

Die richtige IT für Case Management im Krankenhaus

Hype oder echte Alternative?

Über die Aufgaben der „Patientenkoordination“ – oder Case Management – im Krankenhaus gibt es keine einheitliche Vorstellung. Worum es dabei geht, die Veränderung in den Prozessen und die daraus resultierenden Anforderungen an eine IT-Unterstützung skizziert Dr. med Dominik Deimel, Vorsitzender Forum für Case Management im Gesundheitswesen – Forum CMG e.V., in zwei Folgen. Teil 1

Case Management definiert sich in Deutschland unter anderem nach den Vorgaben der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management (DGCC) und hat inzwischen in unterschiedlichen Lebens- und Arbeitsbereichen Einzug gehalten. So finden wir die Methoden insbesondere in der Jugendhilfe, Quartiersmanagement oder auch bei der Betreuung von Arbeitssuchenden. Dabei handelt es sich bei Care und Case Management primär um einen methodischen Ansatz, der, übertragen auf das Gesundheitssystem, die Steuerung im Versorgungsmanagement auch auf den Schnittstellen zwischen den Einrichtungen, der Vernetzung der unterschiedlichen Professionen und Institutionen sowie das Sorgen um den Patienten in den Vordergrund stellt. Dabei sind Aspekte wie die Förderung des Selbstmanagements, die Sozialraumorientierung mit Schaffung von Beratungsangeboten im Lebensumfeld des Patienten oder auch die Evaluation von Versorgungszielen (Haben eingeleitete Maßnahmen auch den gewünschten Versorgungsaspekt erreicht?) zentrale Elemente des Case Managements, die sich sehr gut für die Verbesserung der Versorgungssituation insbesondere des älteren, multimorbiden Patienten übertragen lassen.

Somit wird klar, dass es bei der Anwendung von Case Management primär um die Verbesserung der Versorgungsqualität geht und nicht ökonomische Zwänge im Vordergrund stehen sollten.

Krankenhäuser haben erkannt, dass sich besonders auf der Schnittstelle von Aufnahme und Entlassung Prozesse in der eigenen Organisation effizienter abbilden lassen und der Aufbau neuer Patientenservices insbesondere im Wettbewerb eine Alleinstellungsmerkmal und somit auch eine mittelfristige Erlössteigerung mit sich bringen wird. Eine reine ökonomische Betrachtung bzw. eine

Teil 1



Dr. med Dominik Deimel, Vorsitzender Forum für Case Management im Gesundheitswesen – Forum CMG e.V.: „Case Management wird zum strategischen Instrument der Geschäftsführung.“

Reduktion der Aufgabenstellung des Case Managements auf Verweildauersteuerung durch fallbegleitende Kodierung oder MDK Management wird den Grundideen des Case Managements nicht gerecht.

Die Investition in den Aufbau von Case Management ist daher in der Regel eine unternehmerische Entscheidung, die einhergeht mit der Erkenntnis, dass eine gute Patientenbetreuung und Organisation von allen Akteuren als Mehrwert wahrgenommen wird.

Damit wird Case Management zum strategischen Instrument der Geschäftsführung und die Mitarbeiter erhalten zentrale Funktionen im Krankenhaus für unterschiedliche Aufgabenstellungen (siehe Kasten). Die Reorganisation dieser Aufgaben in einem neuen Team und die Benennung von verantwortlichen Case Managern (oder besser Patientenkoordinatoren) führen zu einer erheblichen Veränderung der Prozesse im Krankenhaus und betreffen in der Regel alle Bereiche und Funktionen.

Die Verankerung von Case Management bei der Reorganisation z.B. im Aufnahme-, Betten- und Entlassmanagement lässt sich ohne eine IT Unterstützung nicht bewältigen.

Ressourcenkoordination, Prozesssteuerung und Vernetzung

Das Aufgabenfeld des Case Managers/Patientenkoordinators erfordert es, die notwendigen Ressourcen für die (in der Regel) geplante Versorgung (z.B. zur Aufnahme oder im Nachgang zur Entlassung) in Zusammenarbeit mit den unterschiedlichen Akteuren im Krankenhaus (Arzt, Pflege, Therapeuten) oder auch mit

vor- bzw. nachversorgenden Einrichtungen (Zuweiser, Pflegedienste u. a.) zu koordinieren. Dabei gehört es auch zur Kompetenz eines Case Managers sich ein eigenes Bild von der Lebenssituation eines Patienten bzw. auch seiner Angehörigen zu ma-

Aufgaben Patientenkoordination (Case Management) im Krankenhaus

- Koordination der Entlassung durch
 - proaktive Beurteilung des Patienten
 - Organisation der Nachsorge aus einer Hand
 - Integration externer Partner in den Prozess der Nachsorgeorganisation
- Vorbereitung elektiver Aufnahme durch
 - übergreifende Disposition
 - Koordination fehlender Diagnostik/Befunde
 - Kommunikation zu Zuweiser/Patienten
- Bettendisposition von
 - elektiven Aufnahmen // Notfällen // internen Verlegungen
- Steuerung komplexer Fälle durch
 - Entwicklung individueller Therapiekonzepte
 - Aufbau externes Partnernetzwerk
- Verweildauermanagement durch
 - Fallbegleitende Kodierung
 - Aufbau von medizinischen Standards („klinischen Pfaden“)
 - Aufbau MDK-konformer Dokumentation



