozusagen den Kontakt zum Patienten auf.

C: Also meine Kollegen und ich übernehmen dann hier oben komplett die Bettensteuerung. Auch in Absprache dann mit unserem Kliniks-Case Management, [...]. Wir lotsen die Patienten durch die Vordiagnostik. [...]. Und kommunizieren dann halt mit den Ärzten [...].

I: Ja. Also steuern die Case Manager im Prinzip nicht nur die Aufnahme und die Entlassung, sondern auch im Prozess des stationären Aufenthaltes weitere Diagnostik und Therapie? (**B:** Genau.) Oder dient das tatsächlich nur der Aufnahme?

B: Nein, [...] das ist schon-. Die Diagnostik und Therapie wird von den Case Managern dann geplant.

Als Supporter sind die Case Manager vor allem Begleiter der Patienten. Sie unterstützen sie im gesamten Verlauf des stationären Aufenthaltes. Den Patienten wird möglichst viel administrative und organisatorische Arbeit abgenommen. Die Patienten werden einfach im Prozess begleitet und von einer gewissen Verantwortung entlastet, da sie sich bereits in einer sehr belastenden Situation befinden.

A: Und die Patienten sind alleine gelassen, wenn da nicht Menschen sind, die sie vorübergehend an die Hand nehmen und an die Hand des nächsten übergeben können.

I: Aber die Frage ist, ob sich der Patient mehr der Lotsenfunktion des Case Managers unterordnet und sozusagen durch den Aufenthalt geschleust wird. Oder, ob er dann viel auch noch beispielsweise für die nachstationäre Versorgung selber in die Hand nehmen muss.

B: Also in die Hand nehmen muss, das wollen wir eigentlich so weit wie möglich den Patienten erleichtern.

C: Wir besprechen dann natürlich uns erst mal mit dem Patienten, [...].

C: Und, ja mir persönlich-. Für mich persönlich, ich find es gut, wenn man viel Verantwortung übernimmt, auch für den Patienten.

Die Broker-Funktion übernehmen die Case Manager auch in allen drei Kliniken der Befragten. Aber vor allem in K1 und K3. Sie sind sowohl organisationsinterne Vermittler, als auch für die externen Dienstleistungen zuständig. Organisationsintern bestehen die Vermittlungsfunktionen vor allem in der Anbindung des Patienten in andere Abteilungen oder Fachrichtungen, vor allem an den Sozialdienst, aber auch Leistungen wie Physiotherapie, Ernährungsberatung oder Ähnlichem.

Die Vermittlung externer Dienstleistungen bezieht sich vor allem auf die nachstationäre Versorgung. Dabei spielen vor allem ambulante Pflegedienste eine große Rolle, aber auch die Vermittlung hausärztlicher Leistung, die häusliche Versorgung mit Hilfsmitteln, die Versorgung mit Arzneimitteln und Medikamenten und weiteren therapeutischen Dienstleistungen sind Teil der Aufgaben eines Case Managers.

A: Und zum anderen dann aber tatsächlich auch mit dem Patienten und dem Kostenträger, aussuchen von anderen Akteuren, [...]. Weil an der Stelle weiß der Patient oft nicht, was sein Kostenträger für Absprachen mit ambulanten Diensten beispielsweise hat. Das Wunsch- und Wahlrecht ist ja nicht ausgehebelt. Aber dann sagt die Krankenkasse: Wir haben mit dem und dem die entsprechenden Verträge. Der soll dann auch eingeschaltet werden, wenn der Patient einen anderen will, [...].

C: Ja und wir binden auch noch andere Leistungserbringer hier in der Klinik ein. [...] Ja und natürlich auch außerhalb die Leistungserbringer, also Apoth-

I: Also übernehmen Sie für den Patienten verschiedene Funktionen. In der Theorie des Case-Managements würde man jetzt vor Allem von der Vermittlungs- und anwaltschaftlichen (C: Genau.) Funktion sprechen. Also Sie treten da schon für die Interessen ein, aber führen auch naja Vermittlungen zu anderen Akteuren durch?

C: Genau. Und ich ebne auch den Weg, oder den Zugang zu anderen Leistungen, die dem Patienten halt einfach auch zustehen. [...].

C: Also das ist schon Teamarbeit, aber wir sind halt schon Vermittler zwischen diesen ganzen Akteuren.

Als Anwalt treten die Case Manager auch innerklinisch und außerklinisch auf. Im innerklinischen Bereich handelt es sich dabei hauptsächlich um die Beratung der Patienten in Bezug auf Therapie und weitere innerklinische Versorgungsleistungen, aber auch als Interessenvertretung auf Augenhöhe gegenüber den Medizinern. Im außerklinischen Bereich besteht die Interessensvertretung vor allem in der Auseinandersetzung mit den Kostenträgern. Dabei müssen die Case Manager auf Grund ihrer Expertise häufig Kostenzusagen für Leistungen die den Patienten zustehen, einholen.

A: *Zum einen ist es ein Großteil Beratung. Was geht überhaupt?*

I: *Also übernimmt der Case Manager in der Beratungsfunktion auch diese sogenannte Advocacy Funktion, als Anwalt, um da die Interessen zu beraten. Aber auch durchzusetzen, wenn man da in Differenzen kommt, zum Beispiel den Kostenträgern und eben den Leistungserbringern?*

A: *Ja, in dem Moment, [...]. Dann auch durchsetzen.*

A: *Und da ist die Expertise eines jeden Einzelnen gefordert. Da wird dann auch gesagt: Lieber Doktor, ich kann noch nicht entlassen, du hast mir die entsprechende Bescheinigung noch nicht ausgefüllt. Solange du das nicht tust mache ich nichts. So also. Da sind neue Ärzte immer sehr überrascht.*

B: *Es sei denn der Patient möchte das nicht. Dann gibt es natürlich auch unbedingt das Gegenteil, dass man sagt, dann bitte auch keine Infos weitergeben, nicht einbinden.*

I: *Also übernehmen Sie für den Patienten verschiedene Funktionen. In der Theorie des Case-Managements würde man jetzt vor Allem von der Vermittlungs- und anwaltschaftlichen (C: Genau.) Funktion sprechen. Also Sie treten da schon für die Interessen ein, aber führen auch naja Vermittlungen zu anderen Akteuren durch?*

C: *Genau. Und ich ebne auch den Weg, oder den Zugang zu anderen Leistungen, die dem Patienten halt einfach auch zustehen. [...].*

I: *Haben Sie dabei dann auch Kontakt zu den Krankenkassen und auch zu den weiteren Leistungserbringern eben, indem Sie da für den Patienten sprechen und im Prinzip, wie Sie schon gesagt habe, die Leistungen, die Ihm auch zustehen da durchbringen?*

C: *Durchzusetzen, ja. Das ist oft bei Hilfsmitteln halt ein Problem.*

Neben diesen Funktionen sehen sich die Case Manager aber auch noch in weiteren Rollen. In K1 sind die Case Manager eine ganz eigenständige Berufsgruppe, obwohl sie innerhalb des Teams verschiedene Berufsausbildungen absolviert haben.

I: *[...] und auch die Case Manager so vollumfänglich als eigene-, naja Berufsgruppe will ich jetzt nicht sagen, oder-.*

A: *Doch. Inzwischen ja. Hier inzwischen ja.*

In K2 verstehen sich die Case Manager als Vertrauensperson. Als jemand, dem die Patienten sich anvertrauen und an den sie sich stets wenden können, auch bspw. bei dem Wunsch nach Diskretion.

B: *Das ist generell ein ganz, ganz wichtiger Aspekt, sozusagen die Menschen, die sich uns anvertrauen, im Verlauf zu begleiten.*

B: *Es sei denn der Patient möchte das nicht. Dann gibt es natürlich auch unbedingt das Gegenteil, dass man sagt, dann bitte auch keine Infos weitergeben, nicht einbinden.*

In K3 sehen sich die Case Manager außerdem als Ansprechpartner. Sie sind für Patienten, Angehörige, Ärzte und alle weiteren Professionen der erste Ansprechpartner, wenn es um einen ihm anvertrauten Patienten geht. Dadurch gibt es eine klare Zuständigkeit innerhalb der Klinik.

C: [...] Wir sind der erste Ansprechpartner, [...] Aber wenn es jetzt wirklich so den Fall an sich, [...] an Sich angeht, kommen die meisten Leute wirklich zu uns als Erstes.

C: [...]-. Man hat einen Ansprechpartner, man weiß genau in dem anderen Haus, wer für den Patienten zuständig ist vom Case Management.

3.4.4 Probleme und Herausforderung in der Umsetzung des Case Management-Konzeptes

Die größte Herausforderung in der Umsetzung des Case Management beschreiben alle drei Interviewpartner in der direkten Zusammenarbeit, in der der Faktor „Mensch“ eine entscheidende Rolle spielt. Die Herausforderung besteht darin, die verschiedenen Persönlichkeiten so zusammenzubringen, dass eine gemeinsame und effektive Versorgung des Patienten gestaltet wird. Dabei ist es besonders wichtig klare Verantwortlichkeiten in den Organisationsstrukturen aufzuweisen, um Konflikte zu vermeiden. Als weiteren wichtigen Faktor für die effektive Zusammenarbeit beschreibt B, neben dem Auftreten gegenüber den anderen Berufsgruppen in Bezug auf Respekt, Wertschätzung und Durchsetzungsstärke, auch das Rollenverständnis der Case Manager. Die Case Manager sollten sich nicht als Konkurrenz zu anderen Professionen sehen. Eine gute und respektvolle Kommunikation wird vor allem vor dem Hintergrund wechselnder Personalstrukturen als besonders wichtig erachtet.

A: Also sind das spezielle Kenntnisse, die da auch die Case Manager haben. Oder auch der Sozialdienst. Und von daher ist schon klar, dass man da miteinander arbeiten muss. Manchmal eskaliert das ein bisschen, das ist aber personenabhängig. Dann tauchen oder stoßen plötzlich Zwei aufeinander, die nicht miteinander können. Dann bricht sowas auch schonmal zusammen.

I: [...]. Ob es klare Verantwortlichkeiten gibt, eben was der Case Manager zu tun hat. Und ob diese dann eben auch so akzeptiert werden von beispielsweise den Sozialarbeitern oder aber auch den Pflegekräften, [...].

I: Ja ich glaube diese Frage ist auch total wichtig, weil ich glaube, wenn das nicht klar ist, gibt es Konflikte. [...]. Man muss aber bei allem konzeptionell immer auch sagen, es ist sehr, sehr stark davon abhängig, wie jemand mit seinem Selbstverständnis die Rolle lebt. Also mit welcher

Durchsetzungsstärke Kollegen an Ort und Stelle agieren. Und mit welchem Respekt man anderen Berufsgruppen gegenübersteht.

B: *Da müssen wir Hausaufgaben machen. [...]. Da muss man sich hinsetzen mit dem Klinikdirektor und muss immer wieder ins Gespräch gehen, weil natürlich die Protagonisten auch immer wieder wechseln. Und mit jedem neuen Klinikdirektor, der kommt oder mit jeder neuen Mitarbeiterin in meinem Team ergeben sich neue Konstellationen, die dann wieder auch in gewisser Hinsicht auch wieder neu ausgehandelt werden.*

B: *Gleichzeitig, glaube ich, ist die große Aufgabe, nicht in Konkurrenz zu treten zu anderen. Sondern gemeinsam zu gucken, wie können wir gemeinsam die Aufgaben, die in einem solchen Setting wie Krankenhaus einfach notwendigerweise gelöst werden müssen, [...] wo man nicht mehr gegeneinander agiert, sondern wirklich versucht im Schulterschluss.*

C: *Also klar, dass der Eine seine Interessen eher im Vordergrund sieht, als der Andere, ist ganz klar. [...]. Und deshalb, da müssen wir schon Rücksprache oft halten. Also Kommunikation ist wirklich das A und O hier.*

Eine weitere Problematik bzw. Herausforderung beschreiben A und B auf der berufspolitischen und organisationsstrukturellen Ebene. A sieht als ein Problem, dass das Case Management die Institutionsgrenzen nicht zu genug überwindet. Mittels Case Management außerhalb klinischer Organisationen könnte eine bessere Vernetzung des Versorgungssystems des Patienten ermöglicht werden und der Patient könnte den Mittelpunkt des Geschehens bilden. A sieht dabei die Leitungspositionen in der Pflicht, in den Austausch mit den politischen Entscheidungsträgern zu treten. Ein weiteres berufspolitisches Problem besteht in der Vergütung der Case Manager, da sie nicht in Tarifverträgen geführt sind und in möglichen anwendbaren Tarifverträgen nicht adäquat abgebildet werden. Die Stellenfinanzierung der Case Manager stellt auch auf organisatorischer Ebene ein Problem dar, denn diese tauchen nicht in der Personalbedarfsplanung auf, was zu Personalmangel auf den Stationen führt, da die Stellen der Pflegenden dann als Case Manager deklariert werden. Auf berufspolitischer Ebene sieht B auch noch eine Herausforderung in der Frage der gesetzlichen Vertretungsvollmacht, vor allem vor dem Hintergrund zunehmend demenziell veränderter Patienten und den unterschiedlichen Settings der außerklinischen Versorgung.

A: *Und da würde ich mir wünschen, dass es so Case Manager in der Praxis gibt, beim Hausarzt oder beim Kinderarzt, die unsere Patienten schon anmelden in einem Vorversorgungssetting. Wenn es eins gibt. Wo wir aber auch, wenn wir den Patienten entlassen, zurückmelden. Wo wir zwischendrin Fallkonferenzen am Patientenbett machen können, wenn es ganz aufwendig ist, mit*

allen Akteuren. So dass der Patient auch weiterhin am Mittelpunkt des Geschehens bleibt und weiß, was drumherum geschieht. [...] ich glaube so Menschen, [...] in so Positionen die ähnlich sind wie meine, müssen sich da tatsächlich auch auf machen und an die politischen Entscheidungsträger herantreten.

A: Und die finden sich auch in Tarifverträgen nicht wieder. Also wenn man guckt Tarifvertrag öffentlicher Dienst, wo es immer noch darum geht, nach unterstellten Mitarbeitern zu bezahlen. So ein Case Manager hat keine unterstellten Mitarbeiter. Also das passt irgendwie nicht.

B: Ich glaube die größte Herausforderung ist, dass solche Stellen, zum Beispiel wie im Case Management, die tauchen ja in keiner Personalbedarfsplanung auf zum Beispiel. Das heißt, in der Regel ist die Problematik, entweder sind es Pflegestellen, die umgewidmet werden. Dann hat man aber die Kollegen auch nicht mehr am Bett. Man braucht aber jemanden, der sozusagen die Expertise hat, um zu wissen, wo, was die Problematik auf Station ist.

B: Das heißt, wir haben ja ganz viele sehr unterschiedliche Settings. [...]. Und eben auch die Frage, zunehmend demenziell veränderte Patienten, die aber vielleicht noch nicht unter gesetzlicher Betreuung stehen. Wo also auch die Frage von gesetzlicher Vertretungsmacht eine ist, die man auch nicht manchmal so ohne weiteres schnell lösen kann.

Ein Problem welches bereits in der Theorie des Case Management-Konzeptes deutlich wurde, äußert A, so „ [...] dass nicht definiert ist, was bedeutet eigentlich Case Management im Krankenhaus“. Als entscheidende Herausforderung sieht A, eine klare Definition zu schaffen in Bezug auf das Handlungskonzept, zugeschnitten auf die klinische Versorgung, aber auch in Bezug auf Qualifikation und Vergütung der Case Manager.

A: Also Krankenhäuser und Case Management. Aber was heißt denn das? Und das ist von Krankenhaus zu Krankenhaus völlig unterschiedlich. [...]. Wir müssen dafür innerhalb der Krankenhäuser: A eine Definition haben, was verstehen wir darunter. B: Wo verorten wir die Mitarbeiter? Was müssen die auch für eine Ausbildung mitbringen? Und da hängt dann schlussendlich eigentlich dran: Was sollen die eigentlich auch verdienen? Und ich glaube, das muss dringend getan werden [...].

Eine weitere Herausforderung sieht A in der Erfordernis eines immensen Wissens, vor allem was regionale Versorgungsstrukturen betrifft.

A: Und das erfordert ein immenses Wissen um solche Versorgungsstrukturen, was man sich mühselig erarbeitet in so einer Region

Die Überarbeitung der institutionsspezifischen Umsetzung des Case Managements stellt B als weitere Herausforderung dar. Damit sollen Ressourcen gespart werden und die Qualität

gesteigert werden. Vor allem gilt dies für die Einbindung von Notfallpatienten, die nicht geplant zu stationären Aufnahmen in die Klinik kommen.

B: *Und insofern versuchen wir jetzt auch hier mit der Überarbeitung unseres Konzeptes zu gucken, wo kann man vielleicht auch Zeit und Arbeit, sinnvollerweise Ressource auch sparen, weil sie an anderer Stelle mehr gebraucht wird? Und wie können die Kollegen sich möglichst gut die Bälle zuspielen?*

I: *Ja. Und wie würde sich das Ganze dann gestalten bei Notfallpatienten, die ungeplant herkommen?*

B: *Und in der Tat ist es nicht trivial, die einzufädeln ins System. Ich bin relativ sicher, dass wir für die Zukunft ein anderes System brauchen, diese Patienten nachzupflegen, wenn sie auf der Station sind. [...] -Die sind im Hintertreffen. [...] In S4 hatten wir eine Struktur, dass wir in Bereichen, wo sehr häufig eben auch Notfälle kamen, auch ein sogenanntes Stations-Case Management hatten. Das haben wir hier jetzt so noch nicht.*

Interviewpartner C sieht keine größeren Herausforderungen in der Umsetzung des Case Management-Konzeptes, nur in der alltäglichen Arbeit und ist ansonsten zufrieden mit der konzeptionellen Umsetzung.

C: *Ich finde das schon sehr gut, wie es jetzt so läuft, [...].*

3.4.5 Persönliche Erfahrungen und Eindrücke in der Umsetzung des Case Management-Konzeptes

Die persönlichen Eindrücke und Erfahrungen der drei Interviewpartner stellen sich sehr unterschiedlich dar und zielen auf sehr unterschiedliche Aspekte ab.

Der Aspekt eines Mehrwerts durch die Anwendung des Case Management-Konzeptes sehen allerdings A und C. Für A besteht dieser Mehrwert aus dem Nutzen, den die Kollegen und anderen Akteure daraus ziehen. In K3 liegt für C der besondere Mehrwert bei den Patienten. Die Zufriedenheit des Patienten ist das beste Merkmal einer guten Versorgung, was zur stetigen Motivation zur Weiterführung des Konzeptes beiträgt.

A: *Ja. Also wir üben das ja hier schon ein paar Jahre. Und alle Mitarbeiter, die etwas länger im Unternehmen sind, wissen, was sie sehr wohl voneinander haben an den verschiedenen Stellen.*

C: *Also die gehen wirklich auch immer zufrieden hier weg. Und für mich selber ist es halt einfach schön zu sehen, dass die Patienten halt voll versorgt sind zu Hause. [...]. Für mich persönlich ist es einfach ein schönes Arbeiten, ich gehe immer gerne zur Arbeit.*

In K1 wurde das Konzept als Top-Down Implementierung eingeführt, was nach A erfolgreich war, nur eine gewisse Zeit in Anspruch genommen hat, um den Nutzen für die Mitarbeiter erkennbar werden zu lassen. Außerdem berichtet A davon, dass die Case Manager eine bestimmte Berufserfahrung vorweisen sollten, um mit allen Professionen auf Augenhöhe kommunizieren zu können und um ein bestimmtes Fachwissen aufweisen zu können damit ein Patient gut beraten und versorgt werden kann.

A: In dem halben Jahr wurde ein Konzept erarbeitet und das wird dann am Tag eins über das Klinikweite Unternehmen ausgerollt und damit müssen alle leben. Das war sehr hilfreich. Das so zu machen. Das hat dann an der einen oder anderen Ecke geknirscht. Und brauchte ganz viele Gespräche [...] Man gerät miteinander ins Gespräch, [...]. Das man so plötzlich über Prozesse und Details und Behandlungsabläufe miteinander ins Gespräch geht. Und nachdem die ersten dann verstanden hatten, was sie eigentlich davon haben, war das völlig gut.

A: Und die Berufserfahrung braucht es auch, weil die brauchen ein gewisses Standing im Gespräch mit den Ärzten, die Pflegenden

A: Die können immer nur so gut beraten wie sie wissen, was geht zu hause. Was kann man einsetzen.

Interviewpartner B hat die Erfahrung gemacht, dass häufig finanzielle Einbußen entstehen, weil Probleme oder Fehler in der Umsetzung des Case Managements erst im Anschluss an einen stationären Aufenthalt erkannt werden. Diese Fehler führen aber auch immer wieder zu neuen Lerneffekten für das ganze System und die Umsetzung des Konzeptes. Außerdem berichtet B davon, dass durch die Rahmenbedingungen des klinischen Settings, vor allem der geringen Kontaktzeit zu den Patienten, die Komplexität des Case Management-Konzeptes nicht vollumfänglich umzusetzen ist, also konkret an Setting angepasst werden muss. Dazu komme, dass der wirtschaftliche Druck stets präsent ist.

B: Zumal man eigentlich immer, wenn der Patient schon weg ist merkt, oh das ist schlecht gelaufen, [...]. Und daraus müssen wir ja irgendwie auch einen Lerneffekt herstellen. [...].

B: Und müssen auf das und das achten, damit wir sozusagen auch erlöstechnisch, und da sind wir dann bei der Systemebene, möglichst ohne eine Einschränkung auch hier unsere Kosten hinterher wieder erwirtschaften. Ja weil die Leistung ist ja erbracht. Da können wir nichts mehr dran ändern.

B: Ja also, ich sage mal so, wenn man die Arbeitsfelder, in denen Case Management eine Rolle spielt in der heutigen Zeit, nebeneinander legt, [...], von der reinen Lehre quasi auch eine Begleitung des Klienten. Mit einem Monitoring, [...]. Mit so einem kontinuierlichen

Verbesserungsprozess, wo man Dinge einigt und wieder neu bewertet und so weiter. [...]. Eine gewisse Form der Länge der Begleitung eines Klienten. Und das ist natürlich was, was wir in so einem Setting Krankenhaus vielleicht in wenigen Bereichen haben. Aber in den meisten eben nicht. Das heißt Verweildauern von sechs, sieben Tagen zwingen uns im Prinzip wirklich eng getaktet und auch sehr stark unter dem Fokus, was ist monetär möglich?

Die Erfahrungen von Interviewpartner C sind sehr positiv. Die Patientenversorgung wird als sehr umfänglich empfunden, die Arbeit biete eine große Motivation durch viel Abwechslung und den Kontakt zu vielen verschiedenen Persönlichkeiten, sowohl auf Patienten, als auch auf kollegialer Ebene. C erlebt die Arbeit außerdem als sehr zielorientiert und kooperativ.

C: Also an sich ist dieser ganze Behandlungsablauf wirklich sehr vollumfänglich. Und die Planung, [...], dass die Verantwortlichkeit bei dem Kliniks-Case Management liegt, finde ich schon sehr, sehr gut.

C: Also die gehen wirklich auch immer zufrieden hier weg. Und für mich selber ist es halt einfach schön zu sehen, dass die Patienten halt voll versorgt sind zu Hause. [...]. Für mich persönlich ist es einfach ein schönes Arbeiten, ich gehe immer gerne zur Arbeit.

C: Also meine Motivation ist hier auch gleichbleibend hoch eigentlich. Also ich persönlich arbeite in dem Feld sehr gerne. Man lernt viele Menschen kennen und die Arbeit mit den anderen Berufsgruppen, die ist halt total interessant. Wenn man dann wirklich am Ende sieht, wie die Patienten nach Hause gehen, in was für einen Zustand. Und wenn man die auch Monate vielleicht zu einer Kontrolluntersuchung nochmal wieder sieht. Also ich habe soweit keine negativen Erfahrungen.

C: Ja. Ich glaube wir haben alle das gleiche Ziel und deshalb legt man uns da auch so keine Steine in den Weg. Also kann ich wirklich Nichts Negatives zu sagen. Wir wollen alle, dass die Patienten gut versorgt sind. Und dann auch so nach Hause gehen.

Die einzige negative Erfahrung, von der C berichtet, ist die Schwierigkeit, sich als Person in dem Verantwortungsbereich der Fallbegleitung zu etablieren. Diese Problematik bezieht C aber nicht auf die Umsetzung des Konzeptes, sondern sieht es als allgemeines Hindernis bei einem Eintritt in ein neues Arbeitsfeld.

C: Nein, eigentlich nicht. Also es wird von Allen super angenommen. [...]. Man musste sich natürlich erst mal so etablieren hier, musste sich auch erst einmal einen Namen machen. Die Ärzte vor Allem müssen erst einmal sehen, was man überhaupt für eine Verantwortung, [...] übernehmen kann. Und ja auch erst einmal so die ersten Erfolge erkennen, bei den Patienten. Wenn die mit einer kompletten Versorgung nach Hause gehen, und dass sie im Grunde genommen nicht mehr,

also im besten Fall, gar nicht wiederkommen. Oder zeitlich längerem Abstand.

3.4.6 Bedeutung des Case Management-Konzeptes für die zukünftige Krankenversorgung

In allen drei Interviews wurde für die zukünftige Bedeutung des Konzeptes eine Steigerung der Qualität der Patientenversorgung angeführt. Dies geschehe durch eine Verbesserung der Dokumentation, einer erweiterten Kontrolle und Beobachtung der Behandlung und es wird mit einem solchen Konzept eine größere Patientensicherheit innerhalb des Krankenhaussystems geschaffen. Außerdem müsse, durch die steigenden Anforderungen der Patienten auf Grund demographischer Veränderungen, das Konzept weiterentwickelt werden, wodurch auch die Versorgungsqualität der Patienten steigt. B sieht in der Etablierung einer Zertifizierung die Möglichkeit, sich nicht nur als einzelne Person zu zertifizieren, sondern als gesamte Abteilung. Mit einer solchen Zertifizierung könne die Qualität der stationären Versorgung weiter verbessert werden.

A: Und auch die medizinische Dokumentation, dadurch, dass die Case Manager ja auch codieren, gucken die auch in das was andere geschrieben haben. [...]. Dadurch wird auch die Dokumentation auch nochmal ein bisschen valider, verlässlicher.

I: Also würden Sie schon sagen, dass man eine gewisse, naja Kontrollfunktion [...], aber eine gewisse Beobachtung-

A: Ja. Und die merken einfach, da kommt nochmal eine neue Expertise aus einer völlig unerwarteten Richtung dazu. Und damit wird auch mal ein Bild von dem Patienten umfänglicher. Und dem was so geht. In dessen Wohnumfeld und Lebenswelt.

A: So, also da sind viele am Start und Krankenhausbehandlung ist ein kurzer Zeitraum wo die Patienten sicher sind. Wenn man das mal so bezeichnen will.

I: Also das ist ja das Ziel, dass man den Patienten möglichst gut versorgt. (C: Kein Drehtüreffekt.) Genau, den Drehtüreffekt zu vermeiden.

C: Also ich glaube die Anforderungen an das Case Management, die wachsen und wachsen und wachsen, weil die Patienten ja immer älter und kränker werden. Also ich glaub schon, dass da viel Luft noch nach oben ist.

Das heißt, je sauberer sozusagen man in dem Konzept ist, [...], desto mehr Zukunftschancen sehe ich persönlich. Gleichzeitig damit verbunden aber auch eine berufspolitische Weiterentwicklung, zu gucken, okay, wie kann man sich zertifizieren lassen? Nicht nur als Case Manager, sondern vielleicht auch mit einer Abteilung. Dass man sagt, so hier, wir machen das nach dem und dem

Schema. Das sind unsere Qualitätsziele. So, das bilden wir ab. Und das lassen wir uns vielleicht auch nochmal von der DGCC zertifizieren irgendwann. Das sind ja alles Überlegungen für die Zukunft, die dann auch ein Qualitätsmerkmal und einen Stempel geben könnten.

Eine zusätzliche Zukunftschance sehen A und C in einer weiteren Spezialisierung des Berufsfeldes. Vor allem die Pflegekräfte, die momentan den Großteil der Case Manager bilden, könnten davon profitieren, speziell akademisch ausgebildete Pflegekräfte.

I: Was haben denn die Case Manager hier im Haus für Ausbildungen? Kommen die aus dem Bereich der Pflege? Der Sozialarbeit? [...].

A: Bis auf zwei kommen die alle aus der Pflege.

I: Also sehen Sie großes Potenzial in dem Konzept, auch im stationären Bereich, für die Zukunft der Patientenversorgung?

C: Ja auf jeden Fall. Also das wird alles sehr komplexer, [...]. Ich finde es auch gut, wenn man Patienten neue Wege ein bisschen eröffnen kann. [...] man trotzdem weitere Lösungen halt sucht und die dem Patienten anbieten kann.

I: Also sehen Sie auch eine Spezialisierung der Case-Manager auf einen bestimmten medizinischen Bereich, [...]. (**C:** Ja, das auf jeden Fall.) als positiveren Effekt für den Patienten?

C:- Patienten. Ja Jederzeit.

Zu diesen Zukunftschancen sieht A eine weitere Verminderung hierarchischer Hürden, denn: „Die reden auf Augenhöhe. Die schreiben dann auch so einem Chefarzt: „Was soll entschieden werden? Gibt zwei Möglichkeiten, sag mir bitte, wo es hingehen soll.“ [...]. „Können wir nochmal sprechen?“ [...].“

Das könnte außerdem zu einer Stärkung der multiprofessionellen Zusammenarbeit beitragen. B sieht darin eine Forderung des Gesetzgebers für die Zukunft.

B: Sondern gemeinsam zu gucken, wie können wir gemeinsam die Aufgaben, die in einem solchen Setting wie Krankenhaus einfach notwendigerweise gelöst werden müssen, wie kann man die gemeinsam mit einer möglichst hohen Expertise hinkriegen? Und da sind wir jetzt schon so auf so einem Weg, wo man nicht mehr gegeneinander agiert, sondern wirklich versucht im Schulterschluss. Da sehe ich eine große Chance, muss ich ganz ehrlich sagen. Aber das ist auch das, was ein Gesetzgeber will. Interprofessionalität, Multiprofessionalität.

Nicht nur in der Ausweitung der multiprofessionellen Versorgung, sondern auch in der Ausweitung des Case Management-Konzeptes auf andere klinische Bereiche, wie den Sozialdienst, sieht B ein großes zukünftiges Potential.

B: Hier gibt es, und das ist auch eine Überlegung für die Zukunft, ja auch einen Sozialdienst. Das ist auch meine tiefe Überzeugung, dass ja auch mit dem, sage ich mal, mit der Methode des Case Managements auch im Sozialdienst gearbeitet wird. [...]. So nach dem Motto, bei welchem

Patienten gibt es ein komplexes Geschehen? Gibt es einen schwierigeren, Thema Entlassmanagement, Ablauf in der Poststationären Versorgung?

4 Diskussion

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse der Interviews diskutiert, anschließend wird die Methodik der empirischen Untersuchung kritisch bewertet und am Ende werden Schlussfolgerungen in Bezug auf die Ergebnisse der Interviews und die Bedeutung für die zukünftige Entwicklung des Case Management als neues Versorgungskonzept, gezogen.

4.1 Diskussion der Ergebnisse

Die Umsetzung des Case Management-Konzeptes wird in den drei Kliniken der Interviewpartner sehr unterschiedlich durchgeführt. Es gibt verschiedene systematische Ansätze, verschiedene organisatorische Ansätze und unterschiedliche praktische Handlungsansätze.

Die Gemeinsamkeit aller drei Umsetzungen des Case Management besteht darin, dass sie sich alle dem systemischen Ansatz unterordnen. In allen drei Kliniken gibt es ein zentrales Case Management, welches vor dem Hintergrund wirtschaftlicher Effizienz die Fallsteuerung im System des Krankenhauses vornimmt. Diese Steuerung orientiert sich vor allem an den Patientenverweildauern, die durch das DRG-System den ökonomischen Erfolg einer Patientenbehandlung ausmachen. Somit unterliegen die Case Management-Abteilungen alle einer systemischen Steuerung und Kontrolle. In allen drei Krankenhäusern wird allerdings auch ein fallorientiertes Case Management durchgeführt. Als stationäres Case Management wurde die Fallbegleitung nur in K3 bezeichnet, was nicht bedeutet, dass diese nicht in den anderen beiden Kliniken auch durchgeführt wird. Im K2 wird diese patientenorientierte Form des Case Managements als Patientenmanagement bezeichnet und in K1 einfach nur als Case Management. Es gibt also in den Kliniken nicht zwangsläufig eine klare Trennung zwischen den beiden Bereichen des systemischen und des stationären Case Management. Die klare Trennung der beiden Ansätze ist bereits in der theoretischen Darstellung als kaum lösbar beschrieben worden, was sich in der praktischen Umsetzung des Konzeptes ebenso widerspiegelt.

In K1 hat das Case Management eine besondere Funktion für die Fallsteuerung im Krankenhaus. Da alle Case Manager auch ausgebildete Codier-Fachkräfte sind, haben sie dort einen besonders hohen Stellenwert in Bezug auf DRG gesteuerte Fallpauschalenabrechnung. Die praktische Arbeit mit den Patienten beschränkt sich im K1

im Wesentlichen auf das Entlassmanagement. Die Case Manager steuern den Aufenthalt der Patienten anhand der codierten DRG's, so dass sie stets die unteren und oberen Grenzverweildauern beobachten und zu gegebenem Zeitpunkt beginnen, die Entlassung des Patienten aus dem stationären Setting planen zu können.

Auch in den von A angesprochenen Fallkonferenzen geht es inhaltlich vor allem darum, den Zeitpunkt der Entlassung zu klären, sowohl vor dem Hintergrund der medizinischen Möglichkeit und Notwendigkeit, als auch der bereits sichergestellten bzw. organisierten poststationären Versorgung. Sie dienen hier vor allem als Vermittler von weiteren Akteuren, die die nachstationäre Versorgung des Patienten sichern sollen. Der stationäre Verlauf wird als sicherer Prozess gesehen, um den ein Versorgungskonstrukt für den Patienten geschaffen werden muss. Dies geschieht hier zusammen mit den Patienten und den Angehörigen, aber auch den Kostenträgern.

In K2 steuert das dort so genannte Patienten Management den Klinikaufenthalt von der elektiven Aufnahme, die auf Grund medizinischer Indikation erfolgt, über den stationären Aufenthalt bis hin zu der Entlassung des Patienten. Dabei erfolgen sowohl ein Aufnahme-Assessment des Patienten, als auch die Planung und Terminierung von Diagnostik und Therapie. Dabei werden auch noch weitere Dienste innerhalb der Klinik mit in die Versorgung eingeschlossen, wie bspw. der Sozialdienst oder die physiotherapeutische Abteilung. Diese Organisation kann sowohl prästationär als auch intrastationär erfolgen. Das Entlassmanagement wird in K2 sehr heterogen gehandhabt, zunächst einmal ist auch das Case Management dafür verantwortlich, aber je nachdem welche nachstationären Versorgungsleistungen und Settings nötig sind, werden weitere Abteilungen hinzugezogen. Hier übernehmen die Case Manager also vor allem Steuerungs- und Organisationfunktionen, aber auch anwaltschaftliche und vermittelnde Funktionen, wenn es bspw. um Kostenzusagen für die nachstationären Versorgungsdienstleister geht. Auch in K2 werden in einzelnen Fachbereichen dazu Fallkonferenzen durchgeführt.

Auch in K3 ist der Zugang zum Case Management über die DRG-Fallsteuerung geregelt. Dort werden die Patienten allerdings vom Klinischen in das stationäre Case Management überführt. Im *Kliniks-Case Management* werden die Patienten einem Aufnahme-Assessment unterzogen und erste Termine bzgl. der Diagnostik und Therapie werden initiiert. Wenn die Patienten in das stationäre Case Management von K3 übergehen, hat der Case Manager auf der Station die volle Verantwortung für diesen Patienten. Das heißt, der

Patient wird vom Case Manager stationär aufgenommen, dieser übernimmt die stationäre Bettenplanung und –steuerung, weitere pflegerische Anamnesen werden durchgeführt und administrative Informationen eingeholt. Danach wird der Patient vom Case Manager durch die Diagnostik und Therapie begleitet, inklusive der Begleitung ärztlicher Visiten. Im Verlauf des Aufenthaltes nimmt der Case Manager, wenn das gewünscht ist, Kontakt zu den Angehörigen des Patienten auf. Gemeinsam wird im Gespräch die nachstationäre Versorgungssituation erörtert und die vorhandenen Bedarfe erhoben. Dabei werden sowohl der Patient, als auch die Angehörigen beraten, um die verschiedenen Möglichkeiten und Akteure außerhalb der klinischen Versorgung kennenzulernen und kontaktieren zu können. Diese werden dann sowohl vermittelt als auch direkt kontaktiert. So schließt das Case Management in K3 auch mit dem Entlassmanagement ab. In dieser Form des Case Managements übernimmt der Case Manager noch mehr verschiedene Funktionen. Er ist sowohl Begleiter, als auch Berater, Fürsprecher, Vermittler und Lotse.

In allen drei Interviews ist deutlich geworden, dass bei den Interviewpartnern ein klares und grundlegendes Konzeptverständnis für das Case Management vorhanden ist. Alle drei haben es als Handlungskonzept beschrieben, welches vor allem patientenorientiert und fallbezogen versucht, die Komplexität der Versorgung zu organisieren. Es konnten auch alle Interviewpartner klar differenzieren zwischen dem systemischen Ansatz und dem der Fallbegleitung. Eine klare Trennung der beiden Ansätze wurde allerdings nicht als sinnvoll und auch nicht als umsetzbar angesehen. Auf Grund der institutionellen und gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen, die den ökonomischen Bezugsrahmen darstellen, kann das Konzept nicht in seiner vollen Komplexität und seinem gesamten Handlungs- und Leistungsumfang in die Praxis umgesetzt werden. Das bedeutet, dass das Konzept so modifiziert werden muss, dass es den eben genannten Rahmenbedingungen entspricht. So kann ein effektives und effizientes Versorgungssystem im Bereich der klinischen stationären Versorgung geschaffen werden. Auf diesem Weg ist es möglich, eine Vereinheitlichung in der Umsetzung des Konzeptes zu kreieren und der aktuell stark differierenden Umsetzung entgegen zu wirken. So wird es möglich, eine flächendeckende Versorgung für Patienten mit einem sehr hohen Versorgungsbedarf zu erreichen, sodass dieser hohe Versorgungsaufwand auch im klinischen Setting auf den Stationen gedeckt werden kann.

Sowohl die einzelnen Phasen des Case Management-Konzeptes, als auch die verschiedenen Rollen bzw. Funktionen der Case Manager sind in den Interviews erkennbar gewesen. Diese wurden leider selten konkret benannt oder als Teil des innerklinischen Konzeptverständnisses dargestellt. Die Problematik besteht dabei, dass das Konzept nur auf einen speziellen Teil der Versorgung des Patienten beschränkt wird und auch nur für ganz spezielle Aufgabenbereiche zuständig ist. Die Limitationen durch äußere Rahmenbedingungen und systemimmanente Prozess- oder Schnittstellenproblematiken hindern die Entwicklung eines klinischen bzw. stationären Case Managements in vielerlei Hinsicht.

Grundsätzlich ist zu sagen, dass die Erfahrungen der Experten mit der Umsetzung und Durchführung des Case Management gut bis sehr gut waren. Negative Erfahrungen wurden als Einzelfälle deklariert, die häufig auf Grund von persönlichen Empfindlichkeiten ausgelöst wurden oder auf der Antipathie verschiedener Handelnder beruhten. Vor allem in Bezug auf das von allen drei Experten durchgeführte Entlassmanagement gab es nur positive Berichte. Die Konstruktion eines außerklinischen Versorgungsnetzwerkes sei auf Grund der Masse der Akteure, der zunehmenden Bedarfe der Patienten und dem immensen nötigen Wissen bezüglich der lokalen Akteure im Gesundheitswesen eine große Herausforderung, bringe aber ein hohes Maß an Zufriedenheit der Patienten zum Zeitpunkt der Entlassung mit sich.

Zu den weiteren positiven Erfahrungen zählen der große Mehrwert den die Durchführung des Case Managements sowohl für die Patienten hat, als auch für die verschiedenen Berufsgruppen, die innerhalb der Klinik zusammen mit dem Patienten und miteinander arbeiten.

Die Erfahrungen in Bezug auf die Ausbildung und Qualifikation lässt sich so darstellen, dass eine längere Berufserfahrung vorteilhaft ist, um auf Augenhöhe mit den anderen Berufsgruppen kommunizieren und außerdem ein gutes Verständnis von verschiedenen Krankheitsgeschehen und den entsprechenden Therapien und diesbezüglichen Bedarfen der Patienten zu haben. Zur weiteren Konzeptentwicklung wird ein akademischer Abschluss empfohlen, um einen anderen Blick auf Konzepte mitzubringen und klar und strukturiert solche Ideen auch verschriftlichen zu können.

Eine negative Erfahrung, von der C berichtete, die aber nicht im Zusammenhang mit der Umsetzung des Case Managements steht, war die Problematik, sich als Experte in seinem

neuen Berufsfeld zu etablieren. Vor allem sei es zunächst schwierig gewesen, den Nutzen für den Patienten und die anderen Berufsgruppen vorzuweisen und seine eigenen Erfolge darzustellen.

Als Problematisch haben die Experten gesehen, dass die Case Manager nicht in der Personalbedarfsplanung auftauchen. Somit werden nur Stellen aus den klinischen Pflegediensten umbenannt, die dann auf den Stationen fehlen. Sie werden nicht refinanziert, was zu Konflikten innerhalb der Berufsgruppen führen kann. Außerdem tauchen sie auch nicht in Tarifverträgen auf. Somit ist eine Vergütung nicht klar geregelt, was der Attraktivität und der Weiterentwicklung des Case Managements entgegenwirken kann. Ein weiteres Problem sehen sie darin, dass die Zertifizierungen nach der DGCC häufig nicht von den Kliniken bezahlt werden. Ohne die Zertifizierungen gewinnen die Case Manager nicht an Bedeutung für den klinischen Alltag, sie können sich nicht weiterbilden, das Konzept nicht weiterentwickeln und so auch keinen besonderen Wettbewerbsvorteil für die Kliniken schaffen. Eine Eigenfinanzierung ist für viele nicht möglich und auch dadurch wird die Attraktivität der beruflichen Spezialisierung gemindert.

Als ein großes Problem in der Umsetzung des Case Management in der stationären Krankenversorgung hat B gesehen, dass die Notfallpatienten kaum bis gar nicht dem Case Management zugeführt werden können. Für diese Patienten ist die Umsetzung des Konzeptes kaum möglich. Dies betrifft aber vor allem die Systemebene. Die derzeitige Umsetzung des Case Management berücksichtigt in K2 die Notfallpatienten gar nicht, was die Etablierung eines stationären Case Managements notwendig macht.

Abschließend kann man festhalten, dass grundsätzlich ein klinisches Verständnis des Konzeptes vorhanden ist, dieses aber zu sehr von der Abhängigkeit der institutionellen Rahmenbedingungen geprägt ist, welche auf der effizienten Fallsteuerung der Patienten in der Organisation Krankenhaus fußen. Das führt dazu, dass zum jetzigen Zeitpunkt das Case Management im Setting stationärer klinischer Versorgung sehr verschieden umgesetzt wird. Es stellt zwar ein neues Versorgungskonzept dar, es wird aber sehr unterschiedlich in die Praxis etabliert.

4.2 Kritische Würdigung der qualitativen Methodik

Die Anwendung der qualitativen Methodik zur Erhebung von Daten, mittels leitfadengestützter Experteninterviews hat sich als geeignet erwiesen. Die Interviews haben einen groben Überblick über das Thema gegeben. Mit den Interviews wurde die Umsetzung des Case Management im Setting stationärer Krankenversorgung von Experten geschildert. Durch die Orientierung an einem Interviewleitfaden war es außerdem möglich, einige Aspekte zu hinterfragen, auf zusätzliche Aspekte aufmerksam zu machen und Verständnisprobleme zu klären. Innerhalb des Interviews konnten durch die Leitfadensstützung noch weitere Aspekte außerhalb der Forschungsfragen erörtert werden.

Die Methode des leitfadengestützten Interviews war außerdem insofern geeignet, als das immer auf die Antworten des Gegenübers reagiert werden konnte. Mit Hilfe des Leitfadens konnte trotz solcher Reaktionen der Gesprächsfluss aufrecht gehalten werden, da die Fragen nicht einfach chronologisch abgefragt wurden, sondern immer im Gesprächszusammenhang an den entsprechenden Stellen gestellt wurden. Diese Herausforderung der Anpassung der Fragereihenfolge wurde erfolgreich bewältigt.

Bei der Auswertung der Ergebnisse der Interviews konnte festgestellt werden, dass eine möglichst klare, aber dennoch offene Formulierung der Interviewfragen dazu führt die Aussagen der Experten besser vergleichen zu können. So würde eine Auswertung erleichtert.

Neben diesen guten Erfahrungen mit dieser wissenschaftlichen Methodik gibt es einige Aspekte, die kritisch reflektiert werden müssen. Auf Grund der geringen Verbreitung des Case Management-Konzeptes im Bereich der klinischen Krankenversorgung in der Praxis, stellte sich die Akquise von Interviewpartnern als sehr schwierig heraus. Aus diesem Grund kamen nur drei Interviews zustande, was die Frage der Repräsentativität nach sich zieht, die in diesem Fall sehr kritisch zu bewerten ist.

Wegen der geringen Anzahl an durchgeführten Interviews konnten nur kleine Einblicke in die Umsetzung des Case Management-Konzepts gewonnen werden, die jedoch bereits interessante Erkenntnisse liefern konnten. Die Ergebnisse der Interviews bieten sehr heterogene Antworten und Ansichten, die für diese Arbeit viele Diskussionsmöglichkeiten

eröffnen. Außerdem wurden Herausforderungen für die zukünftige Entwicklung des Konzeptes herausgearbeitet, die im folgenden Kapitel dargestellt werden.

4.3 Schlussfolgerungen

Die Umsetzung des Case Management-Konzeptes wird in den verschiedenen Kliniken sehr unterschiedlich gelebt. Zur weiteren Entwicklung und Vereinheitlichung des Konzeptes gilt es noch vielen Herausforderungen zu begegnen.

Eine der größten Herausforderungen besteht darin, die Definition des Case Management-Konzeptes weiter zu konkretisieren. Vor allem aber die Definition in Bezug auf die Umsetzung im Krankenhaus muss stärker in den Blickpunkt genommen werden. Die Konzeption muss definatorisch so spezialisiert und konkretisiert werden, dass jeder Case Manager genau weiß, was Case Management im klinischen Setting bedeutet, welche Schritte durchgeführt werden müssen, welche Rollen er einnimmt und welche Limitationen ihm begegnen. Nur so kann dieses komplexe und vielseitige Handlungskonzept in den klinischen Alltag integriert werden. Außerdem erfährt es nur so Akzeptanz bei den verschiedenen Berufsgruppen, den Patienten und Angehörigen, aber auch in der Gesundheitspolitik.

Die Verortung der Mitarbeiter im klinischen Case Management ist eine weitere Herausforderung, der in der Zukunft begegnen werden muss. Es ist kaum klar, welche Art der Ausbildung ein Case Manager mitbringen muss. Es ist weder schlüssig, ob die Ausbildung der Case Manager nur eine Berufsausbildung beinhaltet, noch in welchem Bereich diese Berufsausbildung angesiedelt ist. Ferner ist nicht geklärt, ob diese Ausbildung nicht eher einen akademischen Abschluss erfordert. Ein Case Manager muss auch nicht die Zertifizierung nach der DGCC durchlaufen, um als Case Manager arbeiten zu können. Mit einer solchen Verpflichtung könnten zum Beispiel die Kliniken dazu angehalten werden, die finanziellen Aufwendungen für solche Zertifizierungen zu übernehmen. Dadurch gäbe es einen größeren Anreiz zur Fortbildung und die Qualität der Mitarbeiterausbildung würde steigen. Aus berufspolitischer Perspektive steht dann noch die Vergütung eines solchen Arbeitsplatzes auf der Agenda der Herausforderungen, denn Case Manager tauchen nicht in Tarifverträgen auf. Sie werden entweder nach Tarifen eines

ähnlichen Berufsbildes vergütet oder nach persönlichen Verhandlungen von Gehältern. Eine solche Tarifvereinbarung für den Beruf des Case Managers würde ein größeres Interesse der Berufsausübung nach sich ziehen.

Eine Herausforderung für die Organisationen, also die Krankenhäuser, besteht des Weiteren darin, die Case Manager in die Personalbedarfsplanung mit aufzunehmen. Wenn Case Manager Stellen aus den Pflegediensten der Kliniken einnehmen, fehlen diese wiederum in der stationären Versorgung der Patienten, da die Case Manager aber für höhere Fallzahlen und einen effizienteren Durchlauf an Patienten sorgen, steigt die Belastung bei beiden und das Arbeitspensum wird noch größer, als es bei den Pflegekräften ohnehin schon vorhanden ist. Eine Veränderung der Budgetierungen und die Analyse der Effekte durch den Einsatz von Case Managern könnten zur Lösung dieses Problems beitragen.

Die Durchführung des Case Management als ein neues Versorgungskonzept im Krankenhaus wird zwar vor viele Probleme, Limitationen und Herausforderungen gestellt, birgt aber auch große Chancen.

Das Case Management stellt einen erheblichen Mehrwert für die klinische Krankenversorgung dar. Es bietet die Möglichkeit, die Effektivität und die Effizienz der Versorgung im Krankenhaus zu steigern. Der Mehrwert besteht innerhalb der Krankenhäuser in der Aufgabenteilung und der klaren Zuständigkeit. Es gibt klare Ansprechpartner, die den Weg des Patienten durch das Krankenhaussystem begleiten. Prozesse und Abläufe können aus einem anderen Blickwinkel kritischer gesehen, hinterfragt und anschließend diskutiert werden. Durch die Fallführung innerhalb des klinischen Systems können Fehler entdeckt und Lerneffekte erzielt werden, die häufig die Erlöserwirtschaftung steigert.

Mit der flächendeckenden Etablierung eines klinischen und oder stationären Case Management kann die Versorgungsqualität der Patienten, sowohl während eines klinischen Aufenthaltes, als auch in der poststationären Versorgung erheblich verbessert werden. So kann nicht nur die Patientenzufriedenheit erhöht werden, sondern auch die entstehenden Kosten im Gesundheitssystem durch Über-, Fehl- oder Unterversorgungen. Auch

Drehtüreneffekte könnten vermieden oder vermindert werden, was wiederum zur Senkung der Gesundheitsausgaben führen würde.

Eine weitere Chance durch die Etablierung Case Management-Konzepte im Krankenhaus besteht in der Professionalisierung der Pflege. Da die meisten Case Manager ausgebildete Pflegekräfte sind, besteht hier das Potenzial in einer klaren Spezialisierung von Pflegekräften. Durch eine zusätzliche Spezialisierung, die in Zukunft große Bedeutung erlangen kann, wird die Professionalisierung der Pflege weiter vorangetrieben.

Um alle Chancen und Potenziale des Case Management-Konzeptes voll ausschöpfen zu können, gilt es allerdings zunächst einmal, einer Reihe von Problemen zu begegnen. Diese sollten aber die Praktiker, Führungskräfte in den Krankenhäusern, Politiker und Wissenschaftler nicht davon abhalten, dieses vielversprechende Konzept der Versorgung kranker und pflegebedürftiger Menschen weiter in das Gesundheitssystem in Deutschland zu etablieren.

5 Quellenverzeichnis

Brinkmann, V. (2010). *Sozialökonomische Funktionen und Systemfragen des Case Managements*. In: V. Brinkmann, *Case Management. Organisationsentwicklung und Change Management in Gesundheits- und Sozialunternehmen*. (2., aktualisierte und überarbeitete Auflage, S. 3-20). Wiesbaden: Gabler.

Case Management Society of America (CMAS) (2016). *Standards of Practice for Case Management*. Abgerufen am 04 Juli 2018 von <https://www.miccsi.org/wp-content/uploads/2017/03/CMSA-Standards-2016.pdf>

Dettmers, S. (2006). *Case Management im Akutkrankenhaus – gegenwärtige Konsequenzen für die soziale Arbeit und Pflegeprofession*. In V. Brinkmann, *Case Management. Organisationsentwicklung und Change Management in Gesundheits- und Sozialunternehmen*. (2., aktualisierte und überarbeitete Auflage, S. 277-285). Wiesbaden: Gabler.

Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management e.V. (DGCC) (2013). *Positionspapier der Fachgruppe Gesundheit und Pflege zum Case Management im Krankenhaus*. Abgerufen am 08.08.2018 von: https://www.dgcc.de/wp-content/uploads/2013/06/130812_Positionspapier_CM_Krankenhaus_FG_Gesundheit-und-Pflege.pdf

Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management e.V. (DGCC) (Hrsg.) (2015). *Case Management Leitlinien. Rahmenempfehlungen, Standards und ethische Grundlagen*. Heidelberg: Medhochzwei Verlag.

Duden online o.J. *Stationär*. Abgerufen am 25.06.2018 von: <https://www.duden.de/node/649413/revisions/1618849/view>.

Ewers, M. (1997) Case Management in der klinischen Versorgung. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften*, 5(4), 309-322.

Ewers, M. & Schaeffer, D. (2005). *Einleitung: Case Management als Innovation im bundesdeutschen Sozial- und Gesundheitswesen*. In M. Ewers & D. Schaeffer, *Case Management in Theorie und Praxis* (2., ergänzte Auflage, S. 7-28). Bern: Hans Huber.

Ewers, M. (2005). *Case Management im Schatten von Managed Care: Sozial- und gesundheitspolitische Grundlagen*. In M. Ewers & D. Schaeffer, *Case Management in Theorie und Praxis* (2., ergänzte Auflage, S. 29-52). Bern: Hans Huber.

Gläser, J. & Laudel, G. (2010). *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse* (4. Auflage). Wiesbaden: Springer Fachmedien.

Graf, P. & Spengler, M. (2013). *Leitbild- und Konzeptentwicklung* (6. aktualisierte Auflage). Regensburg: Walhalla Fachverlag.

Kleibel, V. & Mayer, H. (2005). *Literaturrecherche für Gesundheitsberufe*. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.

Klie, T. & Monzer, M. (2008). Case Management in der Pflege. Die Aufgaben personen- und familienbezogener Unterstützung bei Pflegebedürftigkeit und ihre Realisierung in der Reform der Pflegeversicherung. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 41, S. 92-105.

Kollak, I. & Schmidt, S. (2015). *Fallübungen Care und Case Management*. Berlin/Heidelberg: Springer-Verlag.

Kollak, I. & Schmidt, S. (2016). *Instrumente des Care und Case Management Prozesses*. Berlin/Heidelberg: Springer Verlag

Kuhlmei, A. (2011). Versorgungsforschung zur angemessenen Gesundheitsversorgung im Alter. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 54(8), 915-921.

LoBiondo-Wood, G. & Haber, J. (1996). *Pflegeforschung. Methoden, kritische Einschätzung und Anwendung*. Berlin/Wiesbaden: Ullstein Mosby GmbH & Co. KG.

Mintzberg, H. (1989). *Mintzberg on Management. Inside Our Strange World of Organizations*. New York: The Free Press.

Monzer, M. (2013): *Case Management. Grundlagen*. Heidelberg: medhochzwei-Verl.

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

Peters, E., Pritzkeleit, R., Beske, F., & Katalinic, A. (2010). Demografischer Wandel und Krankheitshäufigkeiten. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 53(5), 417-426.

Ribbert-Elias, J. (2011). *Case Management im Krankenhaus: Voraussetzungen – Anforderungen- Implementierung*. In W. R. Wendt & P. Löcherbach, *Case Management in der Entwicklung. Stand und Perspektiven in der Praxis*. (2., überarbeitete Auflage, S. 121-140). Heidelberg: Medhochzwei Verlag.

Roland, C. (2008). *Das Kölner Case Management Modell*. In: R. A. Bostelaar & R. Pape, *Case Management im Krankenhaus. Aufsätze zum Kölner Modell in Theorie und Praxis*. (S. 47-76). Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft.

Sachverständigenrat (SVR)-Gesundheit (2007). Gutachten 2007 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Kooperation und Verantwortung–Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. *Bundestagsdrucksache*, 16(6339).

Sachverständigenrat (SVR)-Gesundheit (2009). Gutachten 2009 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. *Bundestagsdrucksache, 16(13770)*.

Saß, A. C., Wurm, S. & Scheidt-Nave, C. (2010). Alter und Gesundheit. Eine Bestandsaufnahme aus Sicht der Gesundheitsberichterstattung. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz, 53(5)*, 404-416.

Schaeffer, D. (2006). Bewältigung chronischer Erkrankungen. Konsequenzen für die Versorgungsgestaltung und die Pflege. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 39(3)*, 192-201.

Schroerer, A. (2010). *Case Management in Lernenden Organisationen – eine Funktionsbestimmung aus organisationspädagogischer Sicht*. In V. Brinkmann, *Case Management. Organisationsentwicklung und Change Management in Gesundheits- und Sozialunternehmen*. (2., aktualisierte und überarbeitete Auflage, S. 289-308). Wiesbaden: Gabler.

Schulenburg, D. (2005). Was ist vollstationär? Bundessozialgericht entwickelt Kriterien zur Abgrenzung verschiedener Formen der Krankenhausbehandlung – Folge 31 aus der Reihe „Arzt und Recht“. *Rheinisches Ärzteblatt, 12*, 14.

Statistisches Bundesamt (2006). *Leben in Deutschland. Haushalte, Familien und Gesundheit - Ergebnisse des Mikrozensus 2005*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

Verbandes der Pflegedirektorinnen und Pflegedirektoren der Universitätskliniken und Medizinischen Hochschulen Deutschlands e.V. (VPU) (Februar 2008). *Case Management an den deutschen Universitätsklinika Definition, Entwicklung, Konsentierung und Implementierung*. Abgerufen am 04. Juli 2018 von <https://docplayer.org/816619-Case-management-an-den-deutschen-universitaetsklinika.html>

von Reibnitz, C., Schümmelfelder, F., Hampel-Kalthoff, C., Baierlein, J., Schwegel, P. & Da-Cruz, P. (2015). *Sektion II: Regelkreis Assessment, Evaluation, Methoden, Handlungsanweisungen*. In C. von Reibnitz, *Case Management: praktisch und effizient*. (2. Auflage, S. 55-120). Berlin/Heidelberg: Springer-Verlag.

Wahler, Steffen & Waller, H. (2005). *Fallmanagement als innovative Dienstleitung eines Ärztenetzes*. In M. Ewers & D. Schaeffer, *Case Management in Theorie und Praxis*. (2. Ergänzte Auflage, S.291-306). Bern: Hans Huber.

Wendt, W. R. (2010a). *Care und Case Management*. In K. Aner & U. Karl, *Handbuch Soziale Arbeit und Alter*. (S. 215-222). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Wendt W. R. (2010b). *Von der Verfahrensweise zum Gestaltungsprogramm: Das Case Management ist auch nicht mehr das, was es einmal war*. In: B. Michel-Schwartzke „Modernisierungen“ methodischen Handelns in der Sozialen Arbeit (113-134). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Wendt, W. R. (2010c). *Case und Care: was im Case Management zu besorgen ist*. . In: V. Brinkmann, *Case Management. Organisationsentwicklung und Change Management in Gesundheits- und Sozialunternehmen*. (2., aktualisierte und überarbeitete Auflage, S.151-168). Wiesbaden: Gabler.

Wendt, W. R. (2011). *State of the art: Das entwickelte Case Management*. In W. R. Wendt & P. Löcherbach, *Case Management in der Entwicklung. Stand und Perspektiven in der Praxis*. (2., überarbeitete Auflage, S. 1-38). Heidelberg: Medhochzwei Verlag.

Wendt, W. R. (2013). *Case Management im Gesundheitswesen*. In E.-W. Luthé, *Kommunale Gesundheitslandschaft*. (S. 135-150). Wiesbaden: Springer Fachmedien.

Wendt, W. R. (2015). *Case Management*. In C. Thielscher, *Medizinökonomie 1. Das System der medizinischen Versorgung*. (2. aktualisierte und erweiterte Auflage, S. 685-704). Wiesbaden: Springer Gabler.

Wendt, W. R. (2018a). *Case Management im Sozial und Gesundheitswesen. Eine Einführung*. (7. überarbeitete und erweiterte Auflage). Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.

Wendt, W. R. (2018b). *Case Management: Interprofessionelle Fachlichkeit in der fallbezogenen Versorgungssteuerung*. In P. Hensen & M. Stamer, *Professionsbezogene Qualitätsentwicklung im interdisziplinären Gesundheitswesen. Gestaltungsansätze, Handlungsfelder und Querschnittsbereiche* (S. 171-188). Wiesbaden: Springer Fachmedien.

Windhorst, T. (2015). Die Zukunft der sektorenübergreifenden Patientenversorgung. *Der Gastroenterologe*, 10(5), 434-436.

Wissert, M. (1998). Grundfunktionen und fachliche Standards des Unterstützungsmanagements. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 31(5), 331-337.

6 Anhang

Anhang A: Interviewleitfaden

Interviewleitfaden

Formalien:

Name des Masterstudenten im Fach Pflegewissenschaft- und Management:

Dennis Brinkhaus

Thema der Masterarbeit: „Stationäres Case-Management in Nordrhein-Westfalen – Status Quo der Fallführung als neues Versorgungskonzept im Krankenhaus“

Vorherige Informationen für den Interviewpartner

Ziel der Untersuchung: Die Erhebung des gegenwärtigen Standes der Durchführung des Case Management- Konzeptes im Bereich der stationären Krankenversorgung

Rolle des Interviewpartners: Sie sind als Fachpraktiker Experte auf dem Gebiet des stationären Case Managements.

Rolle des Interviews: Das Interview dient der Erhebung von Daten. Diese Daten bilden die Grundlage der Analyse der derzeitigen Durchführung des Case Management in der klinischen Versorgung.

Anonymisierung persönlicher Daten: Die Namen der Interviewpartner tauschen in der Verschriftlichung der Interviews und auch sonst in der gesamten Arbeit nicht auf. Der Name des Interviewpartners wird mit einem Großbuchstaben Verschlüsselt, bspw. „A“. Auch der Name der Klinik wird verschlüsselt. Die Kliniken erhalten zur Verschlüsselung den Großbuchstaben „K“ und nach Chronologie der Interviews zusätzlich eine Zahl, 1,2,3...n.

Einverständniserklärung zur Aufnahme einer Audio-Datei: Hiermit bitte ich Sie die Einverständniserklärung zur Aufzeichnung des Interviews als Audio-Datei zu unterschreiben.

Personenbezogene Fragen an die Interviewpartner:

Welche Berufs- und/oder Hochschulausbildung haben sie absolviert?

Sind Sie als Case-Manager nach DGCC-Ausgebildet?

Seit wie vielen Jahren arbeiten Sie bereits als Case Manager?

Beginn der Audio-Aufnahme.

Fragen:

- Wie verstehen Sie das Konzept des Case Managements?
 - Ein problemorientiertes Handlungskonzept
 - Ein klientenzentriertes Versorgungskonzept zur Bewältigung von Komplexität?
 - Fallsteuerung im System des Krankenhauses?

- Gibt es in Ihrem Unternehmen eine Unterscheidung in ein zentrales und ein stationäres Case Management?
 - Was verstehen Sie unter stationärem Case Management?

- In der Theorie des Case Management-Konzeptes wird der „Case“ als „Fall“ benannt. Wie und wann werden die Patienten für das Case Management identifiziert?
 - Vor oder nach der Aufnahme, nach Diagnosestellung?

- Gibt es festgelegte Indikationskriterien
- Welche Aufgaben oder welchen Einfluss haben Sie bei der Patientenauswahl?
-
- Wie setzen Sie das Case Management-Konzept in Ihrem Arbeitsalltag um?
 - Folgen Sie dabei bestimmten Schritten und wenn ja welchen?
 - Welche konkreten Aufgaben übernehmen Sie, bzw. welche Maßnahmen führen sie durch?
 - Wie wird der Patient in den Prozess mit eingebunden und was für eine Rolle nimmt dieser ein?
 - Wer wird noch zusätzlich in den Prozess mit einbezogen?
 - Welche Versorgungsbereiche des Patienten werden berührt? (prästationäre Versorgung, stationäre Versorgung, poststationäre Versorgung, häusliche Versorgung, institutionelle Überleitung, finanzielle Versorgung, psychosoziale Unterstützung)
- Welche Funktionen übernehmen Sie im Case Management-Prozess, bzw. welche Rolle/n nehmen Sie ein?
- Gibt es in Ihrem Unternehmen eine klare Verantwortlichkeit für die Durchführung des Case Managements?
 - Arbeiten Sie häufig mit Vertretern andere Berufsgruppen gemeinsam und wenn ja wie gestaltet sich diese Zusammenarbeit?
 - Werden Sie in ihrer Rolle als Case Manager vollumfänglich von allen anderen Berufsgruppen akzeptiert?
- Sehen Sie sich mit Problemen bzw. Herausforderungen in der Umsetzung des Case Management in der stationären Krankenversorgung konfrontiert?
 - institutionell, konzeptionell, persönlich, organisatorisch?

- Wo sehen sie noch Weiterentwicklungsmöglichkeiten, um die Praxis und die Qualität des Case Managements zu verbessern?
 - institutionell, konzeptionell, persönlich, organisatorisch?
 - Gibt es Faktoren die Sie in ihrer Arbeit einschränken oder limitieren?

- Welche Erfahrungen (sowohl positive als auch negative) haben Sie mit dem Case Management als neues Versorgungskonzept in Ihrer täglichen Arbeit gemacht?

- Welche Motivation bewegt Sie persönlich zur Umsetzung des Case Managements?
 - Gibt es besondere Faktoren die die Motivation zur täglichen Durchführung des Case Managements steigern oder aber auch verringern?

Vielen Dank für Ihre Hilfsbereitschaft und Ihre Offenheit und Aufgeschlossenheit im Interview!

Anhang B: Einwilligungserklärung zur Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Interviewdaten

Einwilligungserklärung zur Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Interviewdaten

Forschungsprojekt: Masterarbeit mit dem Thema „Stationäres Case-Management in Nordrhein-Westfalen – Status Quo der Fallführung als neues Versorgungskonzept im Krankenhaus“

Durchführende Institution: Hochschule Neubrandenburg

Projektleitung: Dennis Brinkhaus (betreut durch Fr. Prof. Dr. paed. Bedriska Bethke)

Interviewer: Dennis Brinkhaus

Interviewdatum:

Beschreibung des Forschungsprojekts: mündliche Erläuterung

Das Interview wird mit einem Aufnahmegerät aufgezeichnet und sodann von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Forschungsprojekts in Schriftform gebracht. Für die weitere wissenschaftliche Auswertung der Interviewtexte werden alle Angaben, die zu einer Identifizierung der Person führen könnten, verändert oder aus dem Text entfernt. Personenbezogene Kontaktdaten werden von Interviewdaten getrennt für Dritte unzugänglich gespeichert. Die Teilnahme an den Interviews ist freiwillig. Sie haben zu jeder Zeit die Möglichkeit, das Interview abubrechen, weitere Interviews abzulehnen und Ihr Einverständnis in eine Aufzeichnung und Niederschrift des Interviews zurückziehen, ohne dass Ihnen dadurch irgendwelche Nachteile entstehen.

Ich bin damit einverstanden, im Rahmen des genannten Forschungsprojekts an einem Interview teilzunehmen und gebe mein Einverständnis zur Aufzeichnung des Interviews.

ja

nein

Vorname; Nachname in Druckschrift des Interviewpartners

Ort, Datum / Unterschrift

Anhang C: Interview 1

I: Also die erste Frage wäre grundsätzlich, wie Sie das Case Management Konzept verstehen und wie das hier im Haus gehandhabt wird?

A: Wir sind hier eher auf der Seite des Systemagenten unterwegs. Das wir sagen, wir haben die bestimmten Diagnosen. Daraus ergeben sich die Verweildauern und innerhalb dieser Verweildauer versuchen wir für den Patienten stationär das bestmögliche Setting auf die Beine zu stellen. So also, eher getriggert von den Ökonomischen Gedanken: Patient ist hier, nimmt hier die Leistung in Anspruch und verlässt uns wieder, um dann für den Nachsorgebereich gucken wir, was los ist.

I: Also steuern Sie in dem Fall auch die stationäre Behandlung hier im Bezug auf Diagnostik, Therapie.

A: Steuern nicht unbedingt, wir begleiten die. Aber steuern nicht unbedingt, was damit zu tun hat, wir haben 24 verschiedene Fachkliniken und innerhalb dieser Fachkliniken gibt es genauso viele Entscheidungsträger. Und wenn wir steuern wollten, müssten wir unter Umständen an diesen Entscheidungsträgern vorbei. Das wollen die nicht unbedingt. Also von daher können wir begleitende Hinweise geben, aber nicht selber steuern.

I: Also gibt es hier keine Unterscheidung in ein zentrales Case Management und ein stationäres Case Management auf den Stationen direkt?

A: Auf den Stationen nein. Wir haben ein zentrales Case Management. Das sind insgesamt 32 Mitarbeiter. Die aufgeteilt sind in eher konservative Fächer oder eher operative Fächer. Weil sie einfach da die Fachexpertise dann auch haben. Und dann ihre Kliniken beraten. Aber zentral gesteuert werden aus dem Geschäftsbereich Medizin und nicht auf den einzelnen Stationen tätig sind.

I: Okay. Im operativen Bereich, welche Aufgaben übernehmen die Case Manager da dann ganz konkret?

A: Zum einen die behandlungsbegleitende Codierung und zum anderen aber die Organisation von Hilfsmitteln, ambulanten Diensten, Begleitung bei Visiten mit Hinweisen auf zu Hause ist alles fertig, oder fehlt noch eine Untersuchung. Also immer diese beiden Aspekte. Auf der einen Seite Codierung, Abbildung medizinisches Geschehen und Dokumentation. Und auf der anderen Seite Organisation, nach Hause, was braucht es?

I: Okay. Also übernimmt der Case Manager dann verschiedene Funktionen auch für den Patienten. Welche würden Sie da hauptsächlich benennen?

A: Zum einen ist es ein Großteil Beratung. Was geht überhaupt? Da nicht immer nur mit dem Patienten, sondern auch mit der Familie oder Bezugspersonen. Oder auch Betreuern. Und zum anderen dann aber

30 tatsächlich auch mit dem Patienten und dem Kostenträger, aussuchen von anderen Akteuren, welcher ambulante Dienst soll es sein? Weil an der Stelle weiß der Patient oft nicht, was sein Kostenträger für Absprachen mit ambulanten Diensten beispielsweise hat. Das Wunsch- und Wahlrecht ist ja nicht ausgehebelt. Aber dann sagt die Krankenkasse: Wir haben mit dem und dem die entsprechenden Verträge. Der soll dann auch eingeschaltet werden, wenn der Patient einen anderen will, muss er sich im Klaren
35 darüber sein, dass möglicherweise Differenzkosten auf ihn zukommen.

I: Also übernimmt der Case Manager in der Beratungsfunktion auch diese sogenannte Advocacy Funktion, als Anwalt, um da die Interessen zu beraten. Aber auch durchzusetzen, wenn man da in Differenzen kommt, zum Beispiel den Kostenträgern und eben den Leistungserbringern?

A: Ja, in dem Moment, wenn es dazu führt, dass Patienten unnötig hierbleiben mussten, weil es ansonsten
40 keine Versorgung gäbe. Dann auch durchsetzen. Ansonsten aber, wenn es tatsächlich darum geht: Patient geht nach Hause und wir haben versucht alles aufzustellen und der Patient erlebt dann zu hause nochmal irgendwas, dann sind wir raus. Ist ein anderer Sektor. Dann sind wir nicht mehr zuständig.

I: Ja. Okay. Dann wäre für mich noch interessant, wie im Prinzip der Zugang zum Case Management erfolgt. Wird jeder Patient, der hier aufgenommen wird im stationären Bereich, in irgendeiner Form dem Case
45 Management vorgestellt?

A: Jeder Patient, der hier stationär aufgenommen wird, wird gescreent nach Blaylock Risk Score und je nach Punktwert, werden die Patienten direkt dem Sozialdienst zugeleitet. Oder dem Case Management zugeführt. Jeder stationäre, erwachsene Patient.

I: Also es gibt Screenings, also ein Screening Instrument, das als Assessment dient und -?

50 **A:** Ja, und das monitoren wir auch, dass machen die Pflegenden. Ob das geschieht oder nicht. Und wir haben die Anforderung, tatsächlich innerhalb der ersten 24 Stunden stationärer Aufenthalt die Patienten zu screenen und dann entsprechend zu melden.

I: Okay. Und haben Sie da dann noch einen zusätzlichen Einfluss auf dieses Screening? Oder wird das ausschließlich nach dem Screening gemacht? Durch zum Beispiel Gespräche mit Angehörigen oder-, ja eine
55 gewisse Intuition für die Versorgungssituation des Patienten?

A: Das ist so die eine Situation, wo wir schon 2003 gesagt haben, die Patienten dürfen uns nicht zufällig erreichen, wir müssen für uns einen sicheren Weg haben. Und wir suchen dafür ein Assessment Instrument. Und das muss einfach anwendbar sein. Und daraus ist dann geworden, dass unsere Pflegewissenschaftlerin hier gesagt hat: Blaylock bietet sich an. Und damit machen wir das Ganze. Das ist so die eine Gruppe der
60 Patienten, die aufgenommen werden, gescreent werden von den Pflegenden und uns dann auch gemeldet werden. Das ganze dann auch elektronisch über das Krankenhausinformationssystem. Eine andere Gruppe von Patienten taucht im Case Management auf, manchmal auch beim Sozialdienst, die sind gescreent

worden. Haben aber da keinen Bedarf erkennen lassen. Und dann sagt ein Arzt bei der Visite, der sollte sich da aber doch mal zeigen. Da ist irgendwas nicht in Ordnung. Und dann wird über den Weg quasi angeordnet
65 das Case Management oder Sozialdienst vorbeikommt. Oder aber die Patienten, die keinerlei Bedarf irgendwo gezeigt haben, kommen vorbei und sagen: „Ich bin hier gerade. Ich habe da mal eine Frage.“ Also aus Selbstantrieb. (I: Eigeninitiative.) Genau. Das sind so die drei Gruppen, mit denen wir uns dann beschäftigen. Manchmal kommen dann auch Angehörige und sagen: „Meine Mutter liegt jetzt bei Ihnen oder mein Vater oder wie auch immer.“ Irgendwas klappt da nicht mehr zu Hause, können wir da mal gemeinsam
70 gucken. Das ist so die Gruppe der Selbstaufsuchenden.

I: Okay. Ja, Sie haben gerade selber schon gesagt, das Screening ist im Prinzip der erste Schritt. Gibt es noch weitere konkrete Schritte, die dann standardmäßig verfolgt werden für jeden Patienten?

A: Wir sind ja mit dem Rahmenvertrag Entlassmanagement dann verpflichtet uns Einverständniserklärungen einzuholen. Wollen die Patienten überhaupt, dass wir was für Sie tun? Da gibt es tatsächlich welche, die
75 sagen: „Nein. Meine Kinder kümmern sich, Sie brauchen hier nichts machen.“ Und damit sind wir raus. Wir sehen dann wohl einen Versorgungsbedarf, dürfen aber nichts tun, weil die Patienten das nicht wollen. Und wenn die Patienten gesagt haben: „Ja, wir wollen das ihr irgendwas tut.“ Dann gibt es eben die nächsten Schritte und da sind wir dann, wenn es nach Hause geht und pflegerischer Bedarf erhoben werden muss mit dem Nursing-Needs Assessment Instrument unterwegs und haben da das nächste gerichtete Instrument mit
80 dem Case Manager dann gucken: Was ist es denn eigentlich genau, was wir brauchen? Und beim Sozialdienst ergibt sich ein Großteil der Aufgaben aus sozialrechtlichen Anforderungen. Da braucht es dann kein Assessment mehr. Oder aus medizinischen Behandlungszusammenhängen. Wenn eine Rehabilitationsmaßnahme angeleiert werden muss, gibt es halt da auch einen klar vorgezeichneten Weg, der gegangen werden muss. Also so sind dann die gerichteten Instrumente bei den Case Managern in den AIDAS
85 noch eingesetzt wird und daraus die genaue Bedarfserhebung gemacht wird.