Abb. 1: Kooperative Vernetzung verschiedener Versorgungsebenen (Quelle: com2health)


chen. Somit wird es zum Beispiel bei der Planung einer elektiven Aufnahme auch notwendig sein, die pflegerischen und sozialen Aspekte zu beachten, die eine Vorbereitung der Aufnahme (z.B. bei pflegenden Angehörigen) beeinflussen.

der eingehenden Beurteilung des Patienten eine wichtige Funktion zu. Im Entlassmanagement bedeutet dies z.B. die erwartete Lebenssituation des Patienten bei Entlassung aus dem Krankenhaus abzuschätzen.

Die eigentliche Festlegung des notwendigen Versorgungsbedarfs (z.B. nach Entlassung) oder auch die notwendige Vorbereitung des Patienten zur Aufnahme erfolgt

Neben der Risikoabschätzung (bestehen z.B. pflegerische Defizite oder besondere Versorgungssituationen, die ein Case Management überhaupt notwendig werden lassen) kommt

in der Regel im Zusammenspiel zwischen Ärzten, Pflege und Therapeuten, die mit Ihrer entsprechenden Fachexpertise eine Festlegung treffen können. Die Aufgabe des Patientenkoordinators besteht darin, diese unterschiedlichen Akteure aus einer Hand in den Prozess einzubeziehen. So erfordert dies im Entlassmanagement z.B. die Aktivierung eines Wundmanagers oder auch eines Geriaters, der das interprofessionelle Team bei der Festlegung des Nachsorgebedarfs unterstützt.

Der Patientenkoordinator wird somit zur Drehscheibe für das Anstoßen und Nachverfolgen von Prozessen/Aktivitäten im Krankenhaus bzw. auch bei Einbindung von externen Partnern über die Grenzen des Krankenhauses hinaus. Er koordiniert dabei die Entscheidungsfindung oder auch die Organisation der notwendigen Maßnahmen (z.B. bei der Aufnahme fehlende Befunde oder die Vorbereitung des Patienten, bei der Entlassung die Einbindung des ambulanten Pflegedienstes oder die Lieferung von Hilfsmitteln). 

Neuer akg-Vorstandsvorsitzender gewählt

Prekäre Lage der Großkrankenhäuser und Krankenhausverbünde

Auf ihrer Jahrestagung im Oktober 2012 wählten die Vertreter aus 20 kommunalen Großkrankenhäusern und Krankenhausverbänden in Leipzig mit Dipl.-Kfm. Helmut Schüttig vom Städtischen Klinikum Braunschweig gGmbH einen neuen Vorsitzenden. Prof. Dr. Karsten Güldner hat nach sechsjähriger Amtszeit als akg-Vorstandsvorsitzender diese Funktion niedergelegt.

Die akg ist ein deutschlandweiter Zusammenschluss von 20 Krankenhäusern und Krankenhausverbänden und vereint insgesamt rund 83.700 Beschäftigte. Der Gesamtumsatz beläuft sich auf knapp 7 Milliarden Euro, das Investitionsvolumen auf etwa 475 Mill. Euro.

Bei insgesamt 34.303 Betten werden im Jahr ca. 1,5 Millionen Fälle vollstationär behandelt. Die Zahl der ambulant versorgten Patienten liegt bei etwas mehr als 2,6 Millionen. Hinzu kommen noch einmal über eine Million ambulante und stationäre Notfälle.

Neben den Berichten der einzelnen Arbeitsgruppen der akg bewegte vor allem die aktuelle Situation der kommunalen Mitgliedshäuser die Gemüter. Die derzeitige Lage – darüber war man sich einig – ist eindeutig prekär: „Als Schwerpunkt- und Maximalversorger mit einem Gesamtumsatzvolumen von knapp 7 Milliarden Euro stellen wir auf dem Gesundheitsmarkt als akg – und somit jedes einzelne der 20 Mitgliedshäuser – eine nicht zu unterschätzende Größe dar. Die Bedeutung für die Bevölkerung ist immens. Dennoch wird uns nach wie vor keine ausreichende Finanzierung zugestanden. Die Preise, die wir erhalten, sind unangemessen und entsprechen nicht unserem Leistungsauftrag“, stellt Prof. Güldner als „Noch-Vorstandsvorsitzender“ der akg fest.

Das erklärte Ziel der akg ist es, sich untereinander auszutauschen, Leistungen und Kennzahlen intern zu vergleichen, um so die Leistungen kommunaler Großkrankenhäuser stetig zu verbessern. Dafür treffen sich die Geschäftsführer/innen und die Arbeitskreis-

leitungen zweimal im Jahr zum intensiven Austausch. In neun Arbeitskreisen wirken mehr als 150 verantwortliche Mitarbeiter der Häuser mit.



Dipl.-Kfm. Helmut Schüttig vom Städtischen Klinikum Braunschweig gGmbH ist neuer akg-Vorstandsvorsitzender.



Prof. Dr. Karsten Güldner hat