I: Ja. Und die erfolgt dann im Prinzip im Hauptprozess über das Entlass Management?

A: Mhm. (Bejahend.)

I: Da werden dann die Schritte-, also werden dann die Schritte geplant vom Tag der Entlassung bis dann in den Übergang in die Häuslichkeit?

90 **A:** Beziehungsweise Vorbereitung der Entlassung. Wenn es darum geht, dass zu Hause irgendwelche wohn Umfeld anpassenden Maßnahmen zwingend erledigt werden müssen, bis der Patient nach Hause gehen kann. Wenn man darüber nachdenkt, intensivpflegerische Versorgung zu Hause, dann muss möglicherweise umgezogen werden. Oder was auch immer .Liegen die Patienten etwas länger hier, damit das zu Hause vorbereitet werden kann. Da ist es dann auch so, dass die Case Manager dann auch als
95 Entlassungsverhinderer dann auftreten, weil die sagen: Das Umfeld ist noch nicht bereit jetzt, wir können noch nicht entlassen. So. Das muss dann immer eng mit dem Kostenträger rückgesprochen werden. Damit

wir auf der anderen Seite dann nicht Verweildauerüberschreitungen haben. Oder die erklären können, warum wir die haben. Also von daher: Vorbereitung, beziehungsweise dann aber auch tatsächlich Organisation und mitteilen: Dann und dann entlassen wir den Patienten, dann muss zu Hause alles parat sein.

100 **I:** Okay. Ja, dann wäre noch für mich interessant, ob es im Unternehmen eine klare Verantwortlichkeit gibt, also ja, Sie haben ja schon gesagt, es gibt eine klare Verantwortlichkeit für das Case Management. Eben durch den Sozialdienst, beziehungsweise durch die Case Manager. Wird das von allen Berufsgruppen so akzeptiert und ist die Zusammenarbeit da auch, ja, sage ich jetzt mal, zwischen Medizinerinnen, pflegerischen Personal und dann eben den Case Managern kooperativ?

105 **A:** Ja. Also wir üben das ja hier schon ein paar Jahre. Und alle Mitarbeiter, die etwas länger im Unternehmen sind, wissen, was sie sehr wohl voneinander haben an den verschiedenen Stellen. Denn das was zu Hause geht, weiß kaum einer, der im stationären Kontext arbeitet. Weder die Ärzte, noch die Pflegenden wissen, was man zu Hause alles machen kann. Welche Hilfsmittel man zu Hause einsetzen kann. Welcher Pflegedienst was kann. Die können sagen: Ja der kann nach Hause mit einem Pflegedienst. Aber was man
110 dann für einen Pflegedienst braucht, der dann besondere Expertisen im Bereich Wundversorgung, Ernährungsrisiken oder was es auch immer hat. Das können die überhaupt nicht mehr beurteilen. Oder die Hilfsmittel, die wir im Krankenhaus haben lassen sich zu Hause nicht einsetzen. Da braucht man andere. Also sind das spezielle Kenntnisse, die da auch die Case Manager haben. Oder auch der Sozialdienst. Und von daher ist schon klar, dass man da miteinander arbeiten muss. Manchmal eskaliert das ein bisschen, das ist
115 aber personenabhängig. Dann tauchen oder stoßen plötzlich Zwei aufeinander, die nicht miteinander können. Dann bricht sowas auch schonmal zusammen.

I: Aber grundsätzlich würden Sie schon sagen, dass eine kooperative Zusammenarbeit ist, und auch die Case Manager so vollumfänglich als eigene-, naja Berufsgruppe will ich jetzt nicht sagen, oder-.

A: Doch. Inzwischen ja. Hier inzwischen ja. Weil wir machen es seit zehn Jahren so. Also-. Oder elf
120 inzwischen. Und wir haben in verschiedenen Fachkliniken auch genau dazu die Entlass-Besprechungen. Da kommen Arzt, Pflegekraft, Sozialdienst, Case Manager, manchmal noch irgendein Therapeut regelhaft zusammen und besprechen, können wir entlassen, können wir nicht entlassen? Und da ist die Expertise eines jeden Einzelnen gefordert. Da wird dann auch gesagt: Lieber Doktor, ich kann noch nicht entlassen, du hast mir die entsprechende Bescheinigung noch nicht ausgefüllt. Solange du das nicht tust mache ich nichts. So
125 also. Da sind neue Ärzte immer sehr überrascht: „Wie, machen Sie nichts?“ „Nein, ich kann hier nicht arbeiten. Weil mir fehlt da ja entsprechendes Arbeitsmaterial.“ „Achso. Ja gut.“ Aber das war ein harter Weg, dahin zu kommen.

I: Ja, das kann ich mir vorstellen, dass so Implementierung und Neuanfänge sind ja immer sehr schwierig. Sind Sie da hier im Haus grundsätzlich auf viel Gegenwehr gestoßen, oder ist das was, was von den anderen
130 Berufsgruppen, jetzt mal abgesehen von der Sozialarbeit, auch als hilfreich erachtet wurde?

A: Wir haben damals, als wir das gemacht haben, hier mit der Geschäftsführung die Entscheidung getroffen, wir machen das so. Haben keinen mehr gefragt, ob das irgendjemanden gefällt oder nicht. Sondern es gab tatsächlich die bewusste Entscheidung: Wir machen das so. Und wir gründen dafür eine Arbeitsgruppe, diese Arbeitsgruppe verpflichtet sich, über das was sie tut Stillschweigen zu bewahren. Und das über ein halbes
135 Jahr. In dem halben Jahr wird ein Konzept erarbeitet und das wird dann am Tag eins über das Klinikweite Unternehmen ausgerollt und damit müssen alle leben. Das war sehr hilfreich. Das so zu machen. Das hat dann an der einen oder anderen Ecke geknirscht. Und brauchte ganz viele Gespräche und: „Wie kann denn?“ Aber alle hatten ja einen gemeinsamen Feind. Die Geschäftsführung wollte es ja so. Also müssen wir die Faust in die Tasche machen und das dann gehen. Und dann hat es aber über die Zeit mehr und mehr so die
140 Effekte gegeben: Man gerät miteinander ins Gespräch, man sprach plötzlich: „Ja was habt ihr denn da noch vor? Wie lange soll der Patient denn hier noch liegen?“ „Ja, bis übermorgen?“ „Ja warum?“ „Ja wie warum?“ „Ja ich möchte wissen, warum der hier noch liegt. Oder kann ich den morgen schon entlassen?“ Das man so plötzlich über Prozesse und Details und Behandlungsabläufe miteinander ins Gespräch geht. Und nachdem die ersten dann verstanden hatten, was sie eigentlich davon haben, war das völlig gut. Und auch die
145 medizinische Dokumentation, dadurch, dass die Case Manager ja auch codieren, gucken die auch in das was andere geschrieben haben. Und lesen dann so einen OP Bericht und rufen den Operateur dann an und sagen: „Das Röntgenbild zeigt, da ist eine Platte im Bein. In dem OP Bericht steht, es ist eine Schraube drin. Irgendwas muss korrigiert werden. Kann da mal bitte einer gucken.“ Dadurch wird auch die Dokumentation auch nochmal ein bisschen valider, verlässlicher. Und seitdem das alle, oder der große Teil verstanden hat,
150 läuft das immer besser. Und dann passiert das dann auch, dass man in so ein Büro von so einem Case Manager kommt und da sitzt dann der Chefarzt und will wissen: Was passiert hier gerade in meiner Klinik? Warum habe ich an der Stelle so viele Auffälligkeiten? Oder warum liegen die an der Stelle so lange bei uns? Was ist los? Und das ist so ein umgedrehtes Verhalten.

I: Also würden Sie schon sagen, dass man eine gewisse, naja Kontrollfunktion ist wahrscheinlich ein
155 bisschen zu krass ausgedrückt, aber eine gewisse Beobachtung-.

A: Ja. Und die merken einfach, da kommt nochmal eine neue Expertise aus einer völlig unerwarteten Richtung dazu. Und damit wird auch mal ein Bild von dem Patienten umfänglicher. Und dem was so geht. In dessen Wohnumfeld und lebenswert. Und das ist schön. Das macht auch den Mitarbeitern dann Spaß.

I: Also ist auf jeden Fall schonmal eine Akzeptanz für das ganze Konzept oder die Idee-.

160 **A:** Die reden auf Augenhöhe. Die schreiben dann auch so einem Chefarzt: Was soll entschieden werden? Gibt zwei Möglichkeiten, sag mir bitte, wo es hingehen soll. Der kann nach Hause mit dem Pflegedienst oder der kann in ein Heim. Entscheide. „Können wir nochmal sprechen?“ Ja bitte.

I: Sehen Sie noch weitere Weiterentwicklungsmöglichkeiten jetzt im Bezug auf das stationäre Case Management, da noch vielleicht eine Erweiterung des Konzepts zu schaffen. Weil jetzt haben Sie ja gesagt,
165 dass der Fokus ja auf der Entlassung liegt. Wobei natürlich auch das ja bedeutet, dass man den

Versorgungsprozess qualitativ steigert, wenn man das gut vorbereitet, um eben Verweildauern nicht zu über- oder zu unterschreiten. Und so eine solide Versorgung erstmal stationär zu schaffen. Aber eben dann auch die weitere Versorgung des Patienten zu sichern.

A: Ich glaube, dass ist-. Oder in meiner Wahrnehmung ist das ein Berufspolitisches Problem-, -system, was da zu lösen ist. Also Krankenhäuser und Case Management. Aber was heißt denn das? Und das ist von Krankenhaus zu Krankenhaus völlig unterschiedlich. Es gibt die, die das Case Management machen und den ganzen Tag nichts anderes machen als den Krankenhausaufenthalt zu planen. Die einzelnen Untersuchungen und was auch immer da ansteht für den Patienten. Die habe aber mit der Entlassung gar nichts zu tun. Weil das macht der Sozialdienst. Oder. Oder, oder. Und es gibt die, in den Kliniken, die beispielsweise in psychiatrischen Kliniken, auch in geriatrischen Kliniken, wo auch auf Grund der Länge des Aufenthaltes des Patienten tatsächlich so Kontakte möglich sind. Um man Patienten nicht nur Patienten sein lässt, sondern auch zum Klienten macht, der bestimmte Dinge selber tun muss. Was ja eigentlich eher nochmal so eine reinere Form von Case Management ist. Und Patienten zu Beteiligten. So also. Was ich damit sagen will ist, dass nicht definiert ist, was bedeutet eigentlich Case Management im Krankenhaus. Und ich glaube das ist das, was dringen passieren muss. Wir müssen dafür innerhalb der Krankenhäuser: A eine Definition haben, was verstehen wir darunter. B: Wo verorten wir die Mitarbeiter? Was müssen die auch für eine Ausbildung mitbringen? Und da hängt dann schlussendlich eigentlich dran: Was sollen die eigentlich auch verdienen? Und ich glaube, das muss dringend getan werden bei mehr Spezialisierung der Krankenhäuser, kürzere Verweildauern, Krankenhaus Behandlung ist nur noch ein kleines Häppchen in diesem gesamten Gesundheitsprozess. Und die Patienten sind alleine gelassen, wenn da nicht Menschen sind, die sie vorübergehend an die Hand nehmen und an die Hand des nächsten übergeben können. Und von daher ist da richtig viel zu tun noch.

I: Ja. Das sehe ich genauso. Also, da haben sie ja gerade auch schon gesagt, dass es auch darum geht eben Dienstleister oder Versorgungsunternehmen weiter zu vermitteln. Steht hier ja im Bezug auf Betreuung durch Pflegedienste, nachstationäre Versorgung der Patienten aber auch, sind da auch andere Akteure noch irgendwie involviert?

A: Also, in S1 sind das beispielsweise: Die Seniorenbüros, die Pflegeberatungsstellen, die ambulanten Dienste, das Essen auf Rädern, der Hausnotruf, die Intensivpflegedienste, aber auch Tagesstätten, die ganzen Heime, die es so gibt. Einzelne Rehakliniken, niedergelassene Praxen. Sowohl Physiotherapeuten, als auch Ergotherapeuten, Logopäden, als aber auch verschiedenste Ärzte. Möglicherweise Fachärzte. Ehrenamtler, Gemeinden, die Familien. All die können bei ein und demselben Patienten zum Einsatz kommen. Dazu kommen nochmal so Instanzen wie sämtliche Ämter und aber auch wir haben hier eine große Kinderklinik, Kinderschutzbund. Und all diese Bereiche sind dann auch nochmal dabei. Wo bringt man die minderjährige Mutter, die hier ihr Kind gekriegt hat und unter der Entbindung einen Schlaganfall erlitten hat unter, weil sie nicht zurück kann zu ihren Eltern. Aber auch der Vater dieses Kindes nicht wissen darf, wo sie ist. Also dafür stricken Sie dann mal ein Konstrukt. Da haben sie viele, viele Akteure am Start. Und dazu gehören dann aber noch diese Medizinprodukte Hersteller. Beatmungsgeräte und was man sich so alles vorstellen kann, was

man zu Hause noch haben kann. Alle die wollen ja miteinander vernetzt werden. Und dann hat noch keiner mit dem Patienten gesprochen, ob das überhaupt passt. Und das erfordert ein immenses Wissen um solche Versorgungsstrukturen, was man sich mühselig erarbeitet in so einer Region. Und dazu gehört dann immer noch, wie könnte dieser ganze Kram überhaupt finanziert werden. Welcher Kostenträger ist wofür zuständig. Wann ist das die Pflegekasse, wann die Krankenkasse, wann muss ich einen Härtefond anstellen oder gar Spenden einwerben, damit diese Versorgung überhaupt geht. So, also da sind viele am Start und Krankenhausbehandlung ist ein kurzer Zeitraum wo die Patienten sicher sind. Wenn man das mal so bezeichnen will. Aber das ganze Drumherum, dass muss gebastelt werden. Und da würde ich mir wünschen, dass es so Case Manager in der Praxis gibt, beim Hausarzt oder beim Kinderarzt, die unsere Patienten schon anmelden in einem Vorversorgungssetting. Wenn es eins gibt. Wo wir aber auch, wenn wir den Patienten entlassen, zurückmelden. Wo wir zwischendrin Fallkonferenzen am Patientenbett machen können, wenn es ganz aufwendig ist, mit allen Akteuren. So dass der Patient auch weiterhin am Mittelpunkt des Geschehens bleibt und weiß, was drumherum geschieht. Also da ist viel denkbar und ich glaube so Menschen, die in meinen oder in so Positionen die ähnlich sind wie meine, müssen sich da tatsächlich auch auf machen und an die politischen Entscheidungsträger herantreten. Und wenn man mal guckt, je nachdem in welcher Klinik man ist, was die Case Manager verdienen, sind da drei Gehaltsgruppen unterscheid denkbar. Also von dem was ich so weiß. Und verantwortungstragend identisch. Also in der einen Klinik so und in der nächsten Klinik so.

I: Ist natürlich dann schon ein großer Unterschied und eine große Differenz zwischen den verschiedenen Kliniken und-.

A: Und die finden sich auch in Tarifverträgen nicht wieder. Also wenn man guckt Tarifvertrag öffentlicher Dienst, wo es immer noch darum geht, nach unterstellten Mitarbeitern zu bezahlen. So ein Case Manager hat keine unterstellten Mitarbeiter. Also das passt irgendwie nicht.

I: Was haben denn die Case Manager hier im Haus für Ausbildungen? Kommen die aus dem Bereich der Pflege? Der Sozialarbeit? Und sind die auch alle zertifiziert nach der deutschen Case Management Gesellschaft?

A: Bis auf zwei kommen die alle aus der Pflege. Die eine die nicht aus der Pflege kommen, davon ist eine Hebamme. Und damit erklärt sich auch wo die eingesetzt ist. Und die andere ist medizinische Dokumentaristin. Als wir das gegründet haben, war die schon in dem Bereich der Codierung und hatte da dann Besitzstandswahrung und ist dann in diesen Bereich gerutscht. Was aber auch nicht schlecht ist, weil die nochmal einen völlig anderen Blick auf Dokumentationen hat. Für dieses Team, in dem die arbeitet ist das sehr hilfreich. Die haben alle mindestens fünf Jahre Berufserfahrung. Und dann haben die unterschiedlichste Fachweiterbildungen. Mit denen könnten man sogar das ganze Krankenhaus übernehmen. Über Pflegedienstleitung, Heimleitung, Pflegeberater, Case Manager, alle zusätzlich irgendwelche Fachausbildung im Bereich intensiv Anästhesie, OP Pflege. Ein Teil auch mit einem Medizintechnik Studium. Das finde ich auch ganz spannend. Sie sind nicht alle zertifizierte Case Manager. Weil das

Unternehmen das nicht bezahlen will. Und dazu gehört dann ja auch, wenn wir das nach DGCC machen,
240 müssen die zu bestimmten Punkten freigestellt werden oder so. Solange das Unternehmen, das nicht mitgeht
für die ganze Berufsgruppe ist das schwierig. Einzelne haben sich aber aufgemacht und haben das für sich
gemacht. Also so ein Drittel ist zertifizierter Case Manager nach DGCC. Die sind aber alle zertifizierte
Codier Fachkräfte. Was in der Argumentation auf Augenhöhe ganz spannend ist, wenn der eine sagt: Der
muss unbedingt entlassen werden. „Nein, bis zur oberen Verwaltungsgrenze sind das noch fünf Tage. Und
245 genau die fünf Tage brauche ich, um das Setting zu Hause zu basteln.“ So, das ist spannend da an der Stelle.
Und die Berufserfahrung braucht es auch, weil die brauchen ein gewisses Standing im Gespräch mit den
Ärzten, die Pflegenden.

I: Vermutlich auch was Krankheitsgeschehen und Pflegebedürftigkeit und solche Dinge angeht. Ja. Okay.

A: Und was aber dazu gehört, für alle mindestens einmal im Jahr eine Fortbildung zum Thema
250 Pflegehilfsmittel, was gibt es Neues? Und da fahren wir hier dann zu einem der großen S1 Sanitätshäuser.
Und dann heißt es aber auch diesen ganzen Scheiß auszuprobieren. Wie fühlt sich das an, wenn man mit so
einer Treppensteighilfe unterwegs ist.

I: Also möglichst nahe dann am tatsächlichen, praktischen Geschehen in der Häuslichkeit oder wo eben auch
immer.

255 **A:** Die können immer nur so gut beraten wie sie wissen, was geht zu hause. Was kann man einsetzen.

I: Ja. Okay. Gut. Also von mir aus waren es das erstmal so alles Fragen. Wenn Sie noch irgendwas wissen
möchten, müssen, über die Arbeit, über das was ich so tue, dann dürfen Sie natürlich auch jede Frage stellen.

A: Ich fände es nur spannend die zu lesen, wenn sie denn fertig ist.

I: Das habe ich mir schon fast gedacht, würde ich Ihnen natürlich zur Verfügung stellen. Das ist gar kein
260 Problem. Würde sie Ihnen dann einfach per Mail zuschicken.

A: Ja klar.

I: Okay. Dann schließe ich jetzt hier das Interview.

Anhang D: Interview 2

I: Also, die erste Frage, die eigentlich für mich am wichtigsten ist, ist wie Sie das Case Management als Konzept verstehen und auch als Handlungskonzept verstehen, um das dann in den Alltag umzusetzen.

B: Also ich bin ja hier in einem universitären Setting tätig. Das heißt, im Prinzip verstehe ich unter diesem Handlungskonzept sowohl ein systemisches Arbeiten, was sich ergibt aus der Fallarbeit. Das heißt, es ist so
5 eine Mischung aus dem, was Sie mir als Unterlagen vorher gegeben haben. Also es hat natürlich was mit Fallsteuerung im System des Krankenhauses zu tun. Aber darauf aufbauend geht es im Grunde genommen um ein Handlungskonzept, wo auf Systemebene praktisch auch Prozessbrüche und Schwierigkeiten, mit denen wir uns durch andere Rahmenbedingungen auseinandersetzen müssen. Abläufe, die vielleicht auch nicht optimiert sind. Schnittstellen, die noch nicht so eng zusammengeführt sind. Also auf Systemebene das
10 zu identifizieren. Bis hin zu einer ökonomischen Auswirkung. So eine Mischform ist das für mich mittlerweile. Also kein eindeutiges Konzept, wo man

I: Ganz speziell hier im Setting des Klinikums oder (**B:** Genau.) des Krankenhauses. (**B:** Richtig.) Ja. Also könnten Sie auch nicht sagen, dass da speziell unterschieden wird zwischen einem zentralen Case Management, was nur systemisch die Fallarbeit steuert. (**B:** Das ist bei uns nicht.) Nicht?

15 **B:** Bei uns ist das nicht der Fall. Ich kenne solche Ansätze, wo man sozusagen das ganz deutlich trennt. Das ist hier auch vor dem Hintergrund, dass es ein bisschen eine gewachsene Struktur ist. Also man hat glaube ich vor vielen Jahren hier so angefangen, dass man eigentlich zuerst die Menschen umgesetzt hat, die hat anfangen lassen zu arbeiten. Und, dass daraus sozusagen ein Konzept entstanden ist. Es war nicht vor einigen Jahren hier jemand, der gesagt hat, das ist das Konzept. Sollen wir das so machen? Ja. Und dann werden so
20 nach und nach die Leute angedockt. Es ist aber mittlerweile von der Durchdringung eben in den meisten Kliniken hier vorhanden. Insofern ist das auch eine Aufgabe, die es für die Zukunft nochmal neu zu überdenken geht.

I: Also sehen Sie das auch so, dass es im Prinzip im klinischen Setting gar nicht möglich ist das so strikt voneinander zu trennen?

25 **B:** Ich glaube das ist-. In der Theorie ist das möglich. Im Alltag ist das schwierig. Weil wir einfach Strukturen haben, die total eng getriggert sind durch Verweildauern. Und, weil man sagen muss, hier sind 26, 27 kleine Krankenhäuser auf diesem Campus. Und jede Fachrichtung hat eine etwas andere Herausforderung. Das heißt nicht nur der Unterschied zwischen internistischen Bereichen, die einen anderen Verlauf haben für ihre Patienten. Und in chirurgischen Bereichen, wo sehr eng getaktet am OP-Plan orientiert die Abläufe
30 getaktet werden müssen. Sondern auch die Not-. Also das Auffangen von Notfällen, die ja anders sozusagen

in das System kommen. Und das Einfädeln von elektiven Patienten. Und das Ranking zwischen den Gruppen.

I: Ja. Okay. Sie haben gerade schon angesprochen, dass das Ankommen der Patienten, das ist auch eine sehr bedeutende, eine bedeutende Phase im Case Management. Also ist die Frage eigentlich, wie der Fall als
35 solcher hier ins System kommt. Und dann auch als Fall gesehen wird. Also ist die Frage, wie der Zugang der Patienten zum Case Management im Prinzip erfolgt.

B: Also hier im Haus ist es so, dass wir praktisch jeden elektiven Patienten sowieso sehen. Das heißt, der Zugang läuft über die elektive Planung vom Patienten. Und da erst mal für alle. Das heißt, wir haben keinen Ansatz, wo gefiltert wird, gefiltert wird, gefiltert wird und dann setzt das Case Management ein. Hier gibt es,
40 und das ist auch eine Überlegung für die Zukunft, ja auch einen Sozialdienst. Das ist auch meine tiefe Überzeugung, dass ja auch mit dem, sage ich mal, mit der Methode des Case Managements auch im Sozialdienst gearbeitet wird. Und die Kollegen setzen dann ein, wenn der Filter vorher drüber lag. So nach dem Motto, bei welchem Patienten gibt es ein komplexes Geschehen? Gibt es einen schwierigeren, Thema Entlassmanagement, Ablauf in der Poststationären Versorgung? Und die werden dann sozusagen über den
45 Sozialdienst mit begleitet. Meine Mitarbeiter, Patientenmanagement, so heißt es, das hier in S2, sind sozusagen für den kompletten Verlauf, auch das Einbinden des Sozialdienstes unter Umständen oder anderer ergänzender Berufsgruppen nochmal zuständig. Machen dann auch das Assessment zum Beispiel.

I: Ja. Das wäre so die nächste Frage gewesen. Ob es dann Instrumente gibt, mit denen die Patienten im Prinzip in der ersten Phase des Case Managements gescreent werden. (**B:** Genau.) Oder eben eine Anamnese
50 erstellt wird, um den ganzen Bedarf überhaupt erst mal zu ermitteln.

B: Genau. Wir haben also relativ, also finde ich, umfangreiche Screeninginstrumente, die sowohl den pflegerischen Bedarf abfragen als auch jetzt im Entlassmanagement sozusagen den poststationären Hilfebedarf antriggern. Wobei das Patientenmanagement diese Erhebung nur innerhalb der ersten also im ersten Aufnahmesetting macht. Danach wird das Scoring sozusagen weitergeführt über die Pflegekräfte auf
55 der Station. Das heißt, wenn der Zustand sich verändert und man hat einen Bedarf, der am Anfang nicht erkannt wird, dann wird das über die Station sozusagen getriggert, nachgepflegt. Genau.

I: Okay. Also führen die Pflegekräfte auf den Stationen auch eine gewisse Monitoringfunktion, die ja im Case Management auch von Bedeutung ist weiter?

B: Genau. Also was das Initialassessment betrifft, zum Beispiel Richtung Entlassmanagement, das muss die
60 Pflege sozusagen weiterführen.

I: Okay. Wie würden Sie denn beschreiben, dass der ja der gesamte Prozess des Case Managements umgesetzt wird? Können Sie konkret beispielhaft mal einen Ablauf schildern?

B: Ja. Also, ich sage jetzt mal so, vielleicht mal einen Ablauf, der so ganz klar dieses elektive Geschehen beschreibt. Jemand, der mit der Notwendigkeit einer Operation hier in der Ambulanz sich vorstellt, wird von
65 den Ambulanzärzten zunächst mal-. Unterschieden ist, dass ein Patient, der ambulant weitergeführt werden kann oder der einen stationären Aufenthalt braucht. Wenn die Notwendigkeit eines stationären Aufenthaltes ist, haben wir ein elektronisches Instrument entwickelt, wie sozusagen dann die ärztliche Einschätzung an den Case Manager weitergegeben wird. Sprich Daten des Patienten mit der Notwendigkeit, da ist eine Operation geplant. Welche Operation? Und wie lange wird die dauern? Wann muss die durchgeführt
70 werden? Gibt es bestimmte Voraussetzungen für den Operateur? Also, kann das nur einer? Weil das mit einem Computer gemacht-. Also oder mit einem Da Vinci Computer durchgeführt werden muss. Oder gibt es Einschränkungen, die patientenbedingt sind? Dass der im Grunde genommen nur unter bestimmten Voraussetzungen aufgenommen werden kann. Bis hin zu Vorerkrankungen. Medikation, die bedacht werden muss. Oder, oder, oder. Das sind alles Informationen, die meine Mitarbeiter dann sozusagen ins Handeln
75 umsetzen. Das heißt, die planen dann die OP. Planen die Intensivkapazität. Planen, ob ein Bett danach frei ist. Und nehmen dann mit dieser Planung sozusagen den Kontakt zum Patienten auf. Bei operativen Eingriffen ist es mittlerweile so, dass wir unterscheiden zwischen denen, die quasi auf jeden Fall vorher hier nochmal gesehen werden müssen. Und denen, wo die Diagnostik komplett vorher abgeschlossen werden kann und auch der gesamte administrative Teil vorher abgeschlossen werden kann. Das heißt, wir versuchen
80 eigentlich dazu überzugehen, dass die Menschen, die direkt operiert werden können, also die kommen morgens um sieben, sofort in den OP eingeschleust werden können. Das heißt, der ganze Teil administrative Aufnahme wird vorher geplant. Ist im Moment ein Pilotprojekt, was wir machen. Und auch die Prämedikationsambulanz, also die Aufklärung zur Operation, läuft vorher in einem terminierten Ablauf. Sodass der Patient nicht kommt und warten muss, sondern weiß, ich komme um acht Uhr muss ich in die
85 Aufnahme. Dann habe ich da meinen Termin. Der dauert eine viertel Stunde. Und eine dreiviertel Stunde später bin ich hier in der Prämedikationsambulanz, das ist auch hier auf dem Flur, und habe dort meinen Termin zum Aufklärungsgespräch für die Anästhesie.

I: Ja. Also steuern die Case Manager im Prinzip nicht nur die Aufnahme und die Entlassung, sondern auch im Prozess des stationären Aufenthalts weitere Diagnostik und Therapie? (**B:** Genau.) Oder dient das tatsächlich
90 nur der Aufnahme?

B: Nein, nein, nein. Ne, ne, das ist schon-. Die Diagnostik und Therapie wird von den Case Managern dann geplant. Und wir haben eben festgestellt, es gibt eine Diagnostik, die man im vorstationären Fall abbilden kann und durchführen kann. Oder in dem ambulanten Setting. Oder der Patient bringt bestimmte Daten vorher mit oder vorher bei, auf die man zurückgreifen kann. Sprich letztes EKG oder, oder, oder. Und das
95 wird koordiniert dann von meinen Leuten. Sodass im Prinzip, wenn der Patient aufgenommen wird, alles quasi komplett vorbereitet ist. Das ist der Idealfall. Sodass wir im Prinzip, wenn man weiß, das läuft darauf hinaus, dass es die und die DRG wird wahrscheinlich, auch eine ungefähre Verweildauer anpeilen können. Vorausgesetzt es passiert nichts Außerplanmäßiges.

I: Ja. Und wie würde sich das Ganze dann gestalten bei Notfallpatienten, die ungeplant herkommen?

100 **B:** Genau. Wir haben hier eine sehr große, zentrale Notaufnahme, die mittlerweile auch seit März, also ich bin seit Februar hier, seit März ist ein neuer Leiter der zentralen Notaufnahme da. Und wir strukturieren just in diesen Monaten jetzt auch im Grunde genommen genau den Teil auch um. Weil wir eben gemerkt haben, die Patienten, die als Notfälle kommen, und das sind immerhin ungefähr 40 am Tag, die auf die Kliniken sozusagen verteilt werden müssen. Das heißt, das sind Menschen, die wir nicht kennen, aber wo wir wissen, 105 dass sie kommen. Das heißt, wir haben sie als theoretische Fälle müssen wir sie mit führen, weil wir für die ja das Bett brauchen oder die Kapazität oder, oder, oder. Und in der Tat ist es nicht trivial, die einzufädeln ins System. Ich bin relativ sicher, dass wir für die Zukunft ein anderes System brauchen, diese Patienten nachzupflegen, wenn sie auf der Station sind. Weil im Grunde das, was vorher der Case Manager für die Elektiven perfekt geplant hat, ist für diese Menschen natürlich-. Die sind im Hintertreffen. Und ich gucke mir 110 jetzt im Moment gerade an, ob die Station es hinkriegt sozusagen von Seiten der Pflege das nachzujustieren, wenn der Patient schon auf Station ist. Und denke aber, dass das vermutlich auch eine Begründung sein kann, eine Rolle auf der Station nochmal zu implementieren, die genau dieses Klientel nochmal weiter oder konkret plant. Und gleichzeitig aber auch, das war Ihre Frage ja eben, wie wird das denn weiter gemonitort, wenn die Patienten auf der Station-. In S4 hatten wir eine Struktur, dass wir in Bereichen, wo sehr häufig eben auch 115 Notfälle kamen, auch ein sogenanntes Stations-Case Management hatten. Das haben wir hier jetzt so noch nicht.

I: Okay. Inwieweit wird dann der Patient in den gesamten Prozess einbezogen? Ja, natürlich ist er immer Ansprechpartner für alle Fragen. Aber die Frage ist, ob sich der Patient mehr der Lotsenfunktion des Case Managers unterordnet und sozusagen durch den Aufenthalt geschleust wird. Oder, ob er dann viel auch noch 120 beispielsweise für die nachstationäre Versorgung selber in die Hand nehmen muss.

B: Also in die Hand nehmen muss, das wollen wir eigentlich so weit wie möglich den Patienten erleichtern. Wenn er das selber will, dann endet natürlich für uns so ein Handlungsstrang. Ich sage jetzt mal, neueste Entwicklung, Rahmenvertrag Entlassmanagement. Die explizite Einwilligung eines Patienten in ein Entlassmanagement, also auch in die Weitergabe von Daten, ist ein Sachverhalt, der es für alle 125 Krankenhäuser bundesweit, aber eben auch für uns, nochmal notwendig gemacht hat, genau zu überlegen, wann stimmt eigentlich ein Patient welchem Handlungsstrang zu? Kann er zu dem Zeitpunkt, wenn er zustimmt schon übersehen, was alles auf ihn zukommt und worum es genau geht? Oder bauen Dinge aufeinander auf und man hat am Anfang eine ganz allgemeine Einwilligung im Idealfall und muss das modifizieren? Wenn sozusagen klar wird, okay es geht um eine Reha. Und es geht um die und die Klinik. 130 Und es geht um den und den Termin. Und um die Frage, wird jemand abgeholt? Wird jemand mit-? Also kann Begleitperson mit aufgenommen werden? Also je konkreter die Planung ist, desto mehr muss der Patient natürlich mitgenommen werden. Und das ist etwas, wo ich persönlich auf dem Standpunkt stehe, grundsätzlich jetzt mal, Rahmenvertrag hin oder her oder auch DSGVO, Datenschutzgrundverordnung hin oder her. Das ist generell ein ganz, ganz wichtiger Aspekt, sozusagen die Menschen, die sich uns 135 anvertrauen, im Verlauf zu begleiten. Bei allem. Also egal, ob man jetzt eine Operation plant oder eine Chemotherapie oder eine Entscheidung vor sich hat, zu sagen: „Stimmen Sie zu oder wollen Sie das anders?“

Das sind immer Dinge, wo es um eine ganz nahe Kommunikation geht. Und wir können ja leider nicht immer davon ausgehen, dass der Patient sozusagen der Ansprechpartner ist. Es gibt eben auch Patienten, die das gar nicht beurteilen können. Oder auch sagen: „Ich möchte das nicht alleine entscheiden. Meine Angehörigen sollen dabei sein.“ Oder ich habe einen gesetzlichen Betreuer. Ich darf aber alleine entscheiden. Der ist nur für den Bereich Finanzen oder wie auch immer. Das heißt, wir haben ja ganz viele sehr unterschiedliche Settings. Bis hin zu einer großen Kinderklinik, wo natürlich der Sachverhalt Sorgeberechtigte und, und, und, nochmal ein anderer ist. Und eben auch die Frage, zunehmend demenziell veränderte Patienten, die aber vielleicht noch nicht unter gesetzlicher Betreuung stehen. Wo also auch die Frage von gesetzlicher Vertretungsmacht eine ist, die man auch nicht manchmal so ohne weiteres schnell lösen kann.

I: Also würden Sie schon sagen, dass die Angehörigen also auch stark mit einbezogen werden (**B:** Unbedingt.) in den Prozess und auch eine wichtige Rolle dabei spielen?

B: Unbedingt. Es sei denn der Patient möchte das nicht. Dann gibt es natürlich auch unbedingt das Gegenteil, dass man sagt, dann bitte auch keine Infos weitergeben. Aber schon allein die Tatsache, dass auch manchmal Angehörige ja einen poststationären Versorgungsaufwand auch mit begleiten müssen, weil sie zum Beispiel vielleicht einen Koffer besorgen müssen mit den Sachen für die geplante Früh-Reha, die dann mit Direktverlegung erfolgt oder so.

I: Ja. Sie haben das Entlassmanagement ja eben schon angesprochen. Inwieweit steht da der Case Manager im Fokus? Ist er tatsächlich dafür zuständig? Oder ist das auch ein Bereich, der mit in die Handlungsbereiche der Pflegekräfte übergeht?

B: Also das ist sehr heterogen. Man muss sagen, entlassen wird ja eigentlich erst mal jeder. Und das Entlassmanagement auch, wie es der Gesetzgeber jetzt neu formuliert hat, ist ja in erster Linie unter Federführung des Arztes zu sehen. Das heißt Thema Arztbrief, Thema Medikation, Thema Verordnungswesen, ist ja ein ganz großes gewesen. Wir haben hier im Haus quasi eben auch festgestellt, auch in einer Projektgruppe, die schon etwas länger läuft, das ist insofern sehr heterogen, weil es Aspekte gibt, da muss zum Beispiel vorab eine Kostenzusage eingeholt werden. Da müssen vorab Planungen laufen, zeitlich auch sehr früh eingetütet. Stichwort, wir brauchen einen Termin in der Kurzzeitpflege. Wir brauchen vorher die Pflegegradfeststellung durch den medizinischen Dienst, der im Bereich Rheinland, wo wir hier sind, ja immer noch ins Haus kommt zur Begutachtung. Anders als in Westfalen. Und, und, und. Und diese Dinge müssen ja alle terminiert ablaufen. Da geht es eben auch so, dass man grundsätzlich sagen muss, der Unterschied ist, sobald es um Kostenzusagen geht, die eingeholt werden müssen, um Koordination von Terminabsprachen, Dokumentation, ist immer der Sozialdienst hier mit drin. Wenn es darum geht um Verlegung, zum Beispiel in die Geriatrie, wo wir vorab keine Kostenzusage brauchen, machen das meine Leute. Also der Patientenmanager. Und wenn es um Hilfsmittel geht, dann sind unter Umständen auch die Pflegeexperten mit drin.

I: Also wird dann automatisch ein Sozialdienst mit eingeschaltet in dem-? Oder-?

B: Dann wird ein Konsil mit ausgelöst, wenn der Hilfebedarf beim Assessment festgestellt wird.

I: Also das wird auch schon vorab quasi (**I:** Das wird bei dem-) durch den Case Manager-?

B: Richtig. Der Case Manager stellt den Hilfebedarf im Assessment fest. Sagen wir mal, es würde sehr früh schon absehbar sein. Dann stellt der sofort mit seinem Assessment auch das Konsil ins Netz und die Kollegen vom Sozialdienst können dann mit den Vorinformationen weiterarbeiten. So ist der theoretische Ablauf. Wenn man jetzt sagt, am Anfang war es nicht erkennbar. Und man ist praktisch mit dem Initialassessment ja durch. Dann würde die Initiative von der Station ausgehen. Und dann ist es Sache entweder der Pflegekräfte oder auch des ärztlichen Dienstes. Das können dann alle auslösen. Ist auch von den Berechtigungen wichtig.

180 **I:** Gut. Ja das wäre auch noch so eine Frage, die für mich wichtig ist. Ob es klare Verantwortlichkeiten gibt, eben was der Case Manager zu tun hat. Und ob diese dann eben auch so akzeptiert werden von beispielsweise den Sozialarbeitern oder aber auch den Pflegekräften, weil in den Konzepten, die ja aus der Sozialarbeit kommen, dieses Ganze immer so ein bisschen im naja sich gegenüber steht. Ob und wer da jetzt so zuständig ist.

185 **I:** Ja ich glaube diese Frage ist auch total wichtig, weil ich glaube, wenn das nicht klar ist, gibt es Konflikte. Wenn es klar ist, dann kann man sicherlich diskutieren über das ein oder andere. Aber dann dürfte das-. Der Konflikt im operativen Geschäft am Bett, den dürfte es eigentlich dann nicht geben. Man muss aber bei allem konzeptionell immer auch sagen, es ist sehr, sehr stark davon abhängig, wie jemand mit seinem Selbstverständnis die Rolle lebt. Also mit welcher Durchsetzungsstärke Kollegen an Ort und Stelle agieren.

190 Und mit welchem Respekt man anderen Berufsgruppen gegenübersteht. Weil meine Auffassung ist, es gibt Kollegen-. Also wer das Grundverständnis zu einer Fragestellung-. Wessen Grundverständnis am höchsten ist, auch durch die höchste Fachlichkeit, der sollte den Job machen. Das heißt, wenn es um Leistungen geht, wo sich verschiedene Sozialgesetzbücher sozusagen in einem abgestuften System ergänzend praktisch auch in Konkurrenz stehen. Wenn man sagen muss, okay wen sprechen wir jetzt eigentlich an, damit wir keinen

195 Fehler machen und es elend lange dauert, bis wir eine Kostenzusage haben? Wenn dazu die Fähigkeiten im Sozialdienst am höchsten sind, dann sollten die Kollegen vom Sozialdienst eingebunden sein. Wenn man sagt, diese Frage ist ganz unstrittig und wir müssen eigentlich nur dem Pflegedienst, der vorher schon da war, Bescheid sagen, dass der Patient am Dienstag kommt. Und es ist alles organisiert. Und wir brauchen nur noch eine Verordnung für häusliche Krankenpflege für zwei Tage. Dann ist das eine Sache, dafür braucht man

200 nicht den Aufwand eines Sozialkonsils. Und insofern versuchen wir jetzt auch hier mit der Überarbeitung unseres Konzeptes zu gucken, wo kann man vielleicht auch Zeit und Arbeit, sinnvollerweise Ressource auch sparen, weil sie an anderer Stelle mehr gebraucht wird? Und wie können die Kollegen sich möglichst gut die Bälle zuspieren? Also auch ganz eng in Fallkonferenzen zum Beispiel miteinander sozusagen durchsprechen, wie weit sind wir in welchem Stadium? Und auch da gucken, dass man das Ganze auch eingebunden mit

205 Pflege, mit ärztlichem Dienst, vielleicht mit Physiotherapie, vielleicht mit dem Controlling, zusammen abgleicht Sozialarbeit und Case Management. Und wir haben so Konstrukte hier auf dem Gelände in

einzelnen Fachbereichen, wo wir diese Fallkonferenzen einmal in der Woche abhalten. Und ich finde, das ist ein sehr vernünftiger Ansatz, eine sehr vernünftige Lösung.

I: Ja. Und so auf jeden Fall alle Berufsgruppen, die mit in den Prozess involviert sind, wozu ja-. Also in den stationären Aufenthalt, wozu ja dann eben nicht nur die Diagnostik und Therapie gehören. Wie Sie ja schon gesagt haben, auch beispielsweise das Controlling ist ja für so eine Klinik jetzt auch nicht unwichtig.

B: Zumal man eigentlich immer, wenn der Patient schon weg ist merkt, oh das ist schlecht gelaufen, weil wir haben das Geld nicht bekommen. Wir haben Abschläge gehabt. Und daraus müssen wir ja irgendwie auch einen Lerneffekt herstellen. Dass man sagt, okay, die Konstellation des Falles auf Systemebene ist, bei dem und dem Sachverhalt müssen wir so und so agieren. Und müssen auf das und das achten, damit wir sozusagen auch erlöstechnisch, und da sind wir dann bei der Systemebene, möglichst ohne eine Einschränkung auch hier unsere Kosten hinterher wieder erwirtschaften. Ja weil die Leistung ist ja erbracht. Da können wir nichts mehr dran ändern.

I: Ja, genau. Gut. Wo würden Sie noch Probleme und Herausforderungen für die Zukunft sehen?

B: Ich glaube die größte Herausforderung ist, dass solche Stellen, zum Beispiel wie im Case Management, die tauchen ja in keiner Personalbedarfsplanung auf zum Beispiel. Das heißt, in der Regel ist die Problematik, entweder sind es Pflegestellen, die umgewidmet werden. Dann hat man aber die Kollegen auch nicht mehr am Bett. Man braucht aber jemanden, der sozusagen die Expertise hat, um zu wissen, wo, was die Problematik auf Station ist. Und man braucht jemanden, der quasi auch refinanziert werden kann. Weil wenn ich hier von Station eine Leistung wegnehme, der von den Case Managern bezahle, der dann aber dafür sorgt, dass die Betten voll sind. Dass also eigentlich der Durchlauf höher wird und man dann mehr Pflegekräfte braucht. Beißt sich die Katze in den Schwanz. Das heißt auch da klare Finanzierungskonzepte. Und mit diesen Modellen, die es ja gibt, durchaus gucken, wo wird Arzt entlastet? Also worauf man auch aus dem ärztlichen Budget sozusagen einen Kostenfaktor X, der da rüber wandert. Und wie kann man möglichst auch im Controlling, im Personalcontrolling diese Stellen eindeutig abbilden?

I: Ja also überwiegend ein berufspolitisches Problem.

B: Das ist die eine Sache, die ich glaube, die sehr, die langfristig ein großes Ziel ist. Und wenn ich jetzt mir überlege, was für Ihre Arbeit jetzt auch eine Frage ist, alle anderen Probleme, die man manchmal, die so hausgemacht sind, sage ich mal. Da müssen wir Hausaufgaben machen. Das kann kein anderer für uns lösen. Da muss man sich hinsetzen mit dem Klinikdirektor und muss immer wieder ins Gespräch gehen, weil natürlich die Protagonisten auch immer wieder wechseln. Und mit jedem neuen Klinikdirektor, der kommt oder mit jeder neuen Mitarbeiterin in meinem Team ergeben sich neue Konstellationen, die dann wieder auch in gewisser Hinsicht auch wieder neu ausgehandelt werden. Und Thema Verweildauern. Thema jetzt zum Beispiel nach einem solchen Streik, der natürlich einen riesen Verlust gemacht hat. Ungefähr zehn Wochen Streik. Können Sie sagen, das können wir in diesem Jahr überhaupt nicht mehr auffangen. Im nächsten Jahr

wahrscheinlich auch nicht. Müssen natürlich auch nochmal Prozesse neu angeguckt werden. Können wir irgendwas daran effizienter gestalten? Und so weiter. Und da sehe ich eben auch eine große Aufgabe für das Case Management. Sich maximal einzubringen. Vor allen Dingen auch in Veränderungsprozesse, die im Haus stattfinden.

245 **I:** Ja. Sie haben im Vorgespräch auch schon angedeutet, dass es im Prinzip eine Limitation des theoretischen Konzeptes gibt. Können Sie da nochmal zwei, drei Sätze zu sagen? Also, dass das Konzept nicht in dem Umfang im klinischen Bereich so umgesetzt werden kann oder zumindest nicht wird.

B: Ja also, ich sage mal so, wenn man die Arbeitsfelder, in denen Case Management eine Rolle spielt in der heutigen Zeit, nebeneinander legt, dann ist ja im Prinzip, sage ich mal, von der reinen Lehre quasi auch eine
250 Begleitung des Klienten. Mit einem Monitoring, mit einer, sage ich mal, wie im-. Ich sage mal, wie so ein KVP bei einem im QM. Mit so einem kontinuierlichen Verbesserungsprozess, wo man Dinge einigt und wieder neu bewertet und so weiter. Und das bedeutet einfach, dass man auch eine gewisse Form des Vertrauensverhältnisses hat. Eine gewisse Form der Länge der Begleitung eines Klienten. Und das ist natürlich was, was wir in so einem Setting Krankenhaus vielleicht in wenigen Bereichen haben. Aber in den
255 meisten eben nicht. Das heißt Verweildauern von sechs, sieben Tagen zwingen uns im Prinzip wirklich eng getaktet und auch sehr stark unter dem Fokus, was ist monetär möglich? Gucken, dass es für Patienten so einfach wie möglich und mit so wenig, sage ich mal, Reibungsverlusten wie möglich praktisch durch dieses Setting geht. Und mit einem sehr weiten Blick, den der Patient am Anfang für sich selber ja auch nicht hat, weil er nicht weiß, was auf ihn zukommen kann. Und ihn dabei zu begleiten, ist eben dann schon die
260 Herausforderung, die das System limitiert an der Stelle. Gleichzeitig gibt es Patienten, die als chronische Patienten in einem großen Haus immer wieder kommen. Und, wo man immer wieder auch anknüpfen kann an vorherige Aufenthalte. Und sinnvollerweise sicherlich guckt, was haben wir am Anfang der Erkrankung gedacht bei der ersten Diagnose? Wie hat sie sich entwickelt? Ich sage mal, an Tumor erkrankte Patienten, transplantierte Patienten, Menschen mit chronischen Erkrankungen im neurologischen Bereich, deren Verlauf
265 ja auch begleitet wird von den Kollegen, die dann auch über die Jahre hoffentlich auch langfristig hier tätig sind. Und dann die Patienten auch kennen. Da kann man natürlich anknüpfen.

I: Gut. Meine letzte Frage ist eigentlich nur noch, wie sehen Sie so die Zukunftschancen für das Case Management als Versorgungssystem im Bezug auf die Verbesserung der Versorgungsqualität für die Patienten?

270 **B:** Ich sehe-. Also, ich sage mal so, es ist ja nicht mehr ganz modern. Es ist nicht mehr so hip. Eine Zeit lang hat jeder das Wort im Mund gehabt. Dann ist es verändert worden. Wir heißen jetzt hier Patientenmanager, weil man sich von dem Begriff Case Management irgendwie distanzieren wollte. Es gibt Abteilungen, die heißen völlig anders. Es gibt Abteilungen, die haben den Sozialdienst einverleibt und nennen das Case Management. Machen aber das, was der Sozialdienst macht und keine Aufnahmeplanung. Das heißt, je
275 sauberer sozusagen man in dem Konzept ist, was vorherrscht, desto mehr Zukunftschancen sehe ich persönlich. Gleichzeitig damit verbunden aber auch eine berufspolitische Weiterentwicklung, zu gucken,

okay, wie kann man sich zertifizieren lassen? Nicht nur als Case Manager, sondern vielleicht auch mit einer Abteilung. Dass man sagt, so hier, wir machen das nach dem und dem Schema. Das sind unsere Qualitätsziele. So, das bilden wir ab. Und das lassen wir uns vielleicht auch nochmal von der DGCC
280 zertifizieren irgendwann. Das sind ja alles Überlegungen für die Zukunft, die dann auch ein Qualitätsmerkmal und einen Stempel geben könnten. Gleichzeitig, glaube ich, ist die große Aufgabe, nicht in Konkurrenz zu treten zu anderen. Sondern gemeinsam zu gucken, wie können wir gemeinsam die Aufgaben, die in einem solchen Setting wie Krankenhaus einfach notwendigerweise gelöst werden müssen, wie kann man die gemeinsam mit einer möglichst hohen Expertise hinkriegen? Und da sind wir jetzt schon so auf so
285 einem Weg, wo man nicht mehr gegeneinander agiert, sondern wirklich versucht im Schulterschluss. Da sehe ich eine große Chance, muss ich ganz ehrlich sagen. Aber das ist auch das, was ein Gesetzgeber will. Interprofessionalität, Multiprofessionalität. Und da glaube ich, dass man im Bereich Case Management, egal, ob da jetzt zum Teil auch medizinische Fachangestellte mit drin sind, Pflegekräfte, Sozialarbeiter. In meinem Team zum Beispiel ist es eine Mischung. Da haben wir auch Kollegen, die aus diesen Settings mit dieser
290 Expertise hier tätig sind. Das ist ein gutes Konstrukt. Ich habe im Moment keine Alternative, ehrlich gesagt.

I: Gut. Also von mir aus wäre es das dann schon. Haben Sie noch irgendwelche Fragen zum Projekt? Irgendwelche-.

B: Nö. Also ich würde mich total freuen, wenn Sie-. (Telefon klingelt) Jetzt muss ich mal einmal ran gehen. Sorry. B. Stationäres Patientenmanagement. Hallo Frau T. (6 Sek.) Die kriegen Sie. Kein Problem. Ja, das
295 kann ich machen. Also sagen Sie mir einmal, soll ich Ihnen die per E-Mail schicken? (10 Sek.) Das mache ich gerne. Das ist auch ganz hilfreich, weil bei uns dann ja auch vielleicht doch nochmal ein bisschen zielgerichteter auch die Dinge ankommen. Genau, die Namen. Ich würde Ihnen das auch komplett schicken. Ich sage jetzt mal, im Moment allerdings mit einer theoretischen Liste. Man muss halt immer sagen, die Telefonnummern zu den Kliniken passen. Wenn jemand zum Beispiel in Urlaub ist oder sowas, dann ist eine
300 Vertretung. Dann ist es ein anderer Name. Das ist aber für Sie ja unstrittig oder uninteressant. Genau, richtig. Genau. Darauf wollte ich hinaus. Genau. Umgeschaltet oder jemand anders sitzt da oder hat den Funk oder wie auch immer. Genau. Perfekt. Ja, mache ich gerne. Kein Problem. (5 Sek.) Herrn S.? Okay. Nein, dann ist es natürlich ganz, ganz alt. Ach ja. Nein, dann-. Ja. Ja, schauen Sie. Dann kann ich Ihnen einiges neues bieten. So machen wir es. Klasse Frau T. Alles Liebe. Danke. Tschüss. So. Ja, also mich würde natürlich
305 interessieren sozusagen, wie dann auch Ihre Masterarbeit hinterher gelaufen ist. (**I:** Natürlich.) Ganz klar. Aber eben auch vielleicht, wenn Sie ein Exemplar hätten, würde ich mich total freuen.

I: Na klar. Das könnte ich Ihnen also auch per E-Mail dann zukommen lassen.

B: Genau. Und Sie kommen aber in Ihrem ersten Leben? Sie haben sofort studiert? Oder haben Sie auch irgendwie so eine Affinität zum Krankenhaus?

310 **I:** Ich habe ein duales Studium in der Pflege gemacht. (**A:** Ah, okay.) Also ich bin gelernter Krankenpfleger und habe-. (**B:** -den Bachelor so gemacht.) Genau, den Bachelor gleichzeitig in Bielefeld gemacht. Und der

Bachelor heißt da auch Gesundheits- und Krankenpflege. Und dann ein Jahr oder eineinhalb Jahre (**B**: Gearbeitet.) erst stationär gearbeitet und dann-. Das mache ich jetzt auch im Moment nebenbei wieder. Und ja, danach das Masterstudium angefangen.

315 **B**: Interessant. Interessant. Ja Mensch, und Sie möchten aber hier in der Ecke auch bleiben? Oder-?

I: Am liebsten ja. Mal sehen.

B: Ja Mensch, (**I**: Auf jeden Fall.) das wäre ja spannend. Also ich sage jetzt mal so, wenn Sie Interesse haben oder eben auch sagen, vielleicht-. Also meine Idee ist schon, ich möchte natürlich hier den Laden auch weiter entwickeln. Klar. Und ich merke eben auch, an mancher Stelle braucht es auch diesen Unterbau eines
320 Studiums. Also viele Kollegen haben, das hatten Sie jetzt noch nicht gefragt, aber das ist ja auch eine Frage, wie qualifiziert sind die Kollegen? Die kommen in der Regel haben die bestimmte Fachweiterbildungen gemacht, sind also ganz häufig Stationsleitung gewesen und so weiter. Und haben dann aber, das streben wir an alle, die DGCC zertifizierte Weiterbildung. Die, die wirklich am Bett arbeiten, haben das so. Und ich glaube aber, dass es eben auch kein Nachteil ist, wenn man durch ein Studium auch nochmal eine etwas
325 andere, klarere Struktur hat, vielleicht auch Dinge aufzubereiten und zu Papier zu bringen.

I: Ja. Das denke ich auch.

B: Also insofern bin ich sehr gespannt, was bei Ihnen jetzt so rauskommt.

I: Ich auch. Okay. Dann danke ich Ihnen erst mal vielmals für die Bereitschaft. Das ist nicht selbstverständlich. Und ich würde-.

330 **B**: Ja. Aber ich hoffe, dass es Ihnen hilft. Und, dass Sie vor allen Dingen auch mit diesem, sage ich jetzt mal, mit dem Thema, was ja auch, sage ich mal, ein total spannendes ist, vor allen Dingen mit dieser Einschränkung für ein Bundesland. Muss man ja auch mal ein bisschen gucken. Wobei, warum haben Sie sich für Nordrhein-Westfalen-? Weil Sie hier her kommen oder-?

I: Genau. Einfach aufgrund der Heimatnähe. (**B**: Ja, gut. Das ist-.) Und dem Wunsch in Zukunft auch, (**B**:
335 Hier wieder in der Nähe zu wohnen.) wenn möglich hier in der Nähe irgendwie-.

B: Aber sonst, wenn Sie da, ich sage jetzt mal, wenn Sie auch Spaß hätten hier in Düsseldorf irgendwas zu suchen, lassen Sie mich das gern mal wissen. (**I**: Okay.) Oder Ihren Lebenslauf oder wie auch immer.

I: Ja. Okay. (**B**: Ja schön.) Gut, dann beende ich damit das Interview. (**B**: Jawohl.).

340

Anhang E: Interview 3

I: Gut, also dann wäre die erste Frage für mich, Sie du das Case Management als Konzept an sich verstehst?

C: Also als Erstes auch erst mal als problemorientiertes Handlungskonzept. Wenn ein Patient aufgrund einer Erkrankung oder nach einer OP halt, zum Beispiel.- Ich mach das jetzt immer mit Beispielen. (**I:** Sehr gern.) - Übelkeit hat oder bei der Nahrungsaufnahme Probleme hat, ist das halt so, dass wir dann zum Beispiel die
5 Ernährungsberatung hinzuziehen, als Fachkraft, quasi. Also, das das Problem halt bei dem Patienten in den Griff bekommen wird, dass er angeleitet wird. Ja dann immer als klientenzentriertes Versorgungskonzept. Also wir begleiten die Versorgung bei den Patienten und-. Also nicht jeder Patient braucht ein Case Management. Es gibt halt bestimmte Patientengruppen, die auf jeden Fall vom Case Management begleitet werden sollten. Das sind onkologische Patienten, zum Beispiel, die wir ja auch vorwiegend haben. Also die
10 brauchen auf jeden Fall Unterstützung. (Tonstörung) Alle Patienten erhalten bei uns ein Entlastungsmanagement. Da werden wir dann halt auch nochmal aktiv, aber dann bei den Patienten auch eher am Ende nochmal. (**I:** Ja, hm) Genau wir versorgen halt hier vorwiegend onkologische Patienten, Patienten mit chronischen Wunden. Wir haben ja hier den Schwerpunkt an der K3 Transplantation, also alle TX-Patienten, werden bei uns nochmal mit einbezogen. Palliative Patienten mit einer infausten Prognose, dann
15 halt auch, die Unterstützung benötigen. Patienten mit einem hohen Lebensalter, oder die zum Beispiel nach einer Amputation eine bestimmte Hilfsmittelanpassung für zu Hause benötigen. Da werden wir dann halt auch-. Wir treten dann quasi auch in Kraft.

I: Also Sie haben ja jetzt schon ein paar Patientengruppen, ja, beschrieben. Gibt es denn konkrete Kriterien hier von der Klinik, die dann einen Patienten dazu führen, dass er im Case Management übernommen wird?
20 Also in Konzept, Intake-Kriterien. Gibt das hier sowas auch oder wird das (**C:** Also im Stations-) Diagnose-spezifisch eher gemacht?

C: Im Stations-Case-Management ist es halt so, dass der Anteil der Notfälle über halt 30% liegen muss und halt eine hohe Fallkomplexität vorliegen muss, eine hohe Untersuchungsichte der Patienten. Das ist halt so, das Klinik-Case-Management unterscheidet sich ja zwischendurch noch einmal so ein bisschen von uns. Die
25 planen quasi den Aufenthalt vor. Und wenn auf der Station oder in der Behandlung weitere Diagnostik angemeldet werden muss, übernehmen wir das halt auch teilweise. Das müssen die Ärzte nicht mehr machen. Immer da wo eine hohe Anzahl von Akteuren halt im Spiel ist, also Ernährungsberatung, Physiotherapeuten, Psychoonkologen, da nehmen wir halt dann Anteil. Und immer dann wenn für zu Hause ein großer Unterstützungsbedarf vorliegt.

30 **I:** Also unterscheidet sich hier nochmal das Stations-Case-Management vom systemischen-. (**C:** Ja, von diesem zentralen Case-Management.) Genau. (**C:** Genau.) Also sind Sie tatsächlich in der Fallbegleitung des Patienten von der Aufnahme über den Aufenthalt hier für und bei dem Patienten zuständig?

C: Genau, auf der Station. Die Vorplanung macht das Kliniks-Case-Management.

I: Was heißt dann Vorplanung?

35 **C:** Also wir-. Also diese Vorplanung, die Aufnahmeplanung des stationären Aufenthaltes, die -. Das Kliniks-Case-Management informiert die Patienten über den Aufnahmetag, die Terminfindung und ja stimmt ärztlich angeordnete Diagnostik halt ab, weil viele Sachen halt auch nicht an einem Tag zusammenlaufen sollten. Wenn zum Beispiel Bettruhe eingehalten werden muss. Die machen quasi so ein bisschen die Vorplanung. Wen der Patient dann bei uns hier auf die Station kommt, dann ist es so, dass wir den dann quasi im Empfang
40 nehmen und dann so ein erstes Kennenlernen und eine erste Sichtung des Patienten durchführen.

I: Gibt es dann ein spezielles Instrument, was für die Anamnese oder ein Screening genutzt wird oder -.

C: Also das Kliniks-Case Management macht noch einmal so ein sogenanntes Aufnahme-Assesement. Also die fragen die Patienten bestimmte Sachen ab, zum Beispiel ob ein Pflegegrad vorliegt, ob jemand, ja sag ich mal, allein lebt oder aus einem Heim, also aus einer Pflegesituation heraus zu uns kommt. Genau, da ist auch
45 noch ein (essicher?) Anteil mit bei, bei dem Fragebogen, damit einfach noch einmal sichergestellt wird, wie hoch bei Aufnahme der Bedarf ist.

I: Ja und wenn Sie dann hier die Patienten in Empfang nehmen, wie sind dann so die weiteren Schritte im Verlauf? Sie haben ja schon gesagt, dass die Diagnostik geplant wird und was passiert dann noch weiter? Zusammen auch mit dem Patienten?

50 **C:** Ja also erst einmal sind wir halt Ansprechpartner des Patienten bei Eintritt dann in diesen stationären Raum hier. Wir müssen als Erstes mal so diese administrativen Sachen auch noch hier oben aufnehmen. Also Hausärzte, das ist immer so ein ganz großes Manko. Das wird halt so auch oft schon auch vergessen nachzupflegen. Genauso wie aktuelle Telefonnummern. Dann weisen wir dem Patienten hier oben ein Bett zu. Also meine Kollegen und ich übernehmen dann hier oben komplett die Bettensteuerung. Auch in
55 Absprache dann mit unserem Kliniks-Case Management, weil die natürlich auch noch von anderen Kliniken Patienten annehmen. Wir lotsen die Patienten durch die Vordiagnostik. Also die haben natürlich schon so ein paar Termine, die durch das Kliniks-Case Management geplant worden sind. Und kommunizieren dann halt mit den Ärzten was, in welche Richtung das bei dem Patienten geht, zum Beispiel auch nach einer OP. Wir begleiten die Visite mit. Da ergeben sich ja dann auch viele Sachen nochmal raus. Wann die Entlassung zum
60 Beispiel irgendwann auch wieder stattfindet, ob irgendwelche Komplikationen aufgetreten sind. Dann einfach nochmal mit den Angehörigen auch, dass man den Bedarf der post-stationären Versorgung auch nochmal klärt. Viele Leute leben ja doch alleine, oder die Angehörigen wohnen halt nicht gerade in der Nähe und die brauchen dann doch Unterstützung für zu Hause. Ja und wir binden auch noch andere Leistungserbringer hier in der Klinik ein. Also wir melden zum Beispiel Ernährungsberatung, Psycho-
65 Onkologie, bei den onkologischen Patienten, an. Die Diabetes-Beratung. Das soll so sein, dass jeder Diabetiker hier noch einmal so ein Diabetes-Konsil bekommt. Einfach noch einmal zur Überprüfung, ob alles

gut eingestellt ist, mit dem Insulin oder den Tabletten. Ja und natürlich auch außerhalb die Leistungserbringer, also Apoth-

I: Das wär die nächste Frage gewesen. Welche Akteure dann noch außerhalb, also, Kontakt zu Ihnen oder Sie
70 zu denen Kontakt eben aufnehmen?

C: Also das ist im Grunde so, wir schalten auch oft den Sozialdienst ein. Wir geben dann quasi eine elektronische Meldung raus an den Sozialdienst. Und wenn es zum Beispiel um eine Reha geht oder um einen Pflegegrad oder um eine Höherstufung des Pflegegrades. Wenn es um eine häusliche Versorgung im Pflegedienst geht, eher so in Richtung Grundpflege, dann übernimmt das der Sozialdienst. Wenn es aber so
75 in Richtung Behandlungspflege geht, also zum Beispiel Stummelversorgung, generell Wundversorgung oder Ernährung, also parenterale Ernährung. Dann organisieren wir das. Wir besprechen dann natürlich uns erst mal mit dem Patienten, ob schon ein Pflegedienst halt vorliegt oder bekannt ist, durch Angehörige oder Patienten selber. Wir suchen den Pflegedienst dann auch. Das heißt wir rufen aktiv bei dem Pflegedienst dann an. Stellen quasi den Patienten kurz vor und versuchen ihn dann natürlich da anzubinden. Das ist mal
80 leichter, mal schwieriger. Genau. Dann nehmen wir mit Hausärzten oft Kontakt auf. Zum Beispiel bezüglich Physiotherapie, dass die das halt weiterschreiben zu Hause. Medikamentenbestellung und Materialbestellung machen wir halt über die Apotheken. Wir stellen Rezepte aus. Entlassungsrezepte gibt es ja jetzt seit letztem Jahr im Oktober neu. AU's, Formulare für Haushaltshilfen füllen wir aus. Also wir machen schon recht viel, das ist sehr gefächert.

85 **I:** Also übernehmen Sie für den Patienten verschiedene Funktionen. In der Theorie des Case-Managements würde man jetzt vor Allem von der Vermittlungs- und anwaltschaftlichen (**C:** Genau.) Funktion sprechen. Also Sie treten da schon für die Interessen ein, aber führen auch naja Vermittlungen zu anderen Akteuren durch?

C: Genau. Und ich ebne auch den Weg, oder den Zugang zu anderen Leistungen, die dem Patienten halt
90 einfach auch zustehen. Ich ebne da so ein bisschen auch den Weg.

I: Haben Sie dabei dann auch Kontakt zu den Krankenkassen und auch zu den weiteren Leistungserbringern eben, indem Sie da für den Patienten sprechen und im Prinzip, wie Sie schon gesagt habe, die Leistungen, die ihm auch zustehen da durchbringen?

C: Durchzusetzen, ja. Das ist oft bei Hilfsmitteln halt ein Problem. Gerade was in der Wundversorgung so
95 vorliegt. Wir haben-. Also ich kann jetzt ein einfaches Beispiel nennen. Patienten, die Wunden haben, die oft, ja, viel Sekret produzieren. Anstatt man da dann fünf, sechs Mal am Tag einen normalen Verband mit Kompressen macht, legen wir, oder ist es hier geläufig, einen Drainagebeutel drauf. Das sind die Urostoma-Beutel. Die sind aber eigentlich vom Medizinproduktegesetz halt wirklich nur für Urostoma halt vorgesehen. Und das dann bei den Kassen durchzusetzen ist halt manchmal sehr schwierig.

100 **I:** Ja. Ok. Sie haben eben auch schon angesprochen, dass es ein, ja, für den Patienten, eine große Anzahl an Akteuren schon hier, während des Aufenthaltes, gibt. Ist es da schwierig, klare Verantwortlichkeiten des Case-Managers als so zentralen Ansprechpartner zu sehen? Kommt es da zu Konflikten oder ist das (**C:** Nein, eigentlich-) mehr Teamarbeit?

C: Also das ist schon Teamarbeit, aber wir sind halt schon Vermittler zwischen diesen ganzen Akteuren.

105 Also klar, dass der Eine seine Interessen eher im Vordergrund sieht, als der Andere, ist ganz klar. Sie sollen die-. Also die Patienten sollen ja auch irgendwann, recht zügig mittlerweile, ja wieder nach Hause gehen, aber das geht natürlich nur, wenn die zu Hause auch gut versorgt sind. Und deshalb, da müssen wir schon Rücksprache oft halten. Also Kommunikation ist wirklich das A und O hier. Also eigentlich gibt es da keine Schwierigkeiten.

110 **I:** Also kann man auch sagen, dass Sie, dass auch für Ihre Kollegen aus der Pflege, für Sie eine klare Verantwortlichkeit für eben die Kommunikation unter den verschiedenen Berufsgruppen besteht. Natürlich werden die ja wahrscheinlich auch mit den Ärzten, Physiotherapeuten, Sozialarbeitern-.

C: Ja. Natürlich, aber die sind ja nicht direkt greifbar. Wir sind der erste Ansprechpartner, nur um mal so ein paar Infos rauszukitzeln. Und die haben natürlich auch alle ihre eigenen Aufgaben. Aber wenn es jetzt

115 wirklich so den Fall an sich, den Patientenfall an Sich angeht, kommen die meisten Leute wirklich zu uns als Erstes.

I: Und diese Rolle wird auch von allen Kollegen so vollumfänglich akzeptiert oder gibt es-. Können Sie da von Erfahrungen berichten, wo man sagen würde, die Kollegen aus der Pflege, die sehen das da dann so, dass sie quasi nochmal so einen Vormund haben, bevor Sie als, ja, auch Profis, die den Patienten tagtäglich sehen,

120 ja da dann im Prinzip nicht so über den Patienten berichten können?

C: Nein, eigentlich nicht. Also es wird von Allen super angenommen. Das als Erstes. Man musste sich natürlich erst mal so etablieren hier, musste sich auch erst einmal einen Namen machen. Die Ärzte vor Allem müssen erst einmal sehen, was man überhaupt für eine Verantwortung, für eine Planung übernehmen kann. Und ja auch erst einmal so die ersten Erfolge erkennen, bei den Patienten. Wenn die mit einer kompletten

125 Versorgung nach Hause gehen, und dass sie im Grunde genommen nicht mehr, also im besten Fall, gar nicht wiederkommen. Oder zeitlich längerem Abstand.

I: Also das ist ja das Ziel, dass man den Patienten möglichst gut versorgt. (**C:** Kein Drehtüreffekt.) Genau, den Drehtüreffekt zu vermeiden. (**I:** Ja.) Ok. Bei der Implementierung, beziehungsweise, Sie haben gesagt, bei den ersten Erfahrungen, sich einen Namen zu machen, war das da ein Problem? Oder ging das relativ

130 schnell, dass von allen anderen Berufsgruppen verstanden wurde, dass es Sie gibt und was Sie eben auch tun?

C: Also ich hatte den Vorteil, meine Kollegin hat vor mir angefangen. Das heißt, die hat quasi die Vorarbeit geleistet. Ich hatte jetzt überhaupt keine Probleme. Ich glaube, das geht auch eher manchmal so in das

Persönliche, dass Sie, ja, die Verantwortungsbereitschaft eines Jeden dann erst mal so kennenlernen müssen. Und jetzt, also, die kommen also wirklich immer mit allen Sachen zu uns.

135 **I:** Ok. Also ist das eher eine Problematik, die auf einer persönlichen Ebene zwischen Einzelnen besteht, aber nicht grundsätzlich in der Funktion, die das Case-Management übernimmt?

C: Also in der Funktion auf keinen Fall. Und persönlich jetzt, also ich jetzt persön-. Für mich jetzt persönlich nicht, also ich glaub mit mir hat jetzt weiter Keiner ein Problem. Aber wenn jemand Neues kommt, dann ist man, glaub ich, auch oft erst mal misstrauisch und man muss sich erst mal so ein bisschen beweisen, darum
140 geht es eher, glaub ich.

I: Gut. Die nächste Frage, die ich noch hätte, ob Sie hier weitere Herausforderungen für die Umsetzung des Case-Managements sehen? Beziehungsweise auch Weiterentwicklungsmöglichkeiten, aus Ihrer persönlichen Erfahrung. Inwieweit Sie das Konzept, das ja als ein ganz großer Begriff dargestellt wird, ein Idealbild darstellt, was man ja nicht vielleicht zu hundert Prozent umsetzen kann?

145 **C:** Also ich glaube die Anforderungen an das Case Management, die wachsen und wachsen und wachsen, weil die Patienten ja immer älter und kränker werden. Also ich glaub schon, dass da viel Luft noch nach oben ist. Das Case Management soll hier im Hause in der Zukunft wohl auch noch ausgedehnt werden, damit die Absprachen halt auch besser sind. Das ist halt-. Man hat einen Ansprechpartner, man weiß genau in dem anderen Haus, wer für den Patienten zuständig ist vom Case Management. Also meine Motivation ist hier
150 auch gleichbleibend hoch eigentlich. Also ich persönlich arbeite in dem Feld sehr gerne. Man lernt viele Menschen kennen und die Arbeit mit den anderen Berufsgruppen, die ist halt total interessant. Wenn man dann wirklich am Ende sieht, wie die Patienten nach Hause gehen, in was für einen Zustand. Und wenn man die auch Monate vielleicht zu einer Kontrolluntersuchung nochmal wieder sieht. Also ich habe soweit keine negativen Erfahrungen. Das ist-. Wir haben ein ganz großes Team. Wir sind uns untereinander auch
155 behilflich, das kann man nochmal sagen. Und, ja mir persönlich-. Für mich persönlich, ich find es gut, wenn man viel Verantwortung übernimmt, auch für den Patienten. Wenn die Vorarbeit halt quasi nicht stimmt, dann ist das Outcome für den Patienten halt auch eher reduzierter.

I: Ja. Und gibt es irgendwo Dinge, die Sie irgendwie stören? Oder wo Sie sagen würde, da könnte man noch was verbessern oder verändern? Um dann auch die Qualität für den Patienten nochmal zu steigern? In, wie
160 auch immer, administrativen Anforderungen, persönlichen oder auch durch, in Unterstützung durch die Klinik?

C: Also kann ich jetzt überhaupt nichts so negatives zu sagen. Wir haben ja jetzt, wie gesagt, seit Anfang, oder nein, seit Ende letzten Jahres, dieses Initial-Assessment, wo durch das Kliniks-Case Management schon viele Merkmale bei den Patienten gesetzt werden. Also Pflegegrad, ja, nein. Angehörige, Betreuung. Das ist
165 auch einfach schon mal viel Vorarbeit für uns, was wir sonst früher immer aus den Patienten rauskitzeln mussten, oder aus den Angehörigen. Also das ist schon wirklich ein sehr, sehr guter Weg.

I: Und sehen Sie da vielleicht auch eine Notwendigkeit, das als, im Prinzip in eine Person zu fassen? Sprich, dass klinische und das stationäre Case Management, als ein Mitarbeiter zu führen, um wirklich einen kompletten (C: Also ich finde das schon-.) Rundumblick zu schaffen?

170 **C:** Ich finde das schon sehr gut, wie es jetzt so läuft, weil die Vorplanung-. Also an sich ist dieser ganze Behandlungsablauf wirklich sehr vollumfänglich. Und die Planung, dass das bei dem, dass die Verantwortlichkeit bei dem Kliniks-Case Management liegt, finde ich schon sehr, sehr gut. Und das wir dann wirklich hier, auf der Station, den Behandlungsverlauf des Patienten begleiten, bis hin zu Entlassung und auch was danach kommt, finde ich auch sehr gut aufgeteilt. Das in eine Person zu packen, ist glaube ich, sehr
175 schwierig.

I: Ok. Eine Frage hätte ich nochmal zu der Patientenorientierung. Inwieweit wird der Patient in den gesamten Prozess so mit einbezogen? Natürlich wird der Patient um Zustimmung gebeten. Der Patient wird über sein soziales Umfeld befragt, aber gibt es noch weitere Sachen, wo der Patient mit in den Prozess eingebunden wird?

180 **C:** Also es wird alles immer Ressourcenorientiert auch, also auch an den Gemeinzustand des Patienten angepasst. Also der hat am Ende wirklich das letzte Wort. Also wenn wir aktiv werden, meine Kollegin und ich, gerade wenn es um Entlassungen geht, müssen wir natürlich die schriftliche Einwilligung des Patienten haben. Das ist ja jetzt durch die Krankenkassen so festgelegt. Immer wenn Daten quasi an Dritte rausgehen, dann müssen wir uns erst mal die Einverständnis holen, dass er dem Ganzen erst mal zustimmt, dass wir was
185 organisieren dürfen. Er hat darüber Entscheidung welchen Pflegedienst wir nehmen. Entweder hat er einen Bestimmten, wie gesagt, von vorher schon, den er wiederhaben möchte oder sagt, ist mir eigentlich egal, ich möchte einen guten, auf jeden Fall einen guten Pflegedienst, der das macht. Da hat er die letzte Entscheidungsfindung. Auch bei Sanitätshäusern, welche Apotheke. Das dürfen wir halt nur patientenorientiert machen und das finde ich auch gut so.

190 **I:** Also hat der Patient im Prinzip natürlich jederzeit ein Mitspracherecht. Das sollte ja Grundvoraussetzung sein, aber auch bei allen vermittelnden Diensten, Funktionen hat er ein Mitspracherecht? Genauso wie hier im Bezug auf Diagnostik und Therapie?

C: Es gibt natürlich gerade was so Ernährungsberatung angeht, das ist eine, wie gesagt, eine Beratung, die kann man auch natürlich ablehnen. Bei bestimmten Krankheitsbildern macht es halt Sinn bestimmte
195 Leistungen anzufordern. Das ist aber auch nur alles nach Absprache. Wenn sowas aktuell ansteht, dann biete ich dem Patienten das erst mal in einem kurzen, persönlichen Gespräch an und warte dann auf die Reaktion. Entweder, also die Meisten nehmen es natürlich immer an. Aber zum Beispiel bei dem psychoonkologischen Dienst, den wir ja auch bei Krebspatienten mit hinzuziehen, ist es halt auch oft so, dass die Patienten sagen, wir haben kein Gesprächsbedarf. Dass sie es dann selber mit sich ausmachen. Finde ich, also, ist auch ok. Es
200 ist nur ein Angebot. Aber das sie das Gefühl haben, dass man die natürlich auch bei dem Krankheitsprozess unterstützt.

I: Genau. Also diese Patientenbegleitung dann tatsächlich stationär hier tagtäglich, oder wenn man sich vielleicht auch nicht jeden Tag sieht, aber-.

C: Also ich sehe meine Patienten jeden Tag. (**I:** Ok.) Ich bin morgens zur Visite da und den ganzen Tag.

205 **I:** Gut. Dann hätte ich noch ein Frage. Sehen Sie, jetzt im stationären Bereich vor Allem, starke Limitationen, die Ihre Arbeit irgendwie einschränken?

C: Also hier im stationären Umfeld gar nicht, so was hier diese Einrichtung auch angeht. Das überhaupt nicht. Schwierig wird es immer mal wieder bei Krankenkassen, weil Krankenkassen sich natürlich auch irgendwie so ein bisschen zentral positionieren. Da gibt es eine Servicenummer, da kann man denn anrufen.

210 Erst mal der Weg zu Krankenkasse, den erst mal zu ebnen. Es gibt ganz viele Leute bei der Krankenkasse, aber oft fühlt sich halt auch keiner zuständig, dann erst mal den richtigen Ansprechpartner zu finden, da geht immer viel Zeit drauf. Das ist sehr schwierig.

I: Aber institutionell hier würden Sie jetzt sagen, dass (**C:** Nein.) Sie da auch von höheren Stellen die Unterstützung erhalten und auch den Zuspruch, dass Sie ein erfolgreicher Teil, im Prinzip, der Versorgung
215 der Patienten sind?

C: Ja. Ich glaube wir haben alle das gleiche Ziel und deshalb legt man uns da auch so keine Steine in den Weg. Also kann ich wirklich Nichts Negatives zu sagen. Wir wollen alle, dass die Patienten gut versorgt sind. Und dann auch so nach Hause gehen.

I: Ok. Ja als letzte Frage, die haben Sie ja eben schon ein bisschen mit beantwortet. Die persönliche
220 Motivation haben Sie eben schon angesprochen und auch Ihre Erfahrungen. Also grundsätzlich haben Sie gesagt, sind die Erfahrungen gut damit. Wo liegen so die größten positiven Outcomes für die Patienten und auch für Sie?

C: Ja. Also für die Patienten, die müssen-. Also es wird viel Arbeit, glaube ich, durch das Case Management abgenommen. Ob es jetzt für die Ärzte ist, oder auch für die Patienten. Die müssen sich, sag ich jetzt mal
225 salopp so, wirklich um nichts kümmern. Die gehen vollversorgt nach Hause. Die kommen am Ende neben einer Pflegedienstorganisation, die verordnen mit, die Medikamente für den nächsten Tag, Entlassrezepte. Wir kümmern uns um die Taxifahrt nach Hause, oder den Transport. Die Weiterbehandlung, Geriatrien. Also die gehen wirklich auch immer zufrieden hier weg. Und für mich selber ist es halt einfach schön zu sehen, dass die Patienten halt voll versorgt sind zu Hause. Die kommen nicht mehr wieder. Dieser Drehtür-Effekt.
230 Für mich persönlich ist es einfach ein schönes Arbeiten, ich gehe immer gerne zur Arbeit. Es gibt auch mal anstrengendere Tage, mal weniger anstrengendere Tage. Man lernt viele Menschen einfach kennen, auch aus anderen Ländern. Wir haben viele ausländische Patienten. Sehr interessant.

I: Aber grundsätzlich würden Sie sagen, dass die Erfahrung für Sie überwiegend positiv sind und das vor Allem auch, ja, damit zusammenhängt, wie das Ziel der Patientenversorgung verfolgt wird? (**C:** Ja.) Also

235 sehen Sie großes Potenzial in dem Konzept, auch im stationären Bereich, für die Zukunft der Patientenversorgung?

C: Ja auf jeden Fall. Also das wird alles sehr komplexer, wie gesagt, in der Zukunft, wenn die Patienten älter werden und kränker werden. Ich finde es auch gut, wenn man Patienten neue Wege ein bisschen eröffnen kann. Wenn zum Beispiel, aufgrund einer Diagnose, die Entlassung halt nicht so läuft, aber man trotzdem
240 weitere Lösungen halt sucht und die dem Patienten anbieten kann.

I: Also sehen Sie auch eine Spezialisierung der Case-Manager auf einen bestimmten medizinischen Bereich, wie jetzt beispielsweise die Chirurgie oder die Transplantationschirurgie, als nochmal einen spezielleren Bereich? Oder die Kardiologie (**C:** Ja, das auf jeden Fall.) als positiveren Effekt für den Patienten?

C:- Patienten. Ja Jederzeit.

245 **I:** Haben Sie noch irgendwelche Fragen für mich? Haben Sie alle Fragen so beantwortet, die für mich wichtig waren, Sie fragen haben, einfach fragen.

C: An sich-. Das ist jetzt für eine Masterarbeit? (**I:** Ja genau.) Genau. Bekommt die unsere Chefin auch irgendwie zu lesen, oder bekommt-. (**I:** Die Frau B.? Ja.)

I: Ja die hat darum gebeten, dass Sie die Ergebnisse bekommt und die werde ich natürlich zur Verfügung
250 stellen. (**C:** Ja, super.) Ich kann sie Ihnen auch mailen, wenn Sie wollen. (**C:** Ja, gerne.) Kein Problem. (**C:** Das würde mich interessieren.) Na klar. (**C:** Doch.) Kein Problem.

C: Und Ansonsten-.

I: Ok. Dann schließ ich jetzt hier das Interview.

Anhang F: Extraktionstabelle

Extraktionstabelle

Kategorie	Textstelle	Zeilen
1: ⁵	<p><i>Interview 1:</i></p> <p>A: Wir sind hier eher auf der Seite des Systemagenten unterwegs. Das wir sagen, wir haben die bestimmten Diagnosen. Daraus ergeben sich die Verweildauern und innerhalb dieser Verweildauer versuchen wir für den Patienten stationär das bestmögliche Setting auf die Beine zu stellen. So also, eher getriggert von den Ökonomischen Gedanken: Patient ist hier, nimmt hier die Leistung in Anspruch und verlässt uns wieder, um dann für den Nachsorgebereich gucken wir, was los ist.</p> <p>I: Also steuern Sie in dem Fall auch die stationäre Behandlung hier im Bezug auf Diagnostik, Therapie.</p> <p>A: Steuern nicht unbedingt, wir begleiten die. Aber steuern nicht unbedingt, [...].Also von daher können wir begleitende Hinweise geben, aber nicht selber steuern.</p> <p>I: Also gibt es hier keine Unterscheidung in ein zentrales Case Management und ein stationäres Case Management auf den Stationen direkt?</p> <p>A: Auf den Stationen nein. Wir haben ein zentrales Case Management. Das sind insgesamt 32 Mitarbeiter. Die aufgeteilt sind in eher konservative Fächer oder eher operative Fächer. Weil sie einfach da die Fachexpertise dann auch haben. Und dann ihre Kliniken beraten. Aber zentral gesteuert werden aus dem Geschäftsbereich Medizin und nicht auf den einzelnen Stationen tätig sind.</p>	<p>(Z 1-11)⁶</p> <p>(Z. 13-18)</p>
	<p><i>Interview 2:</i></p> <p>I: Also, die erste Frage, die eigentlich für mich am wichtigsten ist, ist wie Sie das Case Management als Konzept verstehen und auch als Handlungskonzept verstehen, um das dann in den Alltag umzusetzen.</p> <p>B: Also ich bin ja hier in einem universitären Setting tätig. Das heißt, im Prinzip verstehe ich unter diesem Handlungskonzept sowohl ein systemisches Arbeiten, was sich ergibt aus der Fallarbeit. Das heißt, es ist so eine Mischung aus dem, was Sie mir als Unterlagen vorher gegeben haben. Also es hat natürlich was mit Fallsteuerung im System des Krankenhauses zu tun. Aber darauf aufbauend geht es im Grunde genommen um ein Handlungskonzept, wo auf Systemebene praktisch auch Prozessbrüche und Schwierigkeiten, mit denen wir uns durch andere Rahmenbedingungen auseinandersetzen müssen. Abläufe, die vielleicht auch nicht optimiert sind. Schnittstellen, die noch nicht so eng zusammengeführt sind. Also auf</p>	

⁵ Die Ziffern in der Kategoriespalte beziehen sich auf die zuvor entwickelten Kategorien, die Bezeichnungen der Kategorien sind am Ende der Tabelle noch einmal aufgeführt.

⁶ Die Angaben in den Klammern sind Zeilenangaben aus den Transkripten der Interviews, um entsprechende Textstellen zu belegen.

	<p>Systemebene das zu identifizieren. Bis hin zu einer ökonomischen Auswirkung. So eine Mischform ist das für mich mittlerweile. Also kein eindeutiges Konzept, wo man</p> <p>I: Ganz speziell hier im Setting des Klinikums oder (B: Genau.) des Krankenhauses. (B: Richtig.) Ja. Also könnten Sie auch nicht sagen, dass da speziell unterschieden wird zwischen einem zentralen Case Management, was nur systemisch die Fallarbeit steuert. (B: Das ist bei uns nicht.) Nicht?</p> <p>B: Bei uns ist das nicht der Fall. Ich kenne solche Ansätze, wo man sozusagen das ganz deutlich trennt.</p> <p>I: Also sehen Sie das auch so, dass es im Prinzip im klinischen Setting gar nicht möglich ist das so strikt voneinander zu trennen?</p> <p>B: Ich glaube das ist-. In der Theorie ist das möglich. Im Alltag ist das schwierig. Weil wir einfach Strukturen haben, die total eng getriggert sind durch Verweildauern. Und, weil man sagen muss, hier sind 26, 27 kleine Krankenhäuser auf diesem Campus. Und jede Fachrichtung hat eine etwas andere Herausforderung. Das heißt nicht nur der Unterschied zwischen internistischen Bereichen, die einen anderen Verlauf haben für ihre Patienten. Und in chirurgischen Bereichen, wo sehr eng getaktet am OP-Plan orientiert die Abläufe getaktet werden müssen. Sondern auch die Not-. Also das Auffangen von Notfällen, die ja anders sozusagen in das System kommen. Und das Einfädeln von elektiven Patienten. Und das Ranking zwischen den Gruppen.</p>	<p>(Z. 1-15)</p> <p>(Z. 22-30)</p>
	<p><i>Interview 3:</i></p> <p>C: Also als Erstes auch erst mal als problemorientiertes Handlungskonzept. Wenn ein Patient aufgrund einer Erkrankung oder nach einer OP halt, zum Beispiel.- [...] Übelkeit hat oder bei der Nahrungsaufnahme Probleme hat, ist das halt so, dass wir dann zum Beispiel die Ernährungsberatung hinzuziehen, als Fachkraft, quasi. Also, das das Problem halt bei dem Patienten in den Griff bekommen wird, dass er angeleitet wird. Ja dann immer als klientenzentriertes Versorgungskonzept. Also wir begleiten die Versorgung bei den Patienten und-. [...] Es gibt halt bestimmte Patientengruppen, die auf jeden Fall vom Case Management begleitet werden sollten.</p> <p>C: Im Stations-Case-Management ist es halt so, dass der Anteil der Notfälle über halt 30% liegen muss und halt eine hohe Fallkomplexität vorliegen muss, eine hohe Untersuchungsdichte der Patienten. Das ist halt so, das Kliniks-Case-Management unterscheidet sich ja zwischendurch noch einmal so ein bisschen von uns. Die planen quasi den Aufenthalt vor.</p> <p>I: Also unterscheidet sich hier nochmal das Stations-Case-Management vom systemischen-. (C: Ja, von diesem zentralen Case-Management.) Genau. (C: Genau.) Also sind Sie tatsächlich in der Fallbegleitung des Patienten von der Aufnahme über den Aufenthalt hier für und bei dem Patienten zuständig?</p> <p>C: Genau, auf der Station. Die Vorplanung macht das Klinks-Case-Management.</p> <p>I: Ok. Eine Frage hätte ich nochmal zu der Patientenorientierung. Inwieweit wird der Patient in den gesamten Prozess so mit einbezogen? Natürlich wird</p>	<p>(Z. 2-8)</p> <p>(Z. 21-24)</p> <p>(Z. 29-32)</p>

	<p>der Patient um Zustimmung gebeten. Der Patient wird über sein soziales Umfeld befragt, aber gibt es noch weitere Sachen, wo der Patient mit in den Prozess eingebunden wird?</p> <p>C: Also es wird alles immer Ressourcenorientiert auch, also auch an den Gemeinzustand des Patienten angepasst. Also der hat am Ende wirklich das letzte Wort. Also wenn wir aktiv werden, meine Kollegin und ich, gerade wenn es um Entlassungen geht, müssen wir natürlich die schriftliche Einwilligung des Patienten haben.</p> <p>C: Da hat er die letzte Entscheidungsfindung. Auch bei Sanitätshäusern, welche Apotheke. Das dürfen wir halt nur patientenorientiert machen und das finde ich auch gut so.</p>	<p>(Z. 170-175)</p> <p>(Z. 180-182)</p>
<p>2</p>	<p><i>Interview 1:</i></p> <p>A: [...] innerhalb dieser Verweildauer versuchen wir für den Patienten stationär das bestmögliche Setting auf die Beine zu stellen.</p> <p>A: Steuern nicht unbedingt, wir begleiten die.</p> <p>I: Okay. Im operativen Bereich, welche Aufgaben übernehmen die Case Manager da dann ganz konkret?</p> <p>A: Zum einen die behandlungsbegleitende Codierung und zum anderen aber die Organisation von Hilfsmitteln, ambulanten Diensten, Begleitung bei Visiten mit Hinweisen auf zu Hause ist alles fertig, oder fehlt noch eine Untersuchung. Also immer diese beiden Aspekte. Auf der einen Seite Codierung, Abbildung medizinisches Geschehen und Dokumentation. Und auf der anderen Seite Organisation, nach Hause, was braucht es?</p> <p>I: Okay. Also übernimmt der Case Manager dann verschiedene Funktionen auch für den Patienten. Welche würden Sie da hauptsächlich benennen?</p> <p>A: Zum einen ist es ein Großteil Beratung. Was geht überhaupt? Da nicht immer nur mit dem Patienten, sondern auch mit der Familie oder Bezugspersonen. Oder auch Betreuern. Und zum anderen dann aber tatsächlich auch mit dem Patienten und dem Kostenträger, aussuchen von anderen Akteuren, welcher ambulante Dienst soll es sein? Weil an der Stelle weiß der Patient oft nicht, was sein Kostenträger für Absprachen mit ambulanten Diensten beispielsweise hat. Das Wunsch- und Wahlrecht ist ja nicht ausgehebelt.</p> <p>A: Der soll dann auch eingeschaltet werden, wenn der Patient einen anderen will, muss er sich im Klaren darüber sein, dass möglicherweise Differenzkosten auf ihn zukommen. (Z. 31-33)</p> <p>A: Ansonsten aber, wenn es tatsächlich darum geht: Patient geht nach Hause und wir haben versucht alles aufzustellen und der Patient erlebt dann zu hause nochmal irgendwas, dann sind wir raus. Ist ein anderer Sektor. Dann sind wir nicht mehr zuständig.</p> <p>A: Jeder Patient, der hier stationär aufgenommen wird, wird gescreent nach Blaylock Risk Score und je nach Punktwert, werden die Patienten direkt dem Sozialdienst zugeleitet. Oder dem Case Management zugeführt. Jeder stationäre, erwachsene Patient.</p>	<p>(Z. 4-5)</p> <p>(Z. 9)</p> <p>(Z. 19-23)</p> <p>(Z. 24-30)</p> <p>(Z. 38-40)</p>

	<p>I: Also es gibt Screenings, also ein Screeninginstrument, das als Assessment dient und -?</p> <p>A: Ja, und das monitoren wir auch, dass machen die Pflegenden. Ob das geschieht oder nicht. Und wir haben die Anforderung, tatsächlich innerhalb der ersten 24 Stunden stationärer Aufenthalt die Patienten zu screenen und dann entsprechend zu melden.</p> <p>A: Blaylock bietet sich an. Und damit machen wir das Ganze. Das ist so die eine Gruppe der Patienten, die aufgenommen werden, gescreent werden von den Pflegenden und uns dann auch gemeldet werden. Das Ganze dann auch elektronisch über das Krankenhausinformationssystem. Eine andere Gruppe von Patienten taucht im Case Management auf, manchmal auch beim Sozialdienst, die sind gescreent worden. Haben aber da keinen Bedarf erkennen lassen. Und dann sagt ein Arzt bei der Visite, der sollte sich da aber doch mal zeigen. Da ist irgendwas nicht in Ordnung. Und dann wird über den Weg quasi angeordnet das Case Management oder Sozialdienst vorbeikommt. Oder aber die Patienten, die keinerlei Bedarf irgendwo gezeigt haben, kommen vorbei und sagen: „Ich bin hier gerade. Ich habe da mal eine Frage.“ Also aus Selbstantrieb. (I: Eigeninitiative.) Genau. Das sind so die drei Gruppen, mit denen wir uns dann beschäftigen. Manchmal kommen dann auch Angehörige und sagen: „Meine Mutter liegt jetzt bei Ihnen oder mein Vater oder wie auch immer.“ Irgendwas klappt da nicht mehr zu Hause, können wir da mal gemeinsam gucken. Das ist so die Gruppe der Selbstaufsuchenden.</p> <p>A: Wir sind ja mit dem Rahmenvertrag Entlassmanagement dann verpflichtet uns Einverständniserklärungen einzuholen. Wollen die Patienten überhaupt, dass wir was für Sie tun? [...]Und wenn die Patienten gesagt haben: „Ja, wir wollen das ihr irgendwas tut.“ Dann gibt es eben die nächsten Schritte und da sind wir dann, wenn es nach Hause geht und pflegerischer Bedarf erhoben werden muss mit dem Nursing-Needs Assessment Instrument unterwegs und haben da das nächste gerichtete Instrument mit dem Case Manager dann gucken: Was ist es denn eigentlich genau, was wir brauchen? Und beim Sozialdienst ergibt sich ein Großteil der Aufgaben aus sozialrechtlichen Anforderungen.</p> <p>A: [...] und daraus die genaue Bedarfserhebung gemacht wird.</p> <p>I: Ja. Und die erfolgt dann im Prinzip im Hauptprozess über das Entlass Management?</p> <p>A: Mhm. (Bejahend.)</p> <p>I: Da werden dann die Schritte-, also werden dann die Schritte geplant vom Tag der Entlassung bis dann in den Übergang in die Häuslichkeit?</p> <p>A: Beziehungsweise Vorbereitung der Entlassung. Wenn es darum geht, dass zu Hause irgendwelche wohn Umfeld anpassenden Maßnahmen zwingend erledigt werden müssen, bis der Patient nach Hause gehen kann.</p> <p>A: Liegen die Patienten etwas länger hier, damit das zu Hause vorbereitet werden kann. Da ist es dann auch so, dass die Case Manager dann auch als Entlassungsverhinderer dann auftreten, weil die sagen: Das Umfeld ist noch nicht bereit jetzt, wir können noch nicht entlassen. So. Das muss dann</p>	<p>(Z. 44-50)</p> <p>(Z. 57-68)</p> <p>(Z. 71-79)</p> <p>(Z. 82-89)</p>
--	---	---

	<p>immer eng mit dem Kostenträger rückgesprachen werden. Damit wir auf der anderen Seite dann nicht Verweildauerüberschreitungen haben. Oder die erklären können, warum wir die haben. Also von daher: Vorbereitung, beziehungsweise dann aber auch tatsächlich Organisation und mitteilen: Dann und dann entlassen wir den Patienten, dann muss zu Hause alles parat sein.</p> <p>A: Und von daher ist schon klar, dass man da miteinander arbeiten muss</p> <p>A: Und wir haben in verschiedenen Fachkliniken auch genau dazu die Entlass-Besprechungen. Da kommen Arzt, Pflegekraft, Sozialdienst, Case Manager, manchmal noch irgendein Therapeut regelhaft zusammen und besprechen, können wir entlassen, können wir nicht entlassen? Und da ist die Expertise eines jeden Einzelnen gefordert. Da wird dann auch gesagt: Lieber Doktor, ich kann noch nicht entlassen, du hast mir die entsprechende Bescheinigung noch nicht ausgefüllt. Solange du das nicht tust mache ich nichts. So also. Da sind neue Ärzte immer sehr überrascht: „Wie, machen Sie nichts?“ „Nein, ich kann hier nicht arbeiten. Weil mir fehlt da ja entsprechendes Arbeitsmaterial.“ „Achso. Ja gut.“</p> <p>A: Also, in S1 sind das beispielsweise: Die Seniorenbüros, die Pflegeberatungsstellen, die ambulanten Dienste, das Essen auf Rädern, der Hausnotruf, die Intensivpflegedienste, aber auch Tagesstätten, die ganzen Heime, die es so gibt. Einzelne Rehakliniken, niedergelassene Praxen. Sowohl Physiotherapeuten, als auch Ergotherapeuten, Logopäden, als aber auch verschiedenste Ärzte. Möglicherweise Fachärzte. Ehrenamtler, Gemeinden, die Familien. All die können bei ein und demselben Patienten zum Einsatz kommen. Dazu kommen nochmal so Instanzen wie sämtliche Ämter und aber auch wir haben hier eine große Kinderklinik, Kinderschutzbund. Und all diese Bereiche sind dann auch nochmal dabei. [...] Also dafür stricken Sie dann mal ein Konstrukt. Da haben sie viele, viele Akteure am Start.</p> <p>A: [...] Krankenhausbehandlung ist ein kurzer Zeitraum [...].Aber das ganze Drumherum, dass muss gebastelt werden.</p>	<p>(Z. 91-97)</p> <p>(Z. 111-112)</p> <p>(Z. 117-123)</p> <p>(Z. 186-196)</p> <p>(Z. 203-214)</p>
	<p><i>Interview 2:</i></p> <p>B: Es ist aber mittlerweile von der Durchdringung eben in den meisten Kliniken hier vorhanden. Insofern ist das auch eine Aufgabe, die es für die Zukunft nochmal neu zu überdenken geht.</p> <p>B: Und jede Fachrichtung hat eine etwas andere Herausforderung. Das heißt nicht nur der Unterschied zwischen internistischen Bereichen, die einen anderen Verlauf haben für ihre Patienten. Und in chirurgischen Bereichen, wo sehr eng getaktet am OP-Plan orientiert die Abläufe getaktet werden müssen. Sondern auch die Not-. Also das Auffangen von Notfällen, die ja anders sozusagen in das System kommen. Und das Einfädeln von elektiven Patienten. Und das Ranking zwischen den Gruppen.</p> <p>I: Ja. Okay. Sie haben gerade schon angesprochen, dass das Ankommen der Patienten, das ist auch eine sehr bedeutende, eine bedeutende Phase im Case</p>	<p>(Z. 20-21)</p> <p>(Z. 26-30)</p>

	<p>Management. Also ist die Frage eigentlich, wie der Fall als solcher hier ins System kommt. Und dann auch als Fall gesehen wird. Also ist die Frage, wie der Zugang der Patienten zum Case Management im Prinzip erfolgt.</p> <p>B: Also hier im Haus ist es so, dass wir praktisch jeden elektiven Patienten sowieso sehen. Das heißt, der Zugang läuft über die elektive Planung vom Patienten. Und da erst mal für alle. Das heißt, wir haben keinen Ansatz, wo gefiltert wird, gefiltert wird und dann setzt das Case Management ein. Hier gibt es, und das ist auch eine Überlegung für die Zukunft, ja auch einen Sozialdienst. Das ist auch meine tiefe Überzeugung, dass ja auch mit dem, sage ich mal, mit der Methode des Case Managements auch im Sozialdienst gearbeitet wird. Und die Kollegen setzen dann ein, wenn der Filter vorher drüber lag. So nach dem Motto, bei welchem Patienten gibt es ein komplexes Geschehen? Gibt es einen schwierigeren, Thema Entlassmanagement, Ablauf in der Poststationären Versorgung? Und die werden dann sozusagen über den Sozialdienst mit begleitet. Meine Mitarbeiter, Patientenmanagement, so heißt es, das hier in S2, sind sozusagen für den kompletten Verlauf, auch das Einbinden des Sozialdienstes unter Umständen oder anderer ergänzender Berufsgruppen nochmal zuständig. Machen dann auch das Assessment zum Beispiel.</p> <p>I: Ja. Das wäre so die nächste Frage gewesen. Ob es dann Instrumente gibt, mit denen die Patienten im Prinzip in der ersten Phase des Case Managements gescreent werden. (B: Genau.) Oder eben eine Anamnese erstellt wird, um den ganzen Bedarf überhaupt erst mal zu ermitteln.</p> <p>B: Genau. Wir haben also relativ, also finde ich, umfangreiche Screeninginstrumente, die sowohl den pflegerischen Bedarf abfragen als auch jetzt im Entlassmanagement sozusagen den poststationären Hilfebedarf antriggern. Wobei das Patientenmanagement diese Erhebung nur innerhalb der ersten also im ersten Aufnahmesetting macht. Danach wird das Scoring sozusagen weitergeführt über die Pflegekräfte auf der Station. Das heißt, wenn der Zustand sich verändert und man hat einen Bedarf, der am Anfang nicht erkannt wird, dann wird das über die Station sozusagen getriggert, nachgepflegt. Genau.</p> <p>I: Okay. Also führen die Pflegekräfte auf den Stationen auch eine gewisse Monitoringfunktion, die ja im Case Management auch von Bedeutung ist weiter?</p> <p>B: Genau. Also was das Initialassessment betrifft, zum Beispiel Richtung Entlassmanagement, das muss die Pflege sozusagen weiterführen.</p> <p>I: Okay. Wie würden Sie denn beschreiben, dass der ja der gesamte Prozess des Case Managements umgesetzt wird? Können Sie konkret beispielhaft mal einen Ablauf schildern?</p> <p>B: Ja. Also, ich sage jetzt mal so, vielleicht mal einen Ablauf, der so ganz klar dieses elektive Geschehen beschreibt. Jemand, der mit der Notwendigkeit einer Operation hier in der Ambulanz sich vorstellt, wird von den Ambulanzärzten zunächst mal-. Unterschieden ist, dass ein Patient, der ambulant weitergeführt werden kann oder der einen stationären Aufenthalt braucht. Wenn die Notwendigkeit eines stationären Aufenthaltes ist, haben wir ein elektronisches Instrument entwickelt, wie sozusagen dann die ärztliche Einschätzung an den Case Manager weitergegeben wird. Sprich Daten des Patienten mit der Notwendigkeit, da ist eine Operation geplant. Welche Operation? Und wie lange wird die dauern? Wann muss die</p>	
--	--	--

	<p>durchgeführt werden? Gibt es bestimmte Voraussetzungen für den Operateur? Also, kann das nur einer? Weil das mit einem Computer gemacht-. Also oder mit einem Da Vinci Computer durchgeführt werden muss. Oder gibt es Einschränkungen, die patientenbedingt sind? Dass der im Grunde genommen nur unter bestimmten Voraussetzungen aufgenommen werden kann. Bis hin zu Vorerkrankungen. Medikation, die bedacht werden muss. Oder, oder, oder. Das sind alles Informationen, die meine Mitarbeiter dann sozusagen ins Handeln umsetzen. Das heißt, die planen dann die OP. Planen die Intensivkapazität. Planen, ob ein Bett danach frei ist. Und nehmen dann mit dieser Planung sozusagen den Kontakt zum Patienten auf. Bei operativen Eingriffen ist es mittlerweile so, dass wir unterscheiden zwischen denen, die quasi auf jeden Fall vorher hier nochmal gesehen werden müssen. Und denen, wo die Diagnostik komplett vorher abgeschlossen werden kann und auch der gesamte administrative Teil vorher abgeschlossen werden kann. Das heißt, wir versuchen eigentlich dazu überzugehen, dass die Menschen, die direkt operiert werden können, also die kommen morgens um sieben, sofort in den OP eingeschleust werden können. Das heißt, der ganze Teil administrative Aufnahme wird vorher geplant. Ist im Moment ein Pilotprojekt, was wir machen. Und auch die Prämedikationsambulanz, also die Aufklärung zur Operation, läuft vorher in einem terminierten Ablauf. Sodass der Patient nicht kommt und warten muss, sondern weiß, ich komme um acht Uhr muss ich in die Aufnahme. Dann habe ich da meinen Termin. Der dauert eine viertel Stunde. Und eine dreiviertel Stunde später bin ich hier in der Prämedikationsambulanz, das ist auch hier auf dem Flur, und habe dort meinen Termin zum Aufklärungsgespräch für die Anästhesie.</p> <p>I: Ja. Also steuern die Case Manager im Prinzip nicht nur die Aufnahme und die Entlassung, sondern auch im Prozess des stationären Aufenthalts weitere Diagnostik und Therapie? (B: Genau.) Oder dient das tatsächlich nur der Aufnahme?</p> <p>B: Nein, nein, nein. Ne, ne, das ist schon-. Die Diagnostik und Therapie wird von den Case Managern dann geplant. Und wir haben eben festgestellt, es gibt eine Diagnostik, die man im vorstationären Fall abbilden kann und durchführen kann. Oder in dem ambulanten Setting. Oder der Patient bringt bestimmte Daten vorher mit oder vorher bei, auf die man zurückgreifen kann. Sprich letztes EKG oder, oder, oder. Und das wird koordiniert dann von meinen Leuten. Sodass im Prinzip, wenn der Patient aufgenommen wird, alles quasi komplett vorbereitet ist. Das ist der Idealfall. Sodass wir im Prinzip, wenn man weiß, das läuft darauf hinaus, dass es die und die DRG wird wahrscheinlich, auch eine ungefähre Verweildauer anpeilen können. Vorausgesetzt es passiert nichts Außerplanmäßiges.</p> <p>I: Aber die Frage ist, ob sich der Patient mehr der Lotsenfunktion des Case Managers unterordnet und sozusagen durch den Aufenthalt geschleust wird. Oder, ob er dann viel auch noch beispielsweise für die nachstationäre Versorgung selber in die Hand nehmen muss.</p> <p>B: Also in die Hand nehmen muss, das wollen wir eigentlich so weit wie möglich den Patienten erleichtern. Wenn er das selber will, dann endet natürlich für uns so ein Handlungsstrang.</p>	<p>(Z. 31-95)</p> <p>(Z. 113-118)</p>
--	---	---------------------------------------

	<p>B: Das sind immer Dinge, wo es um eine ganz nahe Kommunikation geht.</p> <p>I: Also würden Sie schon sagen, dass die Angehörigen also auch stark mit einbezogen werden (B: Unbedingt.) in den Prozess und auch eine wichtige Rolle dabei spielen?</p> <p>B: Unbedingt. Es sei denn der Patient möchte das nicht. Dann gibt es natürlich auch unbedingt das Gegenteil, dass man sagt, dann bitte auch keine Infos weitergeben, nicht einbinden. Aber schon allein die Tatsache, dass auch manchmal Angehörige ja einen poststationären Versorgungsaufwand auch mit begleiten müssen, weil sie zum Beispiel vielleicht einen Koffer besorgen müssen mit den Sachen für die geplante Früh-Reha, die dann mit Direktverlegung erfolgt oder so.</p> <p>I: Ja. Sie haben das Entlassmanagement ja eben schon angesprochen. Inwieweit steht da der Case Manager im Fokus? Ist er tatsächlich dafür zuständig? Oder ist das auch ein Bereich, der mit in die Handlungsbereiche der Pflegekräfte übergeht?</p> <p>B: Also das ist sehr heterogen. [...]das ist insofern sehr heterogen, weil es Aspekte gibt, da muss zum Beispiel vorab eine Kostenzusage eingeholt werden. Da müssen vorab Planungen laufen, zeitlich auch sehr früh eingetütet. Stichwort, wir brauchen einen Termin in der Kurzzeitpflege. Wir brauchen vorher die Pflegegradfeststellung durch den medizinischen Dienst, der im Bereich Rheinland, wo wir hier sind, ja immer noch ins Haus kommt zur Begutachtung. Anders als in Westfalen. Und, und, und. Und diese Dinge müssen ja alle terminiert ablaufen. Da geht es eben auch so, dass man grundsätzlich sagen muss, der Unterschied ist, sobald es um Kostenzusagen geht, die eingeholt werden müssen, um Koordination von Terminabsprachen, Dokumentation, ist immer der Sozialdienst hier mit drin. Wenn es darum geht um Verlegung, zum Beispiel in die Geriatrie, wo wir vorab keine Kostenzusage brauchen, machen das meine Leute. Also der Patientenmanager. Und wenn es um Hilfsmittel geht, dann sind unter Umständen auch die Pflegeexperten mit drin.</p> <p>B: Richtig. Der Case Manager stellt den Hilfebedarf im Assessment fest. Sagen wir mal, es würde sehr früh schon absehbar sein. Dann stellt der sofort mit seinem Assessment auch das Konsil ins Netz und die Kollegen vom Sozialdienst können dann mit den Vorinformationen weiterarbeiten. So ist der theoretische Ablauf.</p> <p>B: Und wir haben so Konstrukte hier auf dem Gelände in einzelnen Fachbereichen, wo wir diese Fallkonferenzen einmal in der Woche abhalten. Und ich finde, das ist ein sehr vernünftiger Ansatz, eine sehr vernünftige Lösung.</p>	<p>(Z. 132)</p> <p>(Z. 141-164)</p> <p>(Z. 168-170)</p> <p>(Z. 198-200)</p>
	<p><i>Interview 3:</i></p> <p>C: Also wir begleiten die Versorgung bei den Patienten und-. Also nicht jeder Patient braucht ein Case Management. Es gibt halt bestimmte Patientengruppen, die auf jeden Fall vom Case Management begleitet werden sollten. Das sind onkologische Patienten, zum Beispiel, die wir ja auch vorwiegend haben. Also die brauchen auf jeden Fall Unterstützung. (Tonstörung) Alle Patienten erhalten bei uns ein Entlassungsmanagement. Da werden wir dann halt auch nochmal aktiv, aber dann bei den Patienten</p>	

	<p>auch eher am Ende nochmal. (I: Ja, hm) Genau wir versorgen halt hier vorwiegend onkologische Patienten, Patienten mit chronischen Wunden. Wir haben ja hier den Schwerpunkt an der K3 Transplantation, also alle TX-Patienten, werden bei uns nochmal mit einbezogen. Palliative Patienten mit einer infausten Prognose, dann halt auch, die Unterstützung benötigen. Patienten mit einem hohen Lebensalter, oder die zum Beispiel nach einer Amputation eine bestimmte Hilfsmittelanpassung für zu Hause benötigen. Da werden wir dann halt auch-. Wir treten dann quasi auch in Kraft.</p> <p>C: Im Stations-Case-Management ist es halt so, dass der Anteil der Notfälle über halt 30% liegen muss und halt eine hohe Fallkomplexität vorliegen muss, eine hohe Untersuchungsichte der Patienten. Das ist halt so, das Kliniks-Case-Management unterscheidet sich ja zwischendurch noch einmal so ein bisschen von uns. Die planen quasi den Aufenthalt vor. Und wenn auf der Station oder in der Behandlung weitere Diagnostik angemeldet werden muss, übernehmen wir das halt auch teilweise. Das müssen die Ärzte nicht mehr machen. Immer da wo eine hohe Anzahl von Akteuren halt im Spiel ist, also Ernährungsberatung, Physiotherapeuten, Psychoonkologen, da nehmen wir halt dann Anteil. Und immer dann wenn für zu Hause ein großer Unterstützungsbedarf vorliegt.</p> <p>I: Was heißt dann Vorplanung? C: Also wir-. Also diese Vorplanung, die Aufnahmeplanung des stationären Aufenthaltes, die -. Das Kliniks-Case-Management informiert die Patienten über den Aufnahmetag, die Terminfindung und ja stimmt ärztlich angeordnete Diagnostik halt ab, weil viele Sachen halt auch nicht an einem Tag zusammenlaufen sollten. Wenn zum Beispiel Bettruhe eingehalten werden muss. Die machen quasi so ein bisschen die Vorplanung. Wenn der Patient dann bei uns hier auf die Station kommt, dann ist es so, dass wir den dann quasi im Empfang nehmen und dann so ein erstes Kennenlernen und eine erste Sichtung des Patienten durchführen.</p> <p>I: Gibt es dann ein spezielles Instrument, was für die Anamnese oder ein Screening genutzt wird oder -. C: Also das Kliniks-Case Management macht noch einmal so ein sogenanntes Aufnahme-Assesement. Also die fragen die Patienten bestimmte Sachen ab, zum Beispiel ob ein Pflegegrad vorliegt, ob jemand, ja sag ich mal, allein lebt oder aus einem Heim, also aus einer Pflegesituation heraus zu uns kommt. Genau, da ist auch noch ein (essicher?) Anteil mit bei, bei dem Fragebogen, damit einfach noch einmal sichergestellt wird, wie hoch bei Aufnahme der Bedarf ist.</p> <p>I: Ja und wenn Sie dann hier die Patienten in Empfang nehmen, wie sind dann so die weiteren Schritte im Verlauf? Sie haben ja schon gesagt, dass die Diagnostik geplant wird und was passiert dann noch weiter? Zusammen auch mit dem Patienten? C: Ja also erst einmal sind wir halt Ansprechpartner des Patienten bei Eintritt dann in diesen stationären Raum hier. Wir müssen als Erstes mal so diese administrativen Sachen auch noch hier oben aufnehmen. Also Hausärzte, das ist immer so ein ganz großes Manko. Das wird halt so auch oft schon auch vergessen nachzupflegen. Genauso wie aktuelle</p>	<p>(Z. 6-16)</p> <p>(Z. 21-28)</p> <p>(Z. 33-39)</p>
--	---	--

	<p>Telefonnummern. Dann weisen wir dem Patienten hier oben ein Bett zu. Also meine Kollegen und ich übernehmen dann hier oben komplett die Bettensteuerung. Auch in Absprache dann mit unserem Kliniks-Case Management, weil die natürlich auch noch von anderen Kliniken Patienten annehmen. Wir lotsen die Patienten durch die Vordiagnostik. Also die haben natürlich schon so ein paar Termine, die durch das Kliniks-Case Management geplant worden sind. Und kommunizieren dann halt mit den Ärzten was, in welche Richtung das bei dem Patienten geht, zum Beispiel auch nach einer OP. Wir begleiten die Visite mit. Da ergeben sich ja dann auch viele Sachen nochmal raus. Wann die Entlassung zum Beispiel irgendwann auch wieder stattfindet, ob irgendwelche Komplikationen aufgetreten sind. Dann einfach nochmal mit den Angehörigen auch, dass man den Bedarf der post-stationären Versorgung auch nochmal klärt. Viele Leute leben ja doch alleine, oder die Angehörigen wohnen halt nicht gerade in der Nähe und die brauchen dann doch Unterstützung für zu Hause. Ja und wir binden auch noch andere Leistungserbringer hier in der Klinik ein. Also wir melden zum Beispiel Ernährungsberatung, Psycho-Onkologie, bei den onkologischen Patienten, an. Die Diabetes-Beratung. Das soll so sein, dass jeder Diabetiker hier noch einmal so ein Diabetes-Konsil bekommt. Einfach noch einmal zur Überprüfung, ob alles gut eingestellt ist, mit dem Insulin oder den Tabletten. Ja und natürlich auch außerhalb die Leistungserbringer, also Apoth-.</p> <p>C: Also das ist im Grunde so, wir schalten auch oft den Sozialdienst ein. Wir geben dann quasi eine elektronische Meldung raus an den Sozialdienst.</p> <p>C: Wenn es aber so in Richtung Behandlungspflege geht, also zum Beispiel Stummelversorgung, generell Wundversorgung oder Ernährung, also parenterale Ernährung. Dann organisieren wir das.</p> <p>C: Wenn es aber so in Richtung Behandlungspflege geht, also zum Beispiel Stummelversorgung, generell Wundversorgung oder Ernährung, also parenterale Ernährung. Dann organisieren wir das.</p> <p>C: Wir suchen den Pflegedienst dann auch. Das heißt wir rufen aktiv bei dem Pflegedienst dann an. Stellen quasi den Patienten kurz vor und versuchen ihn dann natürlich da anzubinden. [...]. Dann nehmen wir mit Hausärzten oft Kontakt auf. Zum Beispiel bezüglich Physiotherapie, dass die das halt weiterschreiben zu Hause. Medikamentenbestellung und Materialbestellung machen wir halt über die Apotheken. Wir stellen Rezepte aus. Entlassungsrezepte gibt es ja jetzt seit letztem Jahr im Oktober neu. AU's, Formulare für Haushaltshilfen füllen wir aus. Also wir machen schon recht viel, das ist sehr gefächert.</p> <p>I: Sie haben eben auch schon angesprochen, dass es ein, ja, für den Patienten, eine große Anzahl an Akteuren schon hier, während des Aufenthaltes, gibt. Ist es da schwierig, klare Verantwortlichkeiten des Case-Managers als so zentralen Ansprechpartner zu sehen? Kommt es da zu Konflikten oder ist das (C: Nein, eigentlich-) mehr Teamarbeit?</p> <p>C: Also das ist schon Teamarbeit, aber wir sind halt schon Vermittler</p>	<p>(Z. 40-66)</p> <p>(Z. 69-70)</p> <p>(Z. 72-74)</p> <p>(Z. 72-74)</p> <p>(Z. 76-82)</p>
--	--	---

	<p>zwischen diesen ganzen Akteuren.</p> <p>C: [...] da müssen wir schon Rücksprache oft halten. Also Kommunikation ist wirklich das A und O hier. Also eigentlich gibt es da keine Schwierigkeiten.</p> <p>C: Das ist halt-. Man hat einen Ansprechpartner, man weiß genau in dem anderen Haus, wer für den Patienten zuständig ist vom Case Management.</p> <p>C: Wir haben ein ganz großes Team. Wir sind uns untereinander auch behilflich, das kann man nochmal sagen.</p> <p>C: [...] dieses Initial-Assessment, wo durch das Kliniks-Case Management schon viele Merkmale bei den Patienten gesetzt werden. Also Pflegegrad, ja, nein. Angehörige, Betreuung. Das ist auch einfach schon mal viel Vorarbeit für uns, was wir sonst früher immer aus den Patienten rauskitzeln mussten, oder aus den Angehörigen. Also das ist schon wirklich ein sehr, sehr guter Weg.</p> <p>I: Und sehen Sie da vielleicht auch eine Notwendigkeit, das als, im Prinzip in eine Person zu fassen? Sprich, dass klinische und das stationäre Case Management, als ein Mitarbeiter zu führen, um wirklich einen kompletten (C: Also ich finde das schon-.) Rundumblick zu schaffen?</p> <p>C: Ich finde das schon sehr gut, wie es jetzt so läuft, weil die Vorplanung-.</p> <p>C: Und das wir dann wirklich hier, auf der Station, den Behandlungsverlauf des Patienten begleiten, bis hin zu Entlassung und auch was danach kommt, finde ich auch sehr gut aufgeteilt.</p> <p>C: Also es wird alles immer Ressourcenorientiert auch, also auch an den Gemeinzustand des Patienten angepasst. Also der hat am Ende wirklich das letzte Wort. Also wenn wir aktiv werden, meine Kollegin und ich, gerade wenn es um Entlassungen geht, müssen wir natürlich die schriftliche Einwilligung des Patienten haben.</p> <p>C: Da hat er die letzte Entscheidungsfindung. Auch bei Sanitätshäusern, welche Apotheke. Das dürfen wir halt nur patientenorientiert machen und das finde ich auch gut so.</p> <p>C: Es gibt natürlich gerade was so Ernährungsberatung angeht, das ist eine, wie gesagt, eine Beratung, die kann man auch natürlich ablehnen. Bei bestimmten Krankheitsbildern macht es halt Sinn bestimmte Leistungen anzufordern. Das ist aber auch nur alles nach Absprache. Wenn sowas aktuell ansteht, dann biete ich dem Patienten das erst mal in einem kurzen, persönlichen Gespräch an und warte dann auf die Reaktion. Entweder, also die Meisten nehmen es natürlich immer an. Aber zum Beispiel bei dem psychoonkologischen Dienst, den wir ja auch bei Krebspatienten mit hinzuziehen, ist es halt auch oft so, dass die Patienten sagen, wir haben kein Gesprächsbedarf. Dass sie es dann selber mit sich ausmachen. Finde ich, also, ist auch ok. Es ist nur ein Angebot. Aber das sie das Gefühl haben, dass man die natürlich auch bei dem Krankheitsprozess unterstützt.</p>	<p>(Z. 97-101)</p> <p>(Z. 104-105)</p> <p>(Z. 143-144)</p> <p>(Z. 148-149)</p> <p>(Z. 157-164)</p> <p>(Z. 166-168)</p> <p>(Z. 173-175)</p> <p>(Z. 180-182)</p> <p>(Z. 186-193)</p>
--	--	--

<p>3</p>	<p><i>Interview 1:</i></p> <p>A: Zum einen ist es ein Großteil Beratung. Was geht überhaupt? Da nicht immer nur mit dem Patienten, sondern auch mit der Familie oder Bezugspersonen. Oder auch Betreuern. Und zum anderen dann aber tatsächlich auch mit dem Patienten und dem Kostenträger, aussuchen von anderen Akteuren, welcher ambulante Dienst soll es sein? Weil an der Stelle weiß der Patient oft nicht, was sein Kostenträger für Absprachen mit ambulanten Diensten beispielsweise hat. Das Wunsch- und Wahlrecht ist ja nicht ausgehebelt. Aber dann sagt die Krankenkasse: Wir haben mit dem und dem die entsprechenden Verträge. Der soll dann auch eingeschaltet werden, wenn der Patient einen anderen will, muss er sich im Klaren darüber sein, dass möglicherweise Differenzkosten auf ihn zukommen.</p> <p>I: Also übernimmt der Case Manager in der Beratungsfunktion auch diese sogenannte Advocacy Funktion, als Anwalt, um da die Interessen zu beraten. Aber auch durchzusetzen, wenn man da in Differenzen kommt, zum Beispiel den Kostenträgern und eben den Leistungserbringern?</p> <p>A: Ja, in dem Moment, wenn es dazu führt, dass Patienten unnötig hierbleiben mussten, weil es ansonsten keine Versorgung gäbe. Dann auch durchsetzen.</p> <p>I: [...] und auch die Case Manager so vollumfänglich als eigene-, naja Berufsgruppe will ich jetzt nicht sagen, oder-.</p> <p>A: Doch. Inzwischen ja. Hier inzwischen ja.</p> <p>A: Und da ist die Expertise eines jeden Einzelnen gefordert. Da wird dann auch gesagt: Lieber Doktor, ich kann noch nicht entlassen, du hast mir die entsprechende Bescheinigung noch nicht ausgefüllt. Solange du das nicht tust mache ich nichts. So also. Da sind neue Ärzte immer sehr überrascht: „Wie, machen Sie nichts?“ „Nein, ich kann hier nicht arbeiten. Weil mir fehlt da ja entsprechendes Arbeitsmaterial.“ „Achso. Ja gut.“</p> <p>A: Die reden auf Augenhöhe. Die schreiben dann auch so einem Chefarzt: Was soll entschieden werden? Gibt zwei Möglichkeiten, sag mir bitte, wo es hingehen soll.</p> <p>A: Und die Patienten sind alleine gelassen, wenn da nicht Menschen sind, die sie vorübergehend an die Hand nehmen und an die Hand des nächsten übergeben können.</p> <p>A: Die sind aber alle zertifizierte Codier Fachkräfte. Was in der Argumentation auf Augenhöhe ganz spannend ist, wenn der eine sagt: Der muss unbedingt entlassen werden. „Nein, bis zur oberen Verwaltungsgrenze sind das noch fünf Tage. Und genau die fünf Tage brauche ich, um das Setting zu Hause zu basteln.“</p>	<p>(Z. 26-38)</p> <p>(Z. 114-116)</p> <p>(Z. 119-123)</p> <p>(Z. 155-156)</p> <p>(Z. 179-181)</p> <p>(Z. 234-237)</p>
	<p><i>Interview 2:</i></p> <p>B: Das heißt, die planen dann die OP. Planen die Intensivkapazität. Planen, ob ein Bett danach frei ist. Und nehmen dann mit dieser Planung sozusagen den Kontakt zum Patienten auf.</p> <p>B: Und denen, wo die Diagnostik komplett vorher abgeschlossen werden</p>	<p>(Z. 72-74)</p>

	<p>kann und auch der gesamte administrative Teil vorher abgeschlossen werden kann. Das heißt, wir versuchen eigentlich dazu überzugehen, dass die Menschen, die direkt operiert werden können, also die kommen morgens um sieben, sofort in den OP eingeschleust werden können. Das heißt, der ganze Teil administrative Aufnahme wird vorher geplant.</p> <p>I: Ja. Also steuern die Case Manager im Prinzip nicht nur die Aufnahme und die Entlassung, sondern auch im Prozess des stationären Aufenthalts weitere Diagnostik und Therapie? (B: Genau.) Oder dient das tatsächlich nur der Aufnahme?</p> <p>B: Nein, nein, nein. Ne, ne, das ist schon-. Die Diagnostik und Therapie wird von den Case Managern dann geplant.</p> <p>I: Aber die Frage ist, ob sich der Patient mehr der Lotsenfunktion des Case Managers unterordnet und sozusagen durch den Aufenthalt geschleust wird. Oder, ob er dann viel auch noch beispielsweise für die nachstationäre Versorgung selber in die Hand nehmen muss.</p> <p>B: Also in die Hand nehmen muss, das wollen wir eigentlich so weit wie möglich den Patienten erleichtern. Wenn er das selber will, dann endet natürlich für uns so ein Handlungsstrang.</p> <p>B: Das ist generell ein ganz, ganz wichtiger Aspekt, sozusagen die Menschen, die sich uns anvertrauen, im Verlauf zu begleiten.</p> <p>B: Es sei denn der Patient möchte das nicht. Dann gibt es natürlich auch unbedingt das Gegenteil, dass man sagt, dann bitte auch keine Infos weitergeben.</p>	<p>(Z. 75-79)</p> <p>(Z. 85-89)</p> <p>(Z. 114-118)</p> <p>(Z. 129-130)</p> <p>(Z. 143-144)</p>
	<p><i>Interview 3:</i></p> <p>C: [...]. Immer da wo eine hohe Anzahl von Akteuren halt im Spiel ist, [...] da nehmen wir halt dann Anteil.</p> <p>C: Also meine Kollegen und ich übernehmen dann hier oben komplett die Bettensteuerung. Auch in Absprache dann mit unserem Kliniks-Case Management, weil die natürlich auch noch von anderen Kliniken Patienten annehmen. Wir lotsen die Patienten durch die Vordiagnostik. Also die haben natürlich schon so ein paar Termine, die durch das Kliniks-Case Management geplant worden sind. Und kommunizieren dann halt mit den Ärzten was, [...].</p> <p>C: Ja und wir binden auch noch andere Leistungserbringer hier in der Klinik ein. [...] Ja und natürlich auch außerhalb die Leistungserbringer, also Apoth- .</p> <p>I: Das wär die nächste Frage gewesen. Welche Akteure dann noch außerhalb, also, Kontakt zu Ihnen oder Sie zu denen Kontakt eben aufnehmen?</p> <p>C: Also das ist im Grunde so, wir schalten auch oft den Sozialdienst ein.</p> <p>C: Wir besprechen dann natürlich uns erst mal mit dem Patienten, [...].</p>	<p>(Z. 25-27)</p> <p>(Z. 53-57)</p> <p>(Z. 62-66)</p> <p>(Z. 67-69)</p> <p>(Z. 74-75)</p>

	<p>I: Also übernehmen Sie für den Patienten verschiedene Funktionen. In der Theorie des Case-Managements würde man jetzt vor Allem von der Vermittlungs- und anwaltschaftlichen (C: Genau.) Funktion sprechen. Also Sie treten da schon für die Interessen ein, aber führen auch naja Vermittlungen zu anderen Akteuren durch?</p> <p>C: Genau. Und ich ebne auch den Weg, oder den Zugang zu anderen Leistungen, die dem Patienten halt einfach auch zustehen. Ich ebne da so ein bisschen auch den Weg.</p> <p>I: Haben Sie dabei dann auch Kontakt zu den Krankenkassen und auch zu den weiteren Leistungserbringern eben, indem Sie da für den Patienten sprechen und im Prinzip, wie Sie schon gesagt habe, die Leistungen, die Ihm auch zustehen da durchbringen?</p> <p>C: Durchzusetzen, ja. Das ist oft bei Hilfsmitteln halt ein Problem. Gerade was in der Wundversorgung so vorliegt. Wir haben-. Also ich kann jetzt ein einfaches Beispiel nennen. Patienten, die Wunden haben, die oft, ja, viel Sekret produzieren. Anstatt man da dann fünf, sechs Mal am Tag einen normalen Verband mit Kompressen macht, legen wir, oder ist es hier geläufig, einen Drainagebeutel drauf. Das sind die Urostoma-Beutel. Die sind aber eigentlich vom Medizinproduktgesetz halt wirklich nur für Urostoma halt vorgesehen. Und das dann bei den Kassen durchzusetzen ist halt manchmal sehr schwierig.</p> <p>C: Also das ist schon Teamarbeit, aber wir sind halt schon Vermittler zwischen diesen ganzen Akteuren.</p> <p>C: [...] Wir sind der erste Ansprechpartner, [...] Aber wenn es jetzt wirklich so den Fall an sich, den Patientenfall an Sich angeht, kommen die meisten Leute wirklich zu uns als Erstes.</p> <p>C: Das ist halt-. Man hat einen Ansprechpartner, man weiß genau in dem anderen Haus, wer für den Patienten zuständig ist vom Case Management.</p> <p>C: Und, ja mir persönlich-. Für mich persönlich, ich find es gut, wenn man viel Verantwortung übernimmt, auch für den Patienten.</p> <p>C: [...] wie gesagt, eine Beratung, die kann man auch natürlich ablehnen.</p>	<p>(Z. 83-96)</p> <p>(Z. 102)</p> <p>(Z. 109-111)</p> <p>(Z. 143-144)</p> <p>(Z. 149-151)</p> <p>(Z.186-187)</p>
<p>4</p>	<p><i>Interview I:</i> A: Weder die Ärzte, noch die Pflegenden wissen, was man zu Hause alles machen kann. Welche Hilfsmittel man zu Hause einsetzen kann. Welcher Pflegedienst was kann. Die können sagen: Ja der kann nach Hause mit einem Pflegedienst. Aber was man dann für einen Pflegedienst braucht, der dann besondere Expertisen im Bereich Wundversorgung, Ernährungsrisiken oder was es auch immer hat. Das können die überhaupt nicht mehr beurteilen. Oder die Hilfsmittel, die wir im Krankenhaus haben lassen sich zu Hause nicht einsetzen. Da braucht man andere. Also sind das spezielle Kenntnisse, die da auch die Case Manager haben. Oder auch der Sozialdienst. Und von daher ist schon klar, dass man da miteinander arbeiten muss. Manchmal eskaliert das ein bisschen, das ist aber personenabhängig. Dann tauchen oder stoßen plötzlich Zwei aufeinander, die nicht miteinander können. Dann bricht sowas auch schonmal zusammen.</p>	<p>(Z. 105-113)</p>

	<p>A: Ich glaube, dass ist-. Oder in meiner Wahrnehmung ist das ein Berufspolitisches Problem-, -system, was da zu lösen ist. Also Krankenhäuser und Case Management. Aber was heißt denn das? Und das ist von Krankenhaus zu Krankenhaus völlig unterschiedlich. Es gibt die, die das Case Management machen und den ganzen Tag nichts anderes machen als den Krankenhausaufenthalt zu planen. Die einzelnen Untersuchungen und was auch immer da ansteht für den Patienten. Die habe aber mit der Entlassung gar nichts zu tun. Weil das macht der Sozialdienst. Oder. Oder, oder. Und es gibt die, in den Kliniken, die beispielsweise in psychiatrischen Kliniken, auch in geriatrischen Kliniken, wo auch auf Grund der Länge des Aufenthaltes des Patienten tatsächlich so Kontakte möglich sind. Um man Patienten nicht nur Patienten sein lässt, sondern auch zum Klienten macht, der bestimmte Dinge selber tun muss. Was ja eigentlich eher nochmal so eine reinere Form von Case Management ist. Und Patienten zu Beteiligten. So also. Was ich damit sagen will ist, dass nicht definiert ist, was bedeutet eigentlich Case Management im Krankenhaus. Und ich glaube das ist das, was dringen passieren muss. Wir müssen dafür innerhalb der Krankenhäuser: A eine Definition haben, was verstehen wir darunter. B: Wo verorten wir die Mitarbeiter? Was müssen die auch für eine Ausbildung mitbringen? Und da hängt dann schlussendlich eigentlich dran: Was sollen die eigentlich auch verdienen? Und ich glaube, das muss dringend getan werden bei mehr Spezialisierung der Krankenhäuser, kürzere Verweildauern, Krankenhaus Behandlung ist nur noch ein kleines Häppchen in diesem gesamten Gesundheitsprozess. [...] Und von daher ist da richtig viel zu tun noch.</p> <p>A: Alle die wollen ja miteinander vernetzt werden. Und dann hat noch keiner mit dem Patienten gesprochen, ob das überhaupt passt. Und das erfordert ein immenses Wissen um solche Versorgungsstrukturen, was man sich mühselig erarbeitet in so einer Region. Und dazu gehört dann immer noch, wie könnte dieser ganze Kram überhaupt finanziert werden. Welcher Kostenträger ist wofür zuständig. Wann ist das die Pflegekasse, wann die Krankenkasse, wann muss ich einen Härtefond anstellen oder gar Spenden einwerben, damit diese Versorgung überhaupt geht.</p> <p>A: Und da würde ich mir wünschen, dass es so Case Manager in der Praxis gibt, beim Hausarzt oder beim Kinderarzt, die unsere Patienten schon anmelden in einem Vorversorgungssetting. Wenn es eins gibt. Wo wir aber auch, wenn wir den Patienten entlassen, zurückmelden. Wo wir zwischendrin Fallkonferenzen am Patientenbett machen können, wenn es ganz aufwendig ist, mit allen Akteuren. So dass der Patient auch weiterhin am Mittelpunkt des Geschehens bleibt und weiß, was drumherum geschieht. Also da ist viel denkbar und ich glaube so Menschen, die in meinen oder in so Positionen die ähnlich sind wie meine, müssen sich da tatsächlich auch auf machen und an die politischen Entscheidungsträger herantreten. Und wenn man mal guckt, je nachdem in welcher Klinik man ist, was die Case Manager verdienen, sind da drei Gehaltsgruppen unterscheid denkbar. Also von dem was ich so weiß. Und verantwortungstragend identisch. Also in der einen Klinik so und in der nächsten Klinik so.</p>	<p>(Z. 164-181)</p> <p>(Z. 197-203)</p> <p>(Z. 204-213)</p>
--	---	---

	<p>A: Und die finden sich auch in Tarifverträgen nicht wieder. Also wenn man guckt Tarifvertrag öffentlicher Dienst, wo es immer noch darum geht, nach unterstellten Mitarbeitern zu bezahlen. So ein Case Manager hat keine unterstellten Mitarbeiter. Also das passt irgendwie nicht.</p>	(Z. 216-218)
	<p>A: Sie sind nicht alle zertifizierte Case Manager. Weil das Unternehmen das nicht bezahlen will.</p>	(Z. 230)
	<p><i>Interview 2:</i></p> <p>I: Ja. Und wie würde sich das Ganze dann gestalten bei Notfallpatienten, die ungeplant herkommen?</p> <p>B: Genau. Wir haben hier eine sehr große, zentrale Notaufnahme, die mittlerweile auch seit März, also ich bin seit Februar hier, seit März ist ein neuer Leiter der zentralen Notaufnahme da. Und wir strukturieren just in diesen Monaten jetzt auch im Grunde genommen genau den Teil auch um. Weil wir eben gemerkt haben, die Patienten, die als Notfälle kommen, und das sind immerhin ungefähr 40 am Tag, die auf die Kliniken sozusagen verteilt werden müssen. Das heißt, das sind Menschen, die wir nicht kennen, aber wo wir wissen, dass sie kommen. Das heißt, wir haben sie als theoretische Fälle müssen wir sie mit führen, weil wir für die ja das Bett brauchen oder die Kapazität oder, oder, oder. Und in der Tat ist es nicht trivial, die einzufädeln ins System. Ich bin relativ sicher, dass wir für die Zukunft ein anderes System brauchen, diese Patienten nachzupflegen, wenn sie auf der Station sind. Weil im Grunde das, was vorher der Case Manager für die Elektiven perfekt geplant hat, ist für diese Menschen natürlich-. Die sind im Hintertreffen. Und ich gucke mir jetzt im Moment gerade an, ob die Station es hinkriegt sozusagen von Seiten der Pflege das nachzujustieren, wenn der Patient schon auf Station ist. Und denke aber, dass das vermutlich auch eine Begründung sein kann, eine Rolle auf der Station nochmal zu implementieren, die genau dieses Klientel nochmal weiter oder konkret plant. Und gleichzeitig aber auch, das war Ihre Frage ja eben, wie wird das denn weiter gemonitort, wenn die Patienten auf der Station-. In S4 hatten wir eine Struktur, dass wir in Bereichen, wo sehr häufig eben auch Notfälle kamen, auch ein sogenanntes Stations-Case Management hatten. Das haben wir hier jetzt so noch nicht.</p> <p>B: Ich sage jetzt mal, neueste Entwicklung, Rahmenvertrag Entlassmanagement. Die explizite Einwilligung eines Patienten in ein Entlassmanagement, also auch in die Weitergabe von Daten, ist ein Sachverhalt, der es für alle Krankenhäuser bundesweit, aber eben auch für uns, nochmal notwendig gemacht hat, genau zu überlegen, wann stimmt eigentlich ein Patient welchem Handlungsstrang zu? Kann er zu dem Zeitpunkt, wenn er zustimmt schon übersehen, was alles auf ihn zukommt und worum es genau geht? Oder bauen Dinge aufeinander auf und man hat am Anfang eine ganz allgemeine Einwilligung im Idealfall und muss das modifizieren?</p> <p>B: Also je konkreter die Planung ist, desto mehr muss der Patient natürlich mitgenommen werden.</p> <p>B: Und wir können ja leider nicht immer davon ausgehen, dass der Patient</p>	(Z. 96-112)
		(Z. 118-124)
		(Z. 127)

	<p>sozusagen der Ansprechpartner ist. Es gibt eben auch Patienten, die das gar nicht beurteilen können. Oder auch sagen: „ Ich möchte das nicht alleine entscheiden. Meine Angehörigen sollen dabei sein.“ Oder ich habe einen gesetzlichen Betreuer. Ich darf aber alleine entscheiden. Der ist nur für den Bereich Finanzen oder wie auch immer. Das heißt, wir haben ja ganz viele sehr unterschiedliche Settings. Bis hin zu einer großen Kinderklinik, wo natürlich der Sachverhalt Sorgeberechtigte und, und, und, nochmal ein anderer ist. Und eben auch die Frage, zunehmend demenziell veränderte Patienten, die aber vielleicht noch nicht unter gesetzlicher Betreuung stehen. Wo also auch die Frage von gesetzlicher Vertretungsmacht eine ist, die man auch nicht manchmal so ohne weiteres schnell lösen kann.</p> <p>I: Gut. Ja das wäre auch noch so eine Frage, die für mich wichtig ist. Ob es klare Verantwortlichkeiten gibt, eben was der Case Manager zu tun hat. Und ob diese dann eben auch so akzeptiert werden von beispielsweise den Sozialarbeitern oder aber auch den Pflegekräften, weil in den Konzepten, die ja aus der Sozialarbeit kommen, dieses Ganze immer so ein bisschen im naja sich gegenüber steht. Ob und wer da jetzt so zuständig ist.</p> <p>I: Ja ich glaube diese Frage ist auch total wichtig, weil ich glaube, wenn das nicht klar ist, gibt es Konflikte. Wenn es klar ist, dann kann man sicherlich diskutieren über das ein oder andere. Aber dann dürfte das-. Der Konflikt im operativen Geschäft am Bett, den dürfte es eigentlich dann nicht geben. Man muss aber bei allem konzeptionell immer auch sagen, es ist sehr, sehr stark davon abhängig, wie jemand mit seinem Selbstverständnis die Rolle lebt. Also mit welcher Durchsetzungsstärke Kollegen an Ort und Stelle agieren. Und mit welchem Respekt man anderen Berufsgruppen gegenübersteht.</p> <p>B: Und insofern versuchen wir jetzt auch hier mit der Überarbeitung unseres Konzeptes zu gucken, wo kann man vielleicht auch Zeit und Arbeit, sinnvollerweise Ressource auch sparen, weil sie an anderer Stelle mehr gebraucht wird? Und wie können die Kollegen sich möglichst gut die Bälle zuspielen? Also auch ganz eng in Fallkonferenzen zum Beispiel miteinander sozusagen durchsprechen, wie weit sind wir in welchem Stadium? Und auch da gucken, dass man das Ganze auch eingebunden mit Pflege, mit ärztlichem Dienst, vielleicht mit Physiotherapie, vielleicht mit dem Controlling, zusammen abgleicht Sozialarbeit und Case Management.</p> <p>I: Ja, genau. Gut. Wo würden Sie noch Probleme und Herausforderungen für die Zukunft sehen?</p> <p>B: Ich glaube die größte Herausforderung ist, dass solche Stellen, zum Beispiel wie im Case Management, die tauchen ja in keiner Personalbedarfsplanung auf zum Beispiel. Das heißt, in der Regel ist die Problematik, entweder sind es Pflegestellen, die umgewidmet werden. Dann hat man aber die Kollegen auch nicht mehr am Bett. Man braucht aber jemanden, der sozusagen die Expertise hat, um zu wissen, wo, was die Problematik auf Station ist. Und man braucht jemanden, der quasi auch refinanziert werden kann. Weil wenn ich hier von Station eine Leistung wegnehme, der von den Case Managern bezahle, der dann aber dafür sorgt, dass die Betten voll sind. Dass also eigentlich der Durchlauf höher wird und man dann mehr Pflegekräfte braucht. Beißt sich die Katze in den Schwanz.</p>	<p>(Z. 132-140)</p> <p>(Z. 174-183)</p> <p>(Z. 193-198)</p>
--	---	---

	<p>Das heißt auch da klare Finanzierungskonzepte. Und mit diesen Modellen, die es ja gibt, durchaus gucken, wo wird Arzt entlastet? Also worauf man auch aus dem ärztlichen Budget sozusagen einen Kostenfaktor X, der da rüber wandert. Und wie kann man möglichst auch im Controlling, im Personalcontrolling diese Stellen eindeutig abbilden?</p> <p>I: Ja also überwiegend ein berufspolitisches Problem.</p> <p>B: Das ist die eine Sache, die ich glaube, die sehr, die langfristig ein großes Ziel ist. Und wenn ich jetzt mir überlege, was für Ihre Arbeit jetzt auch eine Frage ist, alle anderen Probleme, die man manchmal, die so hausgemacht sind, sage ich mal. Da müssen wir Hausaufgaben machen. Das kann kein anderer für uns lösen. Da muss man sich hinsetzen mit dem Klinikdirektor und muss immer wieder ins Gespräch gehen, weil natürlich die Protagonisten auch immer wieder wechseln. Und mit jedem neuen Klinikdirektor, der kommt oder mit jeder neuen Mitarbeiterin in meinem Team ergeben sich neue Konstellationen, die dann wieder auch in gewisser Hinsicht auch wieder neu ausgehandelt werden. [...] Müssen natürlich auch nochmal Prozesse neu angeguckt werden. Können wir irgendwas daran effizienter gestalten? Und so weiter. Und da sehe ich eben auch eine große Aufgabe für das Case Management. Sich maximal einzubringen. Vor allen Dingen auch in Veränderungsprozesse, die im Haus stattfinden.</p> <p>B: Und mit einem sehr weiten Blick, den der Patient am Anfang für sich selber ja auch nicht hat, weil er nicht weiß, was auf ihn zukommen kann. Und ihn dabei zu begleiten, ist eben dann schon die Herausforderung, die das System limitiert an der Stelle.</p> <p>B: Gleichzeitig, glaube ich, ist die große Aufgabe, nicht in Konkurrenz zu treten zu anderen. Sondern gemeinsam zu gucken, wie können wir gemeinsam die Aufgaben, die in einem solchen Setting wie Krankenhaus einfach notwendigerweise gelöst werden müssen, wie kann man die gemeinsam mit einer möglichst hohen Expertise hinkriegen? Und da sind wir jetzt schon so auf so einem Weg, wo man nicht mehr gegeneinander agiert, sondern wirklich versucht im Schulterschluss.</p>	<p>(Z. 211-222)</p> <p>(Z. 223-235)</p> <p>(Z. 248-251)</p> <p>(Z. 270-275)</p>
	<p><i>Interview 3:</i></p> <p>C: Also klar, dass der Eine seine Interessen eher im Vordergrund sieht, als der Andere, ist ganz klar. Sie sollen die-. Also die Patienten sollen ja auch irgendwann, recht zügig mittlerweile, ja wieder nach Hause gehen, aber das geht natürlich nur, wenn die zu Hause auch gut versorgt sind. Und deshalb, da müssen wir schon Rücksprache oft halten. Also Kommunikation ist wirklich das A und O hier. Also eigentlich gibt es da keine Schwierigkeiten.</p> <p>C: Also ich glaub schon, dass da viel Luft noch nach oben ist. Das Case Management soll hier im Hause in der Zukunft wohl auch noch ausgedehnt werden, damit die Absprachen halt auch besser sind.</p> <p>C: Ich finde das schon sehr gut, wie es jetzt so läuft, [...]. Das in eine Person zu packen, ist glaube ich, sehr schwierig.</p>	<p>(Z. 101-105)</p> <p>(Z. 141-143)</p> <p>(Z. 164-169)</p>

	<p>I: Ok. Eine Frage hätte ich nochmal zu der Patientenorientierung. Inwieweit wird der Patient in den gesamten Prozess so mit einbezogen? Natürlich wird der Patient um Zustimmung gebeten. Der Patient wird über sein soziales Umfeld befragt, aber gibt es noch weitere Sachen, wo der Patient mit in den Prozess eingebunden wird?</p> <p>C: Also es wird alles immer Ressourcenorientiert auch, also auch an den Gemeinzustand des Patienten angepasst. Also der hat am Ende wirklich das letzte Wort. Also wenn wir aktiv werden, meine Kollegin und ich, gerade wenn es um Entlassungen geht, müssen wir natürlich die schriftliche Einwilligung des Patienten haben.</p> <p>C: Schwierig wird es immer mal wieder bei Krankenkassen, weil Krankenkassen sich natürlich auch irgendwie so ein bisschen zentral positionieren. [...], aber oft fühlt sich halt auch keiner zuständig, dann erst mal den richtigen Ansprechpartner zu finden, da geht immer viel Zeit drauf. Das ist sehr schwierig.</p>	<p>(Z. 170-175)</p> <p>(Z. 199-204)</p>
<p>5</p>	<p><i>Interview 1: A:</i></p> <p>Ja. Also wir üben das ja hier schon ein paar Jahre. Und alle Mitarbeiter, die etwas länger im Unternehmen sind, wissen, was sie sehr wohl voneinander haben an den verschiedenen Stellen.</p> <p>A: Manchmal eskaliert das ein bisschen, das ist aber personenabhängig. Dann tauchen oder stoßen plötzlich Zwei aufeinander, die nicht miteinander können. Dann bricht sowas auch schonmal zusammen.</p> <p>I: Aber grundsätzlich würden Sie schon sagen, dass eine kooperative Zusammenarbeit ist, und auch die Case Manager so vollumfänglich als eigene-, naja Berufsgruppe will ich jetzt nicht sagen, oder-.</p> <p>A: Doch. Inzwischen ja. Hier inzwischen ja. Weil wir machen es seit zehn Jahren so. . Also-. Oder elf inzwischen. [...]. Aber das war ein harter Weg, dahin zu kommen.</p> <p>A: In dem halben Jahr wurd ein Konzept erarbeitet und das wird dann am Tag eins über das Klinikweite Unternehmen ausgerollt und damit müssen alle leben. Das war sehr hilfreich. Das so zu machen. Das hat dann an der einen oder anderen Ecke geknirscht. Und brauchte ganz viele Gespräche [...] Man gerät miteinander ins Gespräch, [...].Das man so plötzlich über Prozesse und Details und Behandlungsabläufe miteinander ins Gespräch geht. Und nachdem die ersten dann verstanden hatten, was sie eigentlich davon haben, war das völlig gut.</p> <p>A: Und die Berufserfahrung braucht es auch, weil die brauchen ein gewisses Standing im Gespräch mit den Ärzten, die Pflegenden</p> <p>A: Die können immer nur so gut beraten wie sie wissen, was geht zu hause. Was kann man einsetzen.</p>	<p>(Z. 103-104)</p> <p>(Z. 112-113)</p> <p>(Z. 114-123)</p> <p>(Z. 130-141)</p> <p>(Z. 237-238)</p> <p>(Z. 246)</p>
	<p><i>Interview 2:</i></p> <p>B: Zumal man eigentlich immer, wenn der Patient schon weg ist merkt, oh das ist schlecht gelaufen, weil wir haben das Geld nicht bekommen. Wir haben Abschläge gehabt. Und daraus müssen wir ja irgendwie auch einen</p>	

	<p>Lerneffekt herstellen. Dass man sagt, okay, die Konstellation des Falles auf Systemebene ist, bei dem und dem Sachverhalt müssen wir so und so agieren. Und müssen auf das und das achten, damit wir sozusagen auch erlöstechnisch, und da sind wir dann bei der Systemebene, möglichst ohne eine Einschränkung auch hier unsere Kosten hinterher wieder erwirtschaften. Ja weil die Leistung ist ja erbracht. Da können wir nichts mehr dran ändern.</p> <p>I: Ja. Sie haben im Vorgespräch auch schon angedeutet, dass es im Prinzip eine Limitation des theoretischen Konzeptes gibt. Können Sie da nochmal zwei, drei Sätze zu sagen? Also, dass das Konzept nicht in dem Umfang im klinischen Bereich so umgesetzt werden kann oder zumindest nicht wird.</p> <p>B: Ja also, ich sage mal so, wenn man die Arbeitsfelder, in denen Case Management eine Rolle spielt in der heutigen Zeit, nebeneinander legt, dann ist ja im Prinzip, sage ich mal, von der reinen Lehre quasi auch eine Begleitung des Klienten. Mit einem Monitoring, mit einer, sage ich mal, wie im-. Ich sage mal, wie so ein KVP bei einem im QM. Mit so einem kontinuierlichen Verbesserungsprozess, wo man Dinge einigt und wieder neu bewertet und so weiter. Und das bedeutet einfach, dass man auch eine gewisse Form des Vertrauensverhältnisses hat. Eine gewisse Form der Länge der Begleitung eines Klienten. Und das ist natürlich was, was wir in so einem Setting Krankenhaus vielleicht in wenigen Bereichen haben. Aber in den meisten eben nicht. Das heißt Verweildauern von sechs, sieben Tagen zwingen uns im Prinzip wirklich eng getaktet und auch sehr stark unter dem Fokus, was ist monetär möglich? Gucken, dass es für Patienten so einfach wie möglich und mit so wenig, sage ich mal, Reibungsverlusten wie möglich praktisch durch dieses Setting geht.)</p> <p>B: Also meine Idee ist schon, ich möchte natürlich hier den Laden auch weiter entwickeln. Klar. Und ich merke eben auch, an mancher Stelle braucht es auch diesen Unterbau eines Studiums. [...]. Und ich glaube aber, dass es eben auch kein Nachteil ist, wenn man durch ein Studium auch nochmal eine etwas andere, klarere Struktur hat, vielleicht auch Dinge aufzubereiten und zu Papier zu bringen.</p>	<p>(Z. 204-210)</p> <p>(Z. 236-248)</p> <p>(Z. 308-315)</p>
	<p>I: Und diese Rolle wird auch von allen Kollegen so vollumfänglich akzeptiert oder gibt es-. Können Sie da von Erfahrungen berichten, wo man sagen würde, die Kollegen aus der Pflege, die sehen das da dann so, dass sie quasi nochmal so einen Vormund haben, bevor Sie als, ja, auch Profis, die den Patienten tagtäglich sehen, ja da dann im Prinzip nicht so über den Patienten berichten können?</p> <p>C: Nein, eigentlich nicht. Also es wird von Allen super angenommen. Das als Erstes. Man musste sich natürlich erst mal so etablieren hier, musste sich auch erst einmal einen Namen machen. Die Ärzte vor Allem müssen erst einmal sehen, was man überhaupt für eine Verantwortung, für eine Planung übernehmen kann. Und ja auch erst einmal so die ersten Erfolge erkennen, bei den Patienten. Wenn die mit einer kompletten Versorgung nach Hause gehen, und dass sie im Grunde genommen nicht mehr, also im besten Fall, gar nicht wiederkommen. Oder zeitlich längerem Abstand.</p> <p>I: Ok. Also ist das eher eine Problematik, die auf einer persönlichen Ebene zwischen Einzelnen besteht, aber nicht grundsätzlich in der Funktion, die</p>	<p>(Z. 112-121)</p>

	<p>das Case-Management übernimmt? C: Also in der Funktion auf keinen Fall. Und persönlich jetzt, also ich jetzt persöhn-. [...] Aber wenn jemand Neues kommt, dann ist man, glaub ich, auch oft erst mal misstrauisch und man muss sich erst mal so ein bisschen beweisen, darum geht es eher, glaub ich.</p> <p>C: Also meine Motivation ist hier auch gleichbleibend hoch eigentlich. Also ich persönlich arbeite in dem Feld sehr gerne. Man lernt viele Menschen kennen und die Arbeit mit den anderen Berufsgruppen, die ist halt total interessant. Wenn man dann wirklich am Ende sieht, wie die Patienten nach Hause gehen, in was für einen Zustand. Und wenn man die auch Monate vielleicht zu einer Kontrolluntersuchung nochmal wieder sieht. Also ich habe soweit keine negativen Erfahrungen.</p> <p>C: Also an sich ist dieser ganze Behandlungsablauf wirklich sehr vollumfänglich. Und die Planung, dass das bei dem, dass die Verantwortlichkeit bei dem Kliniks-Case Management liegt, finde ich schon sehr, sehr gut.</p> <p>I: Sehen Sie, jetzt im stationären Bereich vor Allem, starke Limitationen, die Ihre Arbeit irgendwie einschränken? C: Also hier im stationären Umfeld gar nicht, so was hier diese Einrichtung auch angeht. Das überhaupt nicht. [...], aber oft fühlt sich halt auch keiner zuständig, dann erst mal den richtigen Ansprechpartner zu finden, da geht immer viel Zeit drauf. Das ist sehr schwierig.</p> <p>C: Ja. Ich glaube wir haben alle das gleiche Ziel und deshalb legt man uns da auch so keine Steine in den Weg. Also kann ich wirklich Nichts Negatives zu sagen. Wir wollen alle, dass die Patienten gut versorgt sind. Und dann auch so nach Hause gehen.</p> <p>C: Also die gehen wirklich auch immer zufrieden hier weg. Und für mich selber ist es halt einfach schön zu sehen, dass die Patienten halt voll versorgt sind zu Hause. [...]. Für mich persönlich ist es einfach ein schönes Arbeiten, ich gehe immer gerne zur Arbeit.</p>	<p>(Z. 130-135)</p> <p>(Z. 144-148)</p> <p>(Z. 164-166)</p> <p>(Z. 197-204)</p> <p>(Z. 208-210)</p> <p>(Z. 218-221)</p>
<p>6</p>	<p><i>Interview I:</i> A: Und auch die medizinische Dokumentation, dadurch, dass die Case Manager ja auch codieren, gucken die auch in das was andere geschrieben haben. [...]. Dadurch wird auch die Dokumentation auch nochmal ein bisschen valider, verlässlicher.</p> <p>I: Also würden Sie schon sagen, dass man eine gewisse, naja Kontrollfunktion ist wahrscheinlich ein bisschen zu krass ausgedrückt, aber eine gewisse Beobachtung- A: Ja. Und die merken einfach, da kommt nochmal eine neue Expertise aus einer völlig unerwarteten Richtung dazu. Und damit wird auch mal ein Bild von dem Patienten umfänglicher. Und dem was so geht. In dessen Wohnumfeld und Lebenswelt. Und das ist schön. Das macht auch den Mitarbeitern dann Spaß. I: Also ist auf jeden Fall schonmal eine Akzeptanz für das ganze Konzept</p>	<p>(Z. 140-144)</p>

	<p>oder die Idee-.</p> <p>A: Die reden auf Augenhöhe. Die schreiben dann auch so einem Chefarzt: „Was soll entschieden werden? Gibt zwei Möglichkeiten, sag mir bitte, wo es hingehen soll. Der kann nach Hause mit dem Pflegedienst oder der kann in ein Heim. Entscheide“. „Können wir nochmal sprechen?“ Ja bitte.</p> <p>A: So, also da sind viele am Start und Krankenhausbehandlung ist ein kurzer Zeitraum wo die Patienten sicher sind. Wenn man das mal so bezeichnen will.</p> <p>I: Was haben denn die Case Manager hier im Haus für Ausbildungen? Kommen die aus dem Bereich der Pflege? Der Sozialarbeit? Und sind die auch alle zertifiziert nach der deutschen Case Management Gesellschaft?</p> <p>A: Bis auf zwei kommen die alle aus der Pflege.</p>	<p>(Z. 149-157)</p> <p>(Z. 203-204)</p> <p>(Z. 219-221)</p>
	<p><i>Interview 2:</i></p> <p>B: Hier gibt es, und das ist auch eine Überlegung für die Zukunft, ja auch einen Sozialdienst. Das ist auch meine tiefe Überzeugung, dass ja auch mit dem, sage ich mal, mit der Methode des Case Managements auch im Sozialdienst gearbeitet wird. Und die Kollegen setzen dann ein, wenn der Filter vorher drüber lag. So nach dem Motto, bei welchem Patienten gibt es ein komplexes Geschehen? Gibt es einen schwierigeren, Thema Entlassmanagement, Ablauf in der Poststationären Versorgung?</p> <p>I: Gut. Meine letzte Frage ist eigentlich nur noch, wie sehen Sie so die Zukunftschancen für das Case Management als Versorgungssystem im Bezug auf die Verbesserung der Versorgungsqualität für die Patienten?</p> <p>B: Ich sehe-. Also, ich sage mal so, es ist ja nicht mehr ganz modern. Es ist nicht mehr so hip. Eine Zeit lang hat jeder das Wort im Mund gehabt. Dann ist es verändert worden. Wir heißen jetzt hier Patientenmanager, weil man sich von dem Begriff Case Management irgendwie distanzieren wollte. Es gibt Abteilungen, die heißen völlig anders. Es gibt Abteilungen, die haben den Sozialdienst einverleibt und nennen das Case Management. Machen aber das, was der Sozialdienst macht und keine Aufnahmeplanung. Das heißt, je sauberer sozusagen man in dem Konzept ist, was vorherrscht, desto mehr Zukunftschancen sehe ich persönlich. Gleichzeitig damit verbunden aber auch eine berufspolitische Weiterentwicklung, zu gucken, okay, wie kann man sich zertifizieren lassen? Nicht nur als Case Manager, sondern vielleicht auch mit einer Abteilung. Dass man sagt, so hier, wir machen das nach dem und dem Schema. Das sind unsere Qualitätsziele. So, das bilden wir ab. Und das lassen wir uns vielleicht auch nochmal von der DGCC zertifizieren irgendwann. Das sind ja alles Überlegungen für die Zukunft, die dann auch ein Qualitätsmerkmal und einen Stempel geben könnten. Gleichzeitig, glaube ich, ist die große Aufgabe, nicht in Konkurrenz zu treten zu anderen. Sondern gemeinsam zu gucken, wie können wir gemeinsam die Aufgaben, die in einem solchen Setting wie Krankenhaus einfach notwendigerweise gelöst werden müssen, wie kann man die gemeinsam mit einer möglichst hohen Expertise hinkriegen? Und da sind wir jetzt schon so auf so einem Weg, wo man nicht mehr gegeneinander agiert, sondern wirklich versucht im Schulterschluss. Da sehe ich eine große Chance, muss ich ganz ehrlich sagen. Aber das ist auch das, was ein</p>	<p>(Z. 37-42)</p>

	<p>Gesetzgeber will. Interprofessionalität, Multiprofessionalität. Und da glaube ich, dass man im Bereich Case Management, egal, ob da jetzt zum Teil auch medizinische Fachangestellte mit drin sind, Pflegekräfte, Sozialarbeiter. In meinem Team zum Beispiel ist es eine Mischung. Da haben wir auch Kollegen, die aus diesen Settings mit dieser Expertise hier tätig sind. Das ist ein gutes Konstrukt.</p>	(Z. 258-279)
	<p><i>Interview 3:</i> I: Also das ist ja das Ziel, dass man den Patienten möglichst gut versorgt. (C: Kein Drehtüreffekt.) Genau, den Drehtüreffekt zu vermeiden.</p> <p>C: Also ich glaube die Anforderungen an das Case Management, die wachsen und wachsen und wachsen, weil die Patienten ja immer älter und kränker werden. Also ich glaub schon, dass da viel Luft noch nach oben ist.</p> <p>C: Ja. Also für die Patienten, die müssen-. Also es wird viel Arbeit, glaube ich, durch das Case Management abgenommen. Ob es jetzt für die Ärzte ist, oder auch für die Patienten. Die müssen sich, sag ich jetzt mal salopp so, wirklich um nichts kümmern. Die gehen vollversorgt nach Hause. Die kommen am Ende neben einer Pflegedienstorganisation, die verordnen mit, die Medikamente für den nächsten Tag, Entlassrezepte. Wir kümmern uns um die Taxifahrt nach Hause, oder den Transport. Die Weiterbehandlung, Geriatrien. Also die gehen wirklich auch immer zufrieden hier weg. Und für mich selber ist es halt einfach schön zu sehen, dass die Patienten halt voll versorgt sind zu Hause. Die kommen nicht mehr wieder. Dieser Drehtür-Effekt.</p> <p>I: Also sehen Sie großes Potenzial in dem Konzept, auch im stationären Bereich, für die Zukunft der Patientenversorgung?</p> <p>C: Ja auf jeden Fall. Also das wird alles sehr komplexer, wie gesagt, in der Zukunft, wenn die Patienten älter werden und kränker werden. Ich finde es auch gut, wenn man Patienten neue Wege ein bisschen eröffnen kann. Wenn zum Beispiel, aufgrund einer Diagnose, die Entlassung halt nicht so läuft, aber man trotzdem weitere Lösungen halt sucht und die dem Patienten anbieten kann.</p> <p>I: Also sehen Sie auch eine Spezialisierung der Case-Manager auf einen bestimmten medizinischen Bereich, wie jetzt beispielsweise die Chirurgie oder die Transplantationschirurgie, als nochmal einen spezielleren Bereich? Oder die Kardiologie (C: Ja, das auf jeden Fall.) als positiveren Effekt für den Patienten?</p> <p>C:- Patienten. Ja Jederzeit.</p>	<p>(Z. 122-123)</p> <p>(Z. 140-141)</p> <p>(Z. 214-220)</p> <p>(Z. 225-234)</p>

Kategorie 1: Konzeptverständnis, Kategorie 2: Praktische Umsetzung des Case Management-Konzeptes, Kategorie 3: Rollenverständnis des Case Managers, Kategorie 4: Probleme und Herausforderung in der Umsetzung des Case Management-Konzeptes, Kategorie 5: Persönliche Erfahrungen und Eindrücke in der Umsetzung des Case Management-Konzeptes, Kategorie 6: Bedeutung des Case Management-Konzeptes für die zukünftige Krankenversorgung

Anhang G: Aufbereitungstabelle

Aufbereitungstabelle

Kategorie	Textstelle	Zeilen
1: ⁷	<p><i>Interview 1:</i></p> <p>A: Wir sind hier eher auf der Seite des Systemagenten unterwegs. Das wir sagen, wir haben die bestimmten Diagnosen. Daraus ergeben sich die Verweildauern und innerhalb dieser Verweildauer versuchen wir für den Patienten stationär das bestmögliche Setting auf die Beine zu stellen. So also, eher getriggert von den Ökonomischen Gedanken.</p> <p>I: Also steuern Sie in dem Fall auch die stationäre Behandlung hier im Bezug auf Diagnostik, Therapie.</p> <p>A: Steuern nicht unbedingt, wir begleiten die.</p> <p>I: Also gibt es hier keine Unterscheidung in ein zentrales Case Management und ein stationäres Case Management auf den Stationen direkt?</p> <p>A: Auf den Stationen nein. Wir haben ein zentrales Case Management. [...]. Aber zentral gesteuert werden aus dem Geschäftsbereich Medizin und nicht auf den einzelnen Stationen tätig sind.</p>	<p>(Z 1-9)⁸</p> <p>(Z. 13-18)</p>
	<p><i>Interview 2:</i></p> <p>I: [...] wie Sie das Case Management als Konzept verstehen und auch als Handlungskonzept verstehen, um das dann in den Alltag umzusetzen.</p> <p>B: [...], im Prinzip verstehe ich unter diesem Handlungskonzept sowohl ein systemisches Arbeiten, was sich ergibt aus der Fallarbeit. Das heißt, es ist so eine Mischung aus dem, was Sie mir als Unterlagen vorher gegeben haben. Also es hat natürlich was mit Fallsteuerung im System des Krankenhauses zu tun. Aber darauf aufbauend geht es im Grunde genommen um ein Handlungskonzept, wo auf Systemebene praktisch auch Prozessbrüche und Schwierigkeiten, mit denen wir uns durch andere Rahmenbedingungen auseinandersetzen müssen. Abläufe, die vielleicht auch nicht optimiert sind. Schnittstellen, die noch nicht so eng zusammengeführt sind. Also auf Systemebene das zu identifizieren. Bis hin zu einer ökonomischen Auswirkung. So eine Mischform ist das für mich mittlerweile. Also kein eindeutiges Konzept, wo man</p> <p>I: Ganz speziell hier im Setting des Klinikums oder (B: Genau.) des Krankenhauses. (B: Richtig.) Ja. Also könnten Sie auch nicht sagen, dass da speziell unterschieden wird zwischen einem zentralen Case Management, was nur systemisch die Fallarbeit steuert. (B: Das ist bei uns nicht.) Nicht?</p> <p>B: Bei uns ist das nicht der Fall. Ich kenne solche Ansätze, wo man sozusagen das ganz deutlich trennt.</p>	<p>(Z. 1-15)</p>

⁷ Die Ziffern in der Kategorie spalte beziehen sich auf die zuvor entwickelten Kategorien, die Bezeichnungen der Kategorien sind bereits am Ende der vorherigen Tabelle aufgeführt.

⁸ Die Angaben in den Klammern sind Zeilenangaben aus den Transkripten der Interviews, um entsprechende Textstellen zu belegen.

	<p>I: Also sehen Sie das auch so, dass es im Prinzip im klinischen Setting gar nicht möglich ist das so strikt voneinander zu trennen?</p> <p>B: Ich glaube das ist-. In der Theorie ist das möglich. Im Alltag ist das schwierig. Weil wir einfach Strukturen haben, die total eng getriggert sind durch Verweildauern. [...] Und in chirurgischen Bereichen, wo sehr eng getaktet am OP-Plan orientiert die Abläufe getaktet werden müssen. Sondern auch die Not-. Also das Auffangen von Notfällen, die ja anders sozusagen in das System kommen.</p>	(Z. 22-30)
	<p><i>Interview 3:</i></p> <p>C: Also als Erstes auch erst mal als problemorientiertes Handlungskonzept. [...] Also, das das Problem halt bei dem Patienten in den Griff bekommen wird, dass er angeleitet wird. Ja dann immer als klientenzentriertes Versorgungskonzept. Also wir begleiten die Versorgung bei den Patienten und-. [...] Es gibt halt bestimmte Patientengruppen, die auf jeden Fall vom Case Management begleitet werden sollten.</p> <p>C: Im Stations-Case-Management ist es halt so, dass der Anteil der Notfälle über halt 30% liegen muss und halt eine hohe Fallkomplexität vorliegen muss, eine hohe Untersuchungsdichte der Patienten. Das ist halt so, das Klinik-Case-Management unterscheidet sich ja zwischendurch noch einmal so ein bisschen von uns. Die planen quasi den Aufenthalt vor.</p> <p>I: Also unterscheidet sich hier nochmal das Stations-Case-Management vom systemischen-. (C: Ja, von diesem zentralen Case-Management.) Genau. (C: Genau.) Also sind Sie tatsächlich in der Fallbegleitung des Patienten von der Aufnahme über den Aufenthalt hier für und bei dem Patienten zuständig?</p> <p>C: Genau, auf der Station. Die Vorplanung macht das Klinks-Case-Management.</p> <p>I: Eine Frage hätte ich nochmal zu der Patientenorientierung. Inwieweit wird der Patient in den gesamten Prozess so mit einbezogen? [...], aber gibt es noch weitere Sachen, wo der Patient mit in den Prozess eingebunden wird?</p> <p>C: Also es wird alles immer Ressourcenorientiert auch, [...] Also der hat am Ende wirklich das letzte Wort. [...], müssen wir natürlich die schriftliche Einwilligung des Patienten haben.</p>	(Z. 2-8) (Z. 21-24) (Z. 29-32) (Z. 170-175)
2:	<p><i>Interview 1:</i></p> <p>A: [...] innerhalb dieser Verweildauer versuchen wir für den Patienten stationär das bestmögliche Setting auf die Beine zu stellen.</p> <p>A: Steuern nicht unbedingt, wir begleiten die.</p> <p>I: Okay. Im operativen Bereich, welche Aufgaben übernehmen die Case Manager da dann ganz konkret?</p> <p>A: Zum einen die behandlungsbegleitende Codierung und zum anderen aber die Organisation von Hilfsmitteln, ambulanten Diensten, Begleitung bei Visiten mit Hinweisen [...]. Also immer diese beiden Aspekte. Auf der einen Seite Codierung, Abbildung medizinisches Geschehen und Dokumentation. Und auf der anderen Seite Organisation, [...].</p>	(Z. 4-5) (Z. 9) (Z. 19-23)

	<p>I: Okay. Also übernimmt der Case Manager dann verschiedene Funktionen auch für den Patienten. Welche würden Sie da hauptsächlich benennen? A: Zum einen ist es ein Großteil Beratung. [...]. Da nicht immer nur mit dem Patienten, sondern auch mit der Familie oder Bezugspersonen. Oder auch Betreuern. Und zum anderen dann aber tatsächlich auch mit dem Patienten und dem Kostenträger, aussuchen von anderen Akteuren, [...].</p> <p>A: Der soll dann auch eingeschaltet werden, wenn der Patient einen anderen will, [...].</p> <p>A: Ansonsten aber, [...] und wir haben versucht alles aufzustellen und der Patient erlebt dann zu hause nochmal irgendwas, dann sind wir raus. Ist ein anderer Sektor. Dann sind wir nicht mehr zuständig.</p> <p>A: Jeder Patient, der hier stationär aufgenommen wird, wird gescreent nach Blaylock Risk Score und je nach Punktwert, werden die Patienten direkt dem Sozialdienst zugeleitet. Oder dem Case Management zugeführt. Jeder stationäre, erwachsene Patient.</p> <p>I: [...], also ein Screeninginstrument, das als Assessment dient und -? A: Ja, und das monitoren wir auch, dass machen die Pflegenden. [...]. Und wir haben die Anforderung, tatsächlich innerhalb der ersten 24 Stunden stationärer Aufenthalt die Patienten zu screenen und dann entsprechend zu melden.</p> <p>A: [...]. Das ist so die eine Gruppe der Patienten, die aufgenommen werden, gescreent werden von den Pflegenden und uns dann auch gemeldet werden. Das Ganze dann auch elektronisch über das Krankenhausinformationssystem. Eine andere Gruppe von Patienten taucht im Case Management auf, manchmal auch beim Sozialdienst, die sind gescreent worden. Haben aber da keinen Bedarf erkennen lassen. Und dann sagt ein Arzt bei der Visite, der sollte sich da aber doch mal zeigen. Und dann wird [...] quasi angeordnet das Case Management oder Sozialdienst vorbeikommt. Oder aber die Patienten, die keinerlei Bedarf irgendwo gezeigt haben, kommen [...]. Also aus Selbstantrieb. (I: Eigeninitiative.) Genau.</p> <p>A: Wir sind ja mit dem Rahmenvertrag Entlassmanagement dann verpflichtet uns Einverständniserklärungen einzuholen. [...] Und wenn die Patienten gesagt haben: „Ja, wir wollen das ihr irgendwas tut.“ Dann gibt es eben die nächsten Schritte und da sind wir dann, wenn es nach Hause geht und pflegerischer Bedarf erhoben werden muss mit dem Nursing-Needs Assessment Instrument unterwegs und haben da das nächste gerichtete Instrument mit dem Case Manager [...] Und beim Sozialdienst ergibt sich ein Großteil der Aufgaben aus sozialrechtlichen Anforderungen.</p> <p>A: [...] und daraus die genaue Bedarfserhebung gemacht wird. I: Ja. Und die erfolgt dann im Prinzip im Hauptprozess über das Entlass Management? A: Mhm. (Bejahend.) I: [...], also werden dann die Schritte geplant vom Tag der Entlassung bis dann in den Übergang in die Häuslichkeit?</p>	<p>(Z. 24-28)</p> <p>(Z. 31-32)</p> <p>(Z. 38-40)</p> <p>(Z. 44-50)</p> <p>(Z. 57-64)</p> <p>(Z. 71-79)</p>
--	--	---

	<p>A: Beziehungsweise Vorbereitung der Entlassung.</p> <p>A: [...] ist es dann auch so, dass die Case Manager dann auch als Entlassungsverhinderer dann auftreten, weil die sagen: Das Umfeld ist noch nicht bereit jetzt, wir können noch nicht entlassen. So. Das muss dann immer eng mit dem Kostenträger rückgesprachen werden. Damit wir auf der anderen Seite dann nicht Verweildauerüberschreitungen haben. [...]. Vorbereitung, beziehungsweise dann aber auch tatsächlich Organisation und mitteilen: Dann und dann entlassen wir den Patienten, dann muss zu Hause alles parat sein.</p> <p>A: Und wir haben in verschiedenen Fachkliniken auch genau dazu die Entlass-Besprechungen. Da kommen Arzt, Pflegekraft, Sozialdienst, Case Manager, manchmal noch irgendein Therapeut regelhaft zusammen und besprechen, können wir entlassen, können wir nicht entlassen? Und da ist die Expertise eines jeden Einzelnen gefordert. Da wird dann auch gesagt: Lieber Doktor, ich kann noch nicht entlassen, du hast mir die entsprechende Bescheinigung noch nicht ausgefüllt. Solange du das nicht tust mache ich nichts.</p> <p>A: Also, in S1 sind das beispielsweise: Die Seniorenbüros, die Pflegeberatungsstellen, die ambulanten Dienste, das Essen auf Rädern, der Hausnotruf, die Intensivpflegedienste, aber auch Tagesstätten, die ganzen Heime, die es so gibt. Einzelne Rehakliniken, niedergelassene Praxen. Sowohl Physiotherapeuten, als auch Ergotherapeuten, Logopäden, als aber auch verschiedenste Ärzte. Möglicherweise Fachärzte. Ehrenamtler, Gemeinden, die Familien. All die können bei ein und demselben Patienten zum Einsatz kommen. Dazu kommen nochmal so Instanzen wie sämtliche Ämter und aber auch wir haben hier eine große Kinderklinik, Kinderschutzbund. Und all diese Bereiche sind dann auch nochmal dabei. [...] Also dafür stricken Sie dann mal ein Konstrukt. Da haben sie viele, viele Akteure am Start.</p> <p>A: [...] Krankenhausbehandlung ist ein kurzer Zeitraum [...].Aber das ganze Drumherum, dass muss gebastelt werden.</p>	<p>(Z. 82-88)</p> <p>(Z. 91-97)</p> <p>(Z. 117-121)</p> <p>(Z. 186-196)</p> <p>(Z. 203-214)</p>
	<p><i>Interview 2:</i></p> <p>B: [...] von der Durchdringung eben in den meisten Kliniken hier vorhanden. Insofern ist das auch eine Aufgabe, die es für die Zukunft nochmal neu zu überdenken geht.</p> <p>B: Und jede Fachrichtung hat eine etwas andere Herausforderung. Das heißt nicht nur der Unterschied zwischen internistischen Bereichen, die einen anderen Verlauf haben für ihre Patienten. [...] Sondern auch die Not-. Also das Auffangen von Notfällen, die ja anders sozusagen in das System kommen. Und das Einfädeln von elektiven Patienten. Und das Ranking zwischen den Gruppen.</p> <p>I: [...]. Sie haben gerade schon angesprochen, dass das Ankommen der Patienten, das ist auch eine sehr bedeutende, [...] Phase im Case Management. Also ist die Frage, wie der Zugang der Patienten zum Case Management im Prinzip erfolgt.</p> <p>B: Also hier im Haus ist es so, dass wir praktisch jeden elektiven Patienten</p>	<p>(Z. 20-21)</p> <p>(Z. 26-30)</p>

	<p>sowieso sehen. Das heißt, der Zugang läuft über die elektive Planung vom Patienten. Und da erst mal für alle. Das heißt, wir haben keinen Ansatz, wo gefiltert wird, [...] und dann setzt das Case Management ein. Hier gibt es, und das ist auch eine Überlegung für die Zukunft, [...]. Das ist auch meine tiefe Überzeugung, dass ja auch mit dem, [...], mit der Methode des Case Managements auch im Sozialdienst gearbeitet wird. Und die Kollegen setzen dann ein, wenn der Filter vorher drüber lag. So nach dem Motto, bei welchem Patienten gibt es ein komplexes Geschehen? Gibt es einen schwierigeren, Thema Entlassmanagement, Ablauf in der Poststationären Versorgung? Und die werden dann sozusagen über den Sozialdienst mit begleitet. Meine Mitarbeiter, Patientenmanagement, so heißt es, das hier in S2, sind sozusagen für den kompletten Verlauf, auch das Einbinden des Sozialdienstes unter Umständen oder anderer ergänzender Berufsgruppen nochmal zuständig. Machen dann auch das Assessment zum Beispiel.</p> <p>I: Ja. Das wäre so die nächste Frage gewesen. Ob es dann Instrumente gibt, mit denen die Patienten im Prinzip in der ersten Phase des Case Managements gescreent werden. (B: Genau.) [...].</p> <p>B: Genau. Wir haben also relativ, [...], umfangreiche Screeninginstrumente, die sowohl den pflegerischen Bedarf abfragen als auch jetzt im Entlassmanagement sozusagen den poststationären Hilfebedarf antriggern. Wobei das Patientenmanagement diese Erhebung nur [...] im ersten Aufnahmesetting macht. Danach wird das Scoring sozusagen weitergeführt über die Pflegekräfte auf der Station. Das heißt, wenn der Zustand sich verändert und man hat einen Bedarf, der am Anfang nicht erkannt wird, dann wird das über die Station sozusagen getriggert, nachgepflegt. Genau.</p> <p>I: Okay. Also führen die Pflegekräfte auf den Stationen auch eine gewisse Monitoringfunktion, die ja im Case Management auch von Bedeutung ist weiter?</p> <p>B: Genau. Also was das Initialassessment betrifft, zum Beispiel Richtung Entlassmanagement, das muss die Pflege sozusagen weiterführen.</p> <p>I: Okay. Wie würden Sie denn beschreiben, dass der ja der gesamte Prozess des Case Managements umgesetzt wird? [...].</p> <p>B: [...] einen Ablauf, der so ganz klar dieses elektive Geschehen beschreibt. Jemand, der mit der Notwendigkeit einer Operation hier in der Ambulanz sich vorstellt, wird von den Ambulanzärzten zunächst mal-. Unterschieden ist, dass ein Patient, der ambulant weitergeführt werden kann oder der einen stationären Aufenthalt braucht. Wenn die Notwendigkeit eines stationären Aufenthaltes ist, haben wir ein elektronisches Instrument entwickelt, wie sozusagen dann die ärztliche Einschätzung an den Case Manager weitergegeben wird. Sprich Daten des Patienten mit der Notwendigkeit, da ist eine Operation geplant. [...]. Dass der im Grunde genommen nur unter bestimmten Voraussetzungen aufgenommen werden kann. Bis hin zu Vorerkrankungen. Medikation, die bedacht werden muss. [...]. Das sind alles Informationen, die meine Mitarbeiter dann sozusagen ins Handeln umsetzen. Das heißt, die planen dann die OP. Planen die Intensivkapazität. Planen, ob ein Bett danach frei ist. Und nehmen dann mit dieser Planung sozusagen den Kontakt zum Patienten auf. Bei operativen Eingriffen ist es mittlerweile so, dass wir unterscheiden zwischen denen, die quasi auf jeden Fall vorher hier nochmal gesehen werden müssen. Und denen, wo die Diagnostik komplett vorher abgeschlossen werden kann und auch der gesamte administrative Teil</p>	
--	---	--

	<p>vorher abgeschlossen werden kann. Das heißt, wir versuchen eigentlich dazu überzugehen, dass die Menschen, die direkt operiert werden können, [...] Und auch die Prämedikationsambulanz, [...], läuft vorher in einem terminierten Ablauf. Sodass der Patient nicht kommt und warten muss, [...].</p> <p>I: Ja. Also steuern die Case Manager im Prinzip nicht nur die Aufnahme und die Entlassung, sondern auch im Prozess des stationären Aufenthalts weitere Diagnostik und Therapie? (B: Genau.) Oder dient das tatsächlich nur der Aufnahme?</p> <p>B: Nein [...]. Die Diagnostik und Therapie wird von den Case Managern dann geplant. Und wir haben eben festgestellt, es gibt eine Diagnostik, die man im vorstationären Fall abbilden kann und durchführen kann. Oder in dem ambulanten Setting. Oder der Patient bringt bestimmte Daten vorher mit oder vorher bei, auf die man zurückgreifen kann. [...]. Und das wird koordiniert dann von meinen Leuten. Sodass im Prinzip, wenn der Patient aufgenommen wird, alles quasi komplett vorbereitet ist. Das ist der Idealfall. Sodass wir im Prinzip, wenn man weiß, das läuft darauf hinaus, dass es die und die DRG wird wahrscheinlich, auch eine ungefähre Verweildauer anpeilen können. Vorausgesetzt es passiert nichts Außerplanmäßiges.</p> <p>B: Also in die Hand nehmen muss, das wollen wir eigentlich so weit wie möglich den Patienten erleichtern. Wenn er das selber will, dann endet natürlich für uns so ein Handlungsstrang.</p> <p>B: Das sind immer Dinge, wo es um eine ganz nahe Kommunikation geht.</p> <p>I: Also würden Sie schon sagen, dass die Angehörigen also auch stark mit einbezogen werden (B: Unbedingt.) in den Prozess und auch eine wichtige Rolle dabei spielen?</p> <p>B: Unbedingt. Es sei denn der Patient möchte das nicht. Dann gibt es natürlich auch unbedingt das Gegenteil, dass man sagt, dann bitte auch keine Infos weitergeben, nicht einbinden. Aber schon allein die Tatsache, dass auch manchmal Angehörige ja einen poststationären Versorgungsaufwand auch mit begleiten müssen, [...].</p> <p>I: Ja. Sie haben das Entlassmanagement ja eben schon angesprochen. Inwieweit steht da der Case Manager im Fokus? [...]. Oder ist das auch ein Bereich, der mit in die Handlungsbereiche der Pflegekräfte übergeht?</p> <p>B: Also das ist sehr heterogen. [...], weil es Aspekte gibt, da muss zum Beispiel vorab eine Kostenzusage eingeholt werden. Da müssen vorab Planungen laufen, zeitlich auch sehr früh eingetütet. Stichwort, wir brauchen einen Termin in der Kurzzeitpflege. Wir brauchen vorher die Pflegegradfeststellung durch den medizinischen Dienst, [...]. Und diese Dinge müssen ja alle terminiert ablaufen. Da geht es eben auch so, dass man grundsätzlich sagen muss, der Unterschied ist, sobald es um Kostenzusagen geht, die eingeholt werden müssen, um Koordination von Terminabsprachen, Dokumentation, ist immer der Sozialdienst hier mit drin. Wenn es darum geht um Verlegung, zum Beispiel in die Geriatrie, wo wir vorab keine Kostenzusage brauchen, machen das meine Leute. Also der Patientenmanager. Und wenn es um Hilfsmittel geht, dann sind unter Umständen auch die Pflegeexperten mit drin.</p> <p>B: Dann stellt der sofort mit seinem Assessment auch das Konsil ins Netz und</p>	<p>(Z. 31-95)</p> <p>(Z. 117-118)</p> <p>(Z. 132)</p> <p>(Z. 141-164)</p>
--	---	---

	<p>die Kollegen vom Sozialdienst können dann mit den Vorinformationen weiterarbeiten. So ist der theoretische Ablauf.</p> <p>Und wir haben so Konstrukte hier auf dem Gelände in einzelnen Fachbereichen, wo wir diese Fallkonferenzen einmal in der Woche abhalten.</p>	<p>(Z. 169-170)</p> <p>(Z. 198-200)</p>
	<p><i>Interview 3:</i></p> <p>C: Also wir begleiten die Versorgung bei den Patienten und-. Also nicht jeder Patient braucht ein Case Management. Es gibt halt bestimmte Patientengruppen, die auf jeden Fall vom Case Management begleitet werden sollten. Das sind onkologische Patienten, zum Beispiel, [...]. Also die brauchen auf jeden Fall Unterstützung. (Tonstörung) Alle Patienten erhalten bei uns ein Entlassungsmanagement. Da werden wir dann halt auch nochmal aktiv, aber dann bei den Patienten auch eher am Ende nochmal. (I: Ja, hm) [...] also alle TX-Patienten, werden bei uns nochmal mit einbezogen. Palliative Patienten mit einer infausten Prognose, [...], die Unterstützung benötigen. Patienten mit einem hohen Lebensalter, oder die zum Beispiel nach einer Amputation eine bestimmte Hilfsmittelanpassung für zu Hause benötigen. [...]-. Wir treten dann quasi auch in Kraft.</p> <p>C: Im Stations-Case-Management ist es halt so, dass der Anteil der Notfälle über halt 30% liegen muss und halt eine hohe Fallkomplexität vorliegen muss, eine hohe Untersuchungsdichte der Patienten. Das ist [...] so, das Klinik-Case-Management unterscheidet sich ja [...] von uns. Die planen quasi den Aufenthalt vor. Und wenn auf der Station oder in der Behandlung weitere Diagnostik angemeldet werden muss, übernehmen wir das halt auch teilweise. [...]. Immer da wo eine hohe Anzahl von Akteuren halt im Spiel ist, [...], da nehmen wir halt dann Anteil. Und immer dann wenn für zu Hause ein großer Unterstützungsbedarf vorliegt.</p> <p>I: Was heißt dann Vorplanung?</p> <p>C: Das Klinik-Case-Management informiert die Patienten über den Aufnahmetag, die Terminfindung und ja stimmt ärztlich angeordnete Diagnostik halt ab, weil viele Sachen halt auch nicht an einem Tag zusammenlaufen sollten. [...] Die machen quasi so ein bisschen die Vorplanung. Wenn der Patient dann bei uns hier auf die Station kommt, dann ist es so, dass wir den dann quasi im Empfang nehmen und dann so ein erstes Kennenlernen und eine erste Sichtung des Patienten durchführen.</p> <p>I: Gibt es dann ein spezielles Instrument, was für die Anamnese oder ein Screening genutzt wird oder -.</p> <p>C: Also das Klinik-Case Management macht noch einmal so ein sogenanntes Aufnahme-Assesement. Also die fragen die Patienten bestimmte Sachen ab [...], bei dem Fragebogen, damit einfach noch einmal sichergestellt wird, wie hoch bei Aufnahme der Bedarf ist.</p> <p>I: Ja und wenn Sie dann hier die Patienten in Empfang nehmen, wie sind dann so die weiteren Schritte im Verlauf? [...].</p> <p>C: Ja also erst einmal sind wir halt Ansprechpartner des Patienten bei Eintritt dann in diesen stationären Raum hier. Wir müssen als Erstes mal so diese administrativen Sachen auch noch hier oben aufnehmen. [...] Dann weisen wir dem Patienten hier oben ein Bett zu. Also meine Kollegen und ich</p>	<p>(Z. 6-16)</p> <p>(Z. 21-28)</p> <p>(Z. 34-39)</p>

	<p>übernehmen dann hier oben komplett die Bettensteuerung. Auch in Absprache dann mit unserem Kliniks-Case Management, weil die natürlich auch noch von anderen Kliniken Patienten annehmen. Wir lotsen die Patienten durch die Vordiagnostik. Also die haben natürlich schon so ein paar Termine, die durch das Kliniks-Case Management geplant worden sind. Und kommunizieren dann halt mit den Ärzten was, [...]. Wir begleiten die Visite mit. [...]. Dann einfach nochmal mit den Angehörigen auch, dass man den Bedarf der post-stationären Versorgung auch nochmal klärt. [...] Ja und wir binden auch noch andere Leistungserbringer hier in der Klinik ein. [...] Ja und natürlich auch außerhalb die Leistungserbringer, [...].</p> <p>C: Also das ist im Grunde so, wir schalten auch oft den Sozialdienst ein. Wir geben dann quasi eine elektronische Meldung raus an den Sozialdienst.</p> <p>C: Wenn es aber so in Richtung Behandlungspflege geht, [...] Dann organisieren wir das.</p> <p>C: Wir suchen den Pflegedienst dann auch. Das heißt wir rufen aktiv bei dem Pflegedienst dann an. Stellen quasi den Patienten kurz vor und versuchen ihn dann natürlich da anzubinden. [...]. Dann nehmen wir mit Hausärzten oft Kontakt auf. [...]. Medikamentenbestellung und Material-bestellung machen wir halt über die Apotheken. Wir stellen Rezepte aus. Entlassungsrezepte gibt es ja jetzt seit letztem Jahr im Oktober neu. AU's, Formulare für Haushaltshilfen füllen wir aus. Also wir machen schon recht viel, das ist sehr gefächert.</p> <p>I: [...], dass es ein, ja, für den Patienten, eine große Anzahl an Akteuren schon hier, während des Aufenthaltes, gibt. Ist es da schwierig, klare Verantwortlichkeiten des Case-Managers als so zentralen Ansprechpartner zu sehen? Kommt es da zu Konflikten oder ist das (C: Nein, eigentlich-) mehr Teamarbeit?</p> <p>C: Also das ist schon Teamarbeit, aber wir sind halt schon Vermittler zwischen diesen ganzen Akteuren.</p> <p>C: [...] da müssen wir schon Rücksprache oft halten. Also Kommunikation ist wirklich das A und O hier. Also eigentlich gibt es da keine Schwierigkeiten.</p> <p>C: [...]-. Man hat einen Ansprechpartner, man weiß genau in dem anderen Haus, wer für den Patienten zuständig ist vom Case Management.</p> <p>C: Wir haben ein ganz großes Team. Wir sind uns untereinander auch behilflich, das kann man nochmal sagen.</p> <p>C: [...] dieses Initial-Assessment, wo durch das Kliniks-Case Management schon viele Merkmale bei den Patienten gesetzt werden. [...]. Das ist auch einfach schon mal viel Vorarbeit für uns, was wir sonst früher immer aus den Patienten rauskitzeln mussten, oder aus den Angehörigen. Also das ist schon wirklich ein sehr, sehr guter Weg.</p> <p>I: Und sehen Sie da vielleicht auch eine Notwendigkeit, das als, im Prinzip in eine Person zu fassen? Sprich, dass klinische und das stationäre Case</p>	<p>(Z. 40-66)</p> <p>(Z. 69-70)</p> <p>(Z. 72-74)</p> <p>(Z. 76-82)</p> <p>(Z. 97-101)</p> <p>(Z. 104-105)</p> <p>(Z. 143-144)</p> <p>(Z. 148-149)</p>
--	--	--

	<p>Management, als ein Mitarbeiter zu führen, um wirklich einen kompletten (C: Also ich finde das schon-) Rundumblick zu schaffen? C: Ich finde das schon sehr gut, wie es jetzt so läuft, [...]-. C: Und das wir dann wirklich hier, auf der Station, den Behandlungsverlauf des Patienten begleiten, bis hin zu Entlassung und auch was danach kommt, finde ich auch sehr gut aufgeteilt. C: Also es wird alles immer Ressourcenorientiert auch, also auch an den Gemeinzustand des Patienten angepasst. Also der hat am Ende wirklich das letzte Wort. Also wenn wir aktiv werden, meine Kollegin und ich, gerade wenn es um Entlassungen geht, müssen wir natürlich die schriftliche Einwilligung des Patienten haben. C: Da hat er die letzte Entscheidungsfindung. [...]. Das dürfen wir halt nur patientenorientiert machen und das finde ich auch gut so. C: [...], das ist eine, wie gesagt, eine Beratung, die kann man auch natürlich ablehnen. Bei bestimmten Krankheitsbildern macht es halt Sinn bestimmte Leistungen anzufordern. Das ist aber auch nur alles nach Absprache. Wenn sowas aktuell ansteht, dann biete ich dem Patienten das erst mal in einem kurzen, persönlichen Gespräch an und warte dann auf die Reaktion. Entweder, [...]. Aber zum Beispiel bei dem psychoonkologischen Dienst, den wir ja auch bei Krebspatienten mit hinzuziehen, ist es halt auch oft so, dass die Patienten sagen, wir haben kein Gesprächsbedarf. Dass sie es dann selber mit sich ausmachen. Finde ich, also, ist auch ok. Es ist nur ein Angebot. Aber das sie das Gefühl haben, dass man die natürlich auch bei dem Krankheitsprozess unterstützt.</p>	<p>(Z. 157-164) (Z. 166-168) (Z. 173-175) (Z. 180-182) (Z. 186-193)</p>
<p>3:</p>	<p><i>Interview 1:</i> A: Zum einen ist es ein Großteil Beratung. Was geht überhaupt? Da nicht immer nur mit dem Patienten, sondern auch mit der Familie oder Bezugspersonen. Oder auch Betreuern. Und zum anderen dann aber tatsächlich auch mit dem Patienten und dem Kostenträger, aussuchen von anderen Akteuren, [...]. Weil an der Stelle weiß der Patient oft nicht, was sein Kostenträger für Absprachen mit ambulanten Diensten beispielsweise hat. Das Wunsch- und Wahlrecht ist ja nicht ausgehebelt. Aber dann sagt die Krankenkasse: Wir haben mit dem und dem die entsprechenden Verträge. Der soll dann auch eingeschaltet werden, wenn der Patient einen anderen will, muss er sich im Klaren darüber sein, dass möglicherweise Differenzkosten auf ihn zukommen. I: Also übernimmt der Case Manager in der Beratungsfunktion auch diese sogenannte Advocacy Funktion, als Anwalt, um da die Interessen zu beraten. Aber auch durchzusetzen, wenn man da in Differenzen kommt, zum Beispiel den Kostenträgern und eben den Leistungserbringern? A: Ja, in dem Moment, [...]. Dann auch durchsetzen. I: [...] und auch die Case Manager so vollumfänglich als eigene-, naja Berufsgruppe will ich jetzt nicht sagen, oder-. A: Doch. Inzwischen ja. Hier inzwischen ja.</p>	<p>(Z. 26-38) (Z. 114-116)</p>

	<p>A: Und da ist die Expertise eines jeden Einzelnen gefordert. Da wird dann auch gesagt: Lieber Doktor, ich kann noch nicht entlassen, du hast mir die entsprechende Bescheinigung noch nicht ausgefüllt. Solange du das nicht tust mache ich nichts. So also. Da sind neue Ärzte immer sehr überrascht.</p> <p>A: Die reden auf Augenhöhe. Die schreiben dann auch so einem Chefarzt: Was soll entschieden werden? Gibt zwei Möglichkeiten, sag mir bitte, wo es hingehen soll.</p> <p>A: Und die Patienten sind alleine gelassen, wenn da nicht Menschen sind, die sie vorübergehend an die Hand nehmen und an die Hand des nächsten übergeben können.</p> <p>A: Die sind aber alle zertifizierte Codier Fachkräfte. Was in der Argumentation auf Augenhöhe ganz spannend ist, [...].</p>	<p>(Z. 119-122)</p> <p>(Z. 155-156)</p> <p>(Z. 179-181)</p> <p>(Z. 234-235)</p>
	<p><i>Interview 2:</i></p> <p>B: Das heißt, die planen dann die OP. Planen die Intensivkapazität. Planen, ob ein Bett danach frei ist. Und nehmen dann mit dieser Planung sozusagen den Kontakt zum Patienten auf.</p> <p>B: Und denen, wo die Diagnostik komplett vorher abgeschlossen werden kann und auch der gesamte administrative Teil vorher abgeschlossen werden kann. Das heißt, wir versuchen [...], dass die Menschen, die direkt operiert werden können, [...]. Das heißt, der ganze Teil administrative Aufnahme wird vorher geplant.</p> <p>I: Ja. Also steuern die Case Manager im Prinzip nicht nur die Aufnahme und die Entlassung, sondern auch im Prozess des stationären Aufenthalts weitere Diagnostik und Therapie? (B: Genau.) Oder dient das tatsächlich nur der Aufnahme?</p> <p>B: Nein, [...] das ist schon-. Die Diagnostik und Therapie wird von den Case Managern dann geplant.</p> <p>I: Aber die Frage ist, ob sich der Patient mehr der Lotsenfunktion des Case Managers unterordnet und sozusagen durch den Aufenthalt geschleust wird. Oder, ob er dann viel auch noch beispielsweise für die nachstationäre Versorgung selber in die Hand nehmen muss.</p> <p>B: Also in die Hand nehmen muss, das wollen wir eigentlich so weit wie möglich den Patienten erleichtern. Wenn er das selber will, dann endet natürlich für uns so ein Handlungsstrang.</p> <p>B: Das ist generell ein ganz, ganz wichtiger Aspekt, sozusagen die Menschen, die sich uns anvertrauen, im Verlauf zu begleiten.</p> <p>B: Es sei denn der Patient möchte das nicht. Dann gibt es natürlich auch unbedingt das Gegenteil, dass man sagt, dann bitte auch keine Infos weitergeben, nicht einbinden.</p>	<p>(Z. 72-74)</p> <p>(Z. 75-79)</p> <p>(Z. 85-89)</p> <p>(Z. 114-118)</p> <p>(Z. 129-130)</p> <p>(Z. 143-144)</p>
	<p><i>Interview 3</i></p> <p>C: [...]. Immer da wo eine hohe Anzahl von Akteuren halt im Spiel ist, [...] da nehmen wir halt dann Anteil.</p>	<p>(Z. 25-27)</p>

	<p>C: Also meine Kollegen und ich übernehmen dann hier oben komplett die Bettensteuerung. Auch in Absprache dann mit unserem Kliniks-Case Management, [...]. Wir lotsen die Patienten durch die Vordiagnostik. Also die haben natürlich schon so ein paar Termine, die durch das Kliniks-Case Management geplant worden sind. Und kommunizieren dann halt mit den Ärzten [...].</p> <p>C: Ja und wir binden auch noch andere Leistungserbringer hier in der Klinik ein. [...] Ja und natürlich auch außerhalb die Leistungserbringer, also Apoth-.</p> <p>I: Das wär die nächste Frage gewesen. Welche Akteure dann noch außerhalb, also, Kontakt zu Ihnen oder Sie zu denen Kontakt eben aufnehmen?</p> <p>C: Also das ist im Grunde so, wir schalten auch oft den Sozialdienst ein.</p> <p>C: Wir besprechen dann natürlich uns erst mal mit dem Patienten, [...].</p> <p>I: Also übernehmen Sie für den Patienten verschiedene Funktionen. In der Theorie des Case-Managements würde man jetzt vor Allem von der Vermittlungs- und anwaltschaftlichen (C: Genau.) Funktion sprechen. Also Sie treten da schon für die Interessen ein, aber führen auch naja Vermittlungen zu anderen Akteuren durch?</p> <p>C: Genau. Und ich ebne auch den Weg, oder den Zugang zu anderen Leistungen, die dem Patienten halt einfach auch zustehen. [...].</p> <p>I: Haben Sie dabei dann auch Kontakt zu den Krankenkassen und auch zu den weiteren Leistungserbringern eben, indem Sie da für den Patienten sprechen und im Prinzip, wie Sie schon gesagt habe, die Leistungen, die Ihm auch zustehen da durchbringen?</p> <p>C: Durchzusetzen, ja. Das ist oft bei Hilfsmitteln halt ein Problem.</p> <p>C: Also das ist schon Teamarbeit, aber wir sind halt schon Vermittler zwischen diesen ganzen Akteuren.</p> <p>C: [...] Wir sind der erste Ansprechpartner, [...] Aber wenn es jetzt wirklich so den Fall an sich, [...] an Sich angeht, kommen die meisten Leute wirklich zu uns als Erstes.</p> <p>C: [...]-. Man hat einen Ansprechpartner, man weiß genau in dem anderen Haus, wer für den Patienten zuständig ist vom Case Management.</p> <p>C: Und, ja mir persönlich-. Für mich persönlich, ich find es gut, wenn man viel Verantwortung übernimmt, auch für den Patienten.</p> <p>C: [...] wie gesagt, eine Beratung, die kann man auch natürlich ablehnen.</p>	<p>(Z. 53-57)</p> <p>(Z. 62-66)</p> <p>(Z. 67-69)</p> <p>(Z. 74-75)</p> <p>(Z. 83-91)</p> <p>(Z. 102)</p> <p>(Z. 109-111)</p> <p>(Z. 143-144)</p> <p>(Z. 149-151)</p> <p>(Z. 186-187)</p>
<p>4:</p>	<p><i>Interview 1:</i></p> <p>A: Weder die Ärzte, noch die Pflegenden wissen, was man zu Hause alles machen kann. Welche Hilfsmittel man zu Hause einsetzen kann. Welcher Pflegedienst was kann [...]. Aber was man dann für einen Pflegedienst braucht, der dann besondere Expertisen im Bereich Wundversorgung, Ernährungsrisiken oder was es auch immer hat. Das können die überhaupt</p>	

	<p>nicht mehr beurteilen. Oder die Hilfsmittel, die wir im Krankenhaus haben lassen sich zu Hause nicht einsetzen. Da braucht man andere. Also sind das spezielle Kenntnisse, die da auch die Case Manager haben. Oder auch der Sozialdienst. Und von daher ist schon klar, dass man da miteinander arbeiten muss. Manchmal eskaliert das ein bisschen, das ist aber personenabhängig. Dann tauchen oder stoßen plötzlich Zwei aufeinander, die nicht miteinander können. Dann bricht sowas auch schonmal zusammen.</p> <p>A: Ich glaube, dass ist-. Oder in meiner Wahrnehmung ist das ein Berufspolitisches Problem-, -system, was da zu lösen ist. Also Krankenhäuser und Case Management. Aber was heißt denn das? Und das ist von Krankenhaus zu Krankenhaus völlig unterschiedlich. Es gibt die, die das Case Management machen und den ganzen Tag nichts anderes machen als den Krankenhausaufenthalt zu planen. Die einzelnen Untersuchungen und was auch immer da ansteht für den Patienten. Die habe aber mit der Entlassung gar nichts zu tun. Weil das macht der Sozialdienst. [...].Was ich damit sagen will ist, dass nicht definiert ist, was bedeutet eigentlich Case Management im Krankenhaus. Und ich glaube das ist das, was dringen passieren muss. Wir müssen dafür innerhalb der Krankenhäuser: A eine Definition haben, was verstehen wir darunter. B: Wo verorten wir die Mitarbeiter? Was müssen die auch für eine Ausbildung mitbringen? Und da hängt dann schlussendlich eigentlich dran: Was sollen die eigentlich auch verdienen? Und ich glaube, das muss dringend getan werden [...], Krankenhaus Behandlung ist nur noch ein kleines Häppchen in diesem gesamten Gesundheitsprozess. [...] Und von daher ist da richtig viel zu tun noch.</p> <p>A: Alle die wollen ja miteinander vernetzt werden. Und dann hat noch keiner mit dem Patienten gesprochen, ob das überhaupt passt. Und das erfordert ein immenses Wissen um solche Versorgungsstrukturen, was man sich mühselig erarbeitet in so einer Region. Und dazu gehört dann immer noch, wie könnte dieser ganze Kram überhaupt finanziert werden. Welcher Kostenträger ist wofür zuständig. Wann ist das die Pflegekasse, wann die Krankenkasse, wann muss ich einen Härtefond anstellen oder gar Spenden einwerben, damit diese Versorgung überhaupt geht.</p> <p>A: Und da würde ich mir wünschen, dass es so Case Manager in der Praxis gibt, beim Hausarzt oder beim Kinderarzt, die unsere Patienten schon anmelden in einem Vorversorgungssetting. Wenn es eins gibt. Wo wir aber auch, wenn wir den Patienten entlassen, zurückmelden. Wo wir zwischendrin Fallkonferenzen am Patientenbett machen können, wenn es ganz aufwendig ist, mit allen Akteuren. So dass der Patient auch weiterhin am Mittelpunkt des Geschehens bleibt und weiß, was drumherum geschieht. [...] ich glaube so Menschen, [...] in so Positionen die ähnlich sind wie meine, müssen sich da tatsächlich auch auf machen und an die politischen Entscheidungsträger herantreten. Und wenn man mal guckt, je nachdem in welcher Klinik man ist, was die Case Manager verdienen, sind da drei Gehaltsgruppen unterscheid denkbar. Also von dem was ich so weiß. Und verantwortungstragend identisch. Also in der einen Klinik so und in der nächsten Klinik so.</p> <p>A: Und die finden sich auch in Tarifverträgen nicht wieder. Also wenn man</p>	<p>(Z. 105-113)</p> <p>(Z. 164-181)</p> <p>(Z. 197-203)</p> <p>(Z. 204-213)</p>
--	---	---

	<p>guckt Tarifvertrag öffentlicher Dienst, wo es immer noch darum geht, nach unterstellten Mitarbeitern zu bezahlen. So ein Case Manager hat keine unterstellten Mitarbeiter. Also das passt irgendwie nicht.</p> <p>A: Sie sind nicht alle zertifizierte Case Manager. Weil das Unternehmen das nicht bezahlen will.</p>	<p>(Z. 216-218)</p> <p>(Z. 230)</p>
	<p><i>Interview 2:</i></p> <p>I: Ja. Und wie würde sich das Ganze dann gestalten bei Notfallpatienten, die ungeplant herkommen?</p> <p>B: Genau. Wir haben hier eine sehr große, zentrale Notaufnahme, [...]. Und wir strukturieren just in diesen Monaten jetzt auch im Grunde genommen genau den Teil auch um. Weil wir eben gemerkt haben, die Patienten, die als Notfälle kommen, [...], die auf die Kliniken sozusagen verteilt werden müssen. Das heißt, das sind Menschen, die wir nicht kennen, aber wo wir wissen, dass sie kommen. Das heißt, wir haben sie als theoretische Fälle müssen wir sie mit führen, weil wir für die ja das Bett brauchen oder die Kapazität oder, [...]. Und in der Tat ist es nicht trivial, die einzufädeln ins System. Ich bin relativ sicher, dass wir für die Zukunft ein anderes System brauchen, diese Patienten nachzupflegen, wenn sie auf der Station sind. Weil im Grunde das, was vorher der Case Manager für die Elektiven perfekt geplant hat, ist für diese Menschen natürlich-. Die sind im Hintertreffen. Und ich gucke mir jetzt im Moment gerade an, ob die Station es hinkriegt sozusagen von Seiten der Pflege das nachzujustieren, wenn der Patient schon auf Station ist. Und denke aber, dass das vermutlich auch eine Begründung sein kann, eine Rolle auf der Station nochmal zu implementieren, die genau dieses Klientel nochmal weiter oder konkret plant. Und gleichzeitig aber auch, [...], wie wird das denn weiter gemonitort, wenn die Patienten auf der Station. In S4 hatten wir eine Struktur, dass wir in Bereichen, wo sehr häufig eben auch Notfälle kamen, auch ein sogenanntes Stations-Case Management hatten. Das haben wir hier jetzt so noch nicht.</p> <p>B: [...] Die explizite Einwilligung eines Patienten in ein Entlassmanagement, also auch in die Weitergabe von Daten, ist ein Sachverhalt, der es für alle Krankenhäuser bundesweit, aber eben auch für uns, nochmal notwendig gemacht hat, genau zu überlegen, wann stimmt eigentlich ein Patient welchem Handlungsstrang zu? Kann er zu dem Zeitpunkt, wenn er zustimmt schon übersehen, was alles auf ihn zukommt und worum es genau geht? Oder bauen Dinge aufeinander auf und man hat am Anfang eine ganz allgemeine Einwilligung im Idealfall und muss das modifizieren?</p> <p>B: Also je konkreter die Planung ist, desto mehr muss der Patient natürlich mitgenommen werden.</p> <p>B: Und wir können ja leider nicht immer davon ausgehen, dass der Patient sozusagen der Ansprechpartner ist. Es gibt eben auch Patienten, die das gar nicht beurteilen können. Oder auch sagen: „ Ich möchte das nicht alleine entscheiden. Meine Angehörigen sollen dabei sein.“ Oder ich habe einen gesetzlichen Betreuer. [...]. Das heißt, wir haben ja ganz viele sehr unterschiedliche Settings. [...]. Und eben auch die Frage, zunehmend demenziell veränderte Patienten, die aber vielleicht noch nicht unter</p>	<p>(Z. 96-112)</p> <p>(Z. 118-124)</p> <p>(Z. 127)</p>

	<p>gesetzlicher Betreuung stehen. Wo also auch die Frage von gesetzlicher Vertretungsmacht eine ist, die man auch nicht manchmal so ohne weiteres schnell lösen kann.</p> <p>I: Gut. Ja das wäre auch noch so eine Frage, die für mich wichtig ist. Ob es klare Verantwortlichkeiten gibt, eben was der Case Manager zu tun hat. Und ob diese dann eben auch so akzeptiert werden von beispielsweise den Sozialarbeitern oder aber auch den Pflegekräften, [...].</p> <p>I: Ja ich glaube diese Frage ist auch total wichtig, weil ich glaube, wenn das nicht klar ist, gibt es Konflikte. Wenn es klar ist, dann kann man sicherlich diskutieren über das ein oder andere. Aber dann dürfte das-. Der Konflikt im operativen Geschäft am Bett, den dürfte es eigentlich dann nicht geben. Man muss aber bei allem konzeptionell immer auch sagen, es ist sehr, sehr stark davon abhängig, wie jemand mit seinem Selbstverständnis die Rolle lebt. Also mit welcher Durchsetzungsstärke Kollegen an Ort und Stelle agieren. Und mit welchem Respekt man anderen Berufsgruppen gegenübersteht.</p> <p>B: Und insofern versuchen wir jetzt auch hier mit der Überarbeitung unseres Konzeptes zu gucken, wo kann man vielleicht auch Zeit und Arbeit, sinnvollerweise Ressource auch sparen, weil sie an anderer Stelle mehr gebraucht wird? Und wie können die Kollegen sich möglichst gut die Bälle zuspielen? Also auch ganz eng in Fallkonferenzen zum Beispiel miteinander sozusagen durchsprechen, [...] mit Pflege, mit ärztlichem Dienst, vielleicht mit Physiotherapie, vielleicht mit dem Controlling, zusammen abgleicht Sozialarbeit und Case Management.</p> <p>I: [...]. Gut. Wo würden Sie noch Probleme und Herausforderungen für die Zukunft sehen?</p> <p>B: Ich glaube die größte Herausforderung ist, dass solche Stellen, zum Beispiel wie im Case Management, die tauchen ja in keiner Personalbedarfsplanung auf zum Beispiel. Das heißt, in der Regel ist die Problematik, entweder sind es Pflegestellen, die umgewidmet werden. Dann hat man aber die Kollegen auch nicht mehr am Bett. Man braucht aber jemanden, der sozusagen die Expertise hat, um zu wissen, wo, was die Problematik auf Station ist. Und man braucht jemanden, der quasi auch refinanziert werden kann. Weil wenn ich hier von Station eine Leistung wegnehme, der von den Case Managern bezahle, der dann aber dafür sorgt, dass die Betten voll sind. Dass also eigentlich der Durchlauf höher wird und man dann mehr Pflegekräfte braucht. Beißt sich die Katze in den Schwanz. Das heißt auch da klare Finanzierungskonzepte. Und mit diesen Modellen, die es ja gibt, durchaus gucken, wo wird Arzt entlastet? Also worauf man auch aus dem ärztlichen Budget sozusagen einen Kostenfaktor X, der da rüber wandert. Und wie kann man möglichst [...], im Personalcontrolling diese Stellen eindeutig abbilden?</p> <p>I: Ja also überwiegend ein berufspolitisches Problem.</p> <p>B: Das ist die eine Sache, die ich glaube, die sehr, die langfristig ein großes Ziel ist. [...], alle anderen Probleme, die man manchmal, die so hausgemacht sind, sage ich mal. Da müssen wir Hausaufgaben machen. [...]. Da muss man sich hinsetzen mit dem Klinikdirektor und muss immer wieder ins Gespräch</p>	<p>(Z. 132-140)</p> <p>(Z. 174-183)</p> <p>(Z. 193-198)</p> <p>(Z. 211-222)</p>
--	---	---

	<p>gehen, weil natürlich die Protagonisten auch immer wieder wechseln. Und mit jedem neuen Klinikdirektor, der kommt oder mit jeder neuen Mitarbeiterin in meinem Team ergeben sich neue Konstellationen, die dann wieder auch in gewisser Hinsicht auch wieder neu ausgehandelt werden. [...] Müssen natürlich auch nochmal Prozesse neu angeguckt werden. Können wir irgendwas daran effizienter gestalten? Und so weiter. Und da sehe ich eben auch eine große Aufgabe für das Case Management. Sich maximal einzubringen. Vor allen Dingen auch in Veränderungsprozesse, die im Haus stattfinden.</p> <p>B: Und mit einem sehr weiten Blick, den der Patient am Anfang für sich selber ja auch nicht hat, weil er nicht weiß, was auf ihn zukommen kann. Und ihn dabei zu begleiten, ist eben dann schon die Herausforderung, die das System limitiert an der Stelle.</p> <p>B: Gleichzeitig, glaube ich, ist die große Aufgabe, nicht in Konkurrenz zu treten zu anderen. Sondern gemeinsam zu gucken, wie können wir gemeinsam die Aufgaben, die in einem solchen Setting wie Krankenhaus einfach notwendigerweise gelöst werden müssen, [...] wo man nicht mehr gegeneinander agiert, sondern wirklich versucht im Schulterschluss.</p>	<p>(Z. 223-235)</p> <p>(Z. 248-251)</p> <p>(Z. 270-275)</p>
	<p><i>Interview 3:</i></p> <p>C: Also klar, dass der Eine seine Interessen eher im Vordergrund sieht, als der Andere, ist ganz klar. [...]. Und deshalb, da müssen wir schon Rücksprache oft halten. Also Kommunikation ist wirklich das A und O hier. [...].</p> <p>C: Also ich glaub schon, dass da viel Luft noch nach oben ist. Das Case Management soll hier im Hause in der Zukunft wohl auch noch ausgedehnt werden, damit die Absprachen halt auch besser sind.</p> <p>C: Ich finde das schon sehr gut, wie es jetzt so läuft, [...]. Das in eine Person zu packen, ist glaube ich, sehr schwierig.</p> <p>C: Also es wird alles immer Ressourcenorientiert auch, also auch an den Gemeinzu stand des Patienten angepasst. Also der hat am Ende wirklich das letzte Wort. Also wenn wir aktiv werden, meine Kollegin und ich, gerade wenn es um Entlassungen geht, müssen wir natürlich die schriftliche Einwilligung des Patienten haben.</p> <p>C: Schwierig wird es immer mal wieder bei Krankenkassen, weil Krankenkassen sich natürlich auch irgendwie so ein bisschen zentral positionieren. [...], aber oft fühlt sich halt auch keiner zuständig, dann erst mal den richtigen Ansprechpartner zu finden, da geht immer viel Zeit drauf. Das ist sehr schwierig.</p>	<p>(Z. 101-105)</p> <p>(Z. 141-143)</p> <p>(Z. 164-169)</p> <p>(Z. 173-175)</p> <p>(Z. 199-204)</p>
<p>5:</p>	<p><i>Interview 1:</i></p> <p>A: Ja. Also wir üben das ja hier schon ein paar Jahre. Und alle Mitarbeiter, die etwas länger im Unternehmen sind, wissen, was sie sehr wohl voneinander haben an den verschiedenen Stellen.</p> <p>A: Manchmal eskaliert das ein bisschen, das ist aber personenabhängig. Dann tauchen oder stoßen plötzlich Zwei aufeinander, die nicht miteinander können.</p>	<p>(Z. 103-104)</p>

	<p>Dann bricht sowas auch schonmal zusammen.</p> <p>I: Aber grundsätzlich würden Sie schon sagen, dass eine kooperative Zusammenarbeit ist, und auch die Case Manager so vollumfänglich als eigene-, naja Berufsgruppe will ich jetzt nicht sagen, oder-.</p> <p>A: Doch. Inzwischen ja. Hier inzwischen ja. Weil wir machen es seit zehn Jahren so. . Also-. Oder elf inzwischen. [...]. Aber das war ein harter Weg, dahin zu kommen.</p> <p>A: In dem halben Jahr wurde ein Konzept erarbeitet und das wird dann am Tag eins über das Klinikweite Unternehmen ausgerollt und damit müssen alle leben. Das war sehr hilfreich. Das so zu machen. Das hat dann an der einen oder anderen Ecke geknirscht. Und brauchte ganz viele Gespräche [...] Man gerät miteinander ins Gespräch, [...].Das man so plötzlich über Prozesse und Details und Behandlungsabläufe miteinander ins Gespräch geht. Und nachdem die ersten dann verstanden hatten, was sie eigentlich davon haben, war das völlig gut.</p> <p>A: Und die Berufserfahrung braucht es auch, weil die brauchen ein gewisses Standing im Gespräch mit den Ärzten, die Pflegenden</p> <p>A: Die können immer nur so gut beraten wie sie wissen, was geht zu hause. Was kann man einsetzen.</p>	<p>(Z. 112-113)</p> <p>(Z. 114-123)</p> <p>(Z. 130-141)</p> <p>(Z. 237-238)</p> <p>(Z. 246)</p>
	<p><i>Interview 2:</i></p> <p>B: Zumal man eigentlich immer, wenn der Patient schon weg ist merkt, oh das ist schlecht gelaufen, [...]. Und daraus müssen wir ja irgendwie auch einen Lerneffekt herstellen. Dass man sagt, okay, die Konstellation des Falles auf Systemebene ist, bei dem und dem Sachverhalt müssen wir so und so agieren. Und müssen auf das und das achten, damit wir sozusagen auch erlöstechnisch, und da sind wir dann bei der Systemebene, möglichst ohne eine Einschränkung auch hier unsere Kosten hinterher wieder erwirtschaften. Ja weil die Leistung ist ja erbracht. Da können wir nichts mehr dran ändern.</p> <p>I: Ja. Sie haben im Vorgespräch auch schon angedeutet, dass es im Prinzip eine Limitation des theoretischen Konzeptes gibt. Können Sie da nochmal zwei, drei Sätze zu sagen? [...].</p> <p>B: Ja also, ich sage mal so, wenn man die Arbeitsfelder, in denen Case Management eine Rolle spielt in der heutigen Zeit, nebeneinander legt, dann ist ja im Prinzip, sage ich mal, von der reinen Lehre quasi auch eine Begleitung des Klienten. Mit einem Monitoring, [...]. Mit so einem kontinuierlichen Verbesserungsprozess, wo man Dinge einigt und wieder neu bewertet und so weiter. Und das bedeutet einfach, dass man auch eine gewisse Form des Vertrauensverhältnisses hat. Eine gewisse Form der Länge der Begleitung eines Klienten. Und das ist natürlich was, was wir in so einem Setting Krankenhaus vielleicht in wenigen Bereichen haben. Aber in den meisten eben nicht. Das heißt Verweildauern von sechs, sieben Tagen zwingen uns im Prinzip wirklich eng getaktet und auch sehr stark unter dem Fokus, was ist monetär möglich? Gucken, dass es für Patienten so einfach wie möglich und mit so wenig, sage ich mal, Reibungsverlusten wie möglich praktisch durch dieses Setting geht.</p>	<p>(Z. 204-210)</p> <p>(Z. 236-248)</p>

	<p>B: Also meine Idee ist schon, ich möchte natürlich hier den Laden auch weiter entwickeln. Klar. Und ich merke eben auch, an mancher Stelle braucht es auch diesen Unterbau eines Studiums. [...]. Und ich glaube aber, dass es eben auch kein Nachteil ist, wenn man durch ein Studium auch nochmal eine etwas andere, klarere Struktur hat, vielleicht auch Dinge aufzubereiten und zu Papier zu bringen.</p>	(Z. 308-315)
	<p><i>Interview 3:</i></p> <p>I: Und diese Rolle wird auch von allen Kollegen so vollumfänglich akzeptiert oder [...]-. Können Sie da von Erfahrungen berichten, wo man sagen würde, die Kollegen aus der Pflege, die sehen das da dann so, dass sie quasi nochmal so einen Vormund haben, bevor Sie als, [...] Profis, die den Patienten tagtäglich sehen, ja da dann im Prinzip nicht so über den Patienten berichten können?</p> <p>C: Nein, eigentlich nicht. Also es wird von Allen super angenommen. [...]. Man musste sich natürlich erst mal so etablieren hier, musste sich auch erst einmal einen Namen machen. Die Ärzte vor Allem müssen erst einmal sehen, was man überhaupt für eine Verantwortung, [...] übernehmen kann. Und ja auch erst einmal so die ersten Erfolge erkennen, bei den Patienten. Wenn die mit einer kompletten Versorgung nach Hause gehen, und dass sie im Grunde genommen nicht mehr, also im besten Fall, gar nicht wiederkommen. Oder zeitlich längerem Abstand.</p> <p>I: Ok. Also ist das eher eine Problematik, die auf einer persönlichen Ebene zwischen Einzelnen besteht, aber nicht grundsätzlich in der Funktion, die das Case-Management übernimmt?</p> <p>C: Also in der Funktion auf keinen Fall. Und persönlich jetzt, [...] wenn jemand Neues kommt, dann ist man, glaub ich, auch oft erst mal misstrauisch und man muss sich erst mal so ein bisschen beweisen, darum geht es eher, glaub ich.</p> <p>C: Also meine Motivation ist hier auch gleichbleibend hoch eigentlich. Also ich persönlich arbeite in dem Feld sehr gerne. Man lernt viele Menschen kennen und die Arbeit mit den anderen Berufsgruppen, die ist halt total interessant. Wenn man dann wirklich am Ende sieht, wie die Patienten nach Hause gehen, in was für einen Zustand. Und wenn man die auch Monate vielleicht zu einer Kontrolluntersuchung nochmal wieder sieht. Also ich habe soweit keine negativen Erfahrungen.</p> <p>C: Also an sich ist dieser ganze Behandlungsablauf wirklich sehr vollumfänglich. Und die Planung, [...], dass die Verantwortlichkeit bei dem Kliniks-Case Management liegt, finde ich schon sehr, sehr gut.</p> <p>I: Sehen Sie, jetzt im stationären Bereich vor Allem, starke Limitationen, die Ihre Arbeit irgendwie einschränken?</p> <p>C: Also hier im stationären Umfeld gar nicht, so was hier diese Einrichtung auch angeht. Das überhaupt nicht. [...], aber oft fühlt sich halt auch keiner zuständig, dann erst mal den richtigen Ansprechpartner zu finden, da geht immer viel Zeit drauf. Das ist sehr schwierig.</p>	<p>(Z. 112-121)</p> <p>(Z. 130-135)</p> <p>(Z. 144-148)</p> <p>(Z. 164-166)</p> <p>(Z. 197-204)</p>

	<p>C: Ja. Ich glaube wir haben alle das gleiche Ziel und deshalb legt man uns da auch so keine Steine in den Weg. Also kann ich wirklich Nichts Negatives zu sagen. Wir wollen alle, dass die Patienten gut versorgt sind. Und dann auch so nach Hause gehen.</p> <p>(Z. 208-210)</p> <p>C: Also die gehen wirklich auch immer zufrieden hier weg. Und für mich selber ist es halt einfach schön zu sehen, dass die Patienten halt voll versorgt sind zu Hause. [...]. Für mich persönlich ist es einfach ein schönes Arbeiten, ich gehe immer gerne zur Arbeit.</p> <p>(Z. 218-221)</p>	
6:	<p><i>Interview 1:</i></p> <p>A: Und auch die medizinische Dokumentation, dadurch, dass die Case Manager ja auch codieren, gucken die auch in das was andere geschrieben haben. [...]. Dadurch wird auch die Dokumentation auch nochmal ein bisschen valider, verlässlicher.</p> <p>(Z. 140-144)</p> <p>I: Also würden Sie schon sagen, dass man eine gewisse, naja Kontrollfunktion [...], aber eine gewisse Beobachtung-.</p> <p>A: Ja. Und die merken einfach, da kommt nochmal eine neue Expertise aus einer völlig unerwarteten Richtung dazu. Und damit wird auch mal ein Bild von dem Patienten umfänglicher. Und dem was so geht. In dessen Wohnumfeld und Lebenswelt. Und das ist schön. Das macht auch den Mitarbeitern dann Spaß.</p> <p>I: Also ist auf jeden Fall schonmal eine Akzeptanz für das ganze Konzept oder die Idee-.</p> <p>A: Die reden auf Augenhöhe. Die schreiben dann auch so einem Chefarzt: „Was soll entschieden werden? Gibt zwei Möglichkeiten, sag mir bitte, wo es hingehen soll.“ [...]. „Können wir nochmal sprechen?“ Ja bitte.</p> <p>(Z. 149-157)</p> <p>A: So, also da sind viele am Start und Krankenhausbehandlung ist ein kurzer Zeitraum wo die Patienten sicher sind. Wenn man das mal so bezeichnen will.</p> <p>(Z. 203-204)</p> <p>I: Was haben denn die Case Manager hier im Haus für Ausbildungen? Kommen die aus dem Bereich der Pflege? Der Sozialarbeit? [...].</p> <p>A: Bis auf zwei kommen die alle aus der Pflege.</p> <p>(Z. 219-221)</p> <p><i>Interview 2:</i></p> <p>B: Hier gibt es, und das ist auch eine Überlegung für die Zukunft, ja auch einen Sozialdienst. Das ist auch meine tiefe Überzeugung, dass ja auch mit dem, sage ich mal, mit der Methode des Case Managements auch im Sozialdienst gearbeitet wird. [...]. So nach dem Motto, bei welchem Patienten gibt es ein komplexes Geschehen? Gibt es einen schwierigeren, Thema Entlassmanagement, Ablauf in der Poststationären Versorgung?</p> <p>(Z. 37-42)</p> <p>I: Gut. Meine letzte Frage ist eigentlich nur noch, wie sehen Sie so die Zukunftschancen für das Case Management als Versorgungssystem im Bezug auf die Verbesserung der Versorgungsqualität für die Patienten?</p> <p>B: [...]-. Also, ich sage mal so, es ist ja nicht mehr ganz modern. Es ist nicht mehr so hip. Eine Zeit lang hat jeder das Wort im Mund gehabt. Dann ist es verändert worden. [...] Das heißt, je sauberer sozusagen man in dem Konzept ist, [...], desto mehr Zukunftschancen sehe ich persönlich. Gleichzeitig damit verbunden aber auch eine berufspolitische Weiterentwicklung, zu gucken,</p>	

Umsetzung des Case Management-Konzeptes, Kategorie 6: Bedeutung des Case Management-Konzeptes für die zukünftige Krankenversorgung

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre an Eides Statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig 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.

Oelde, den 08. Oktober 2018

(Dennis Brinkhaus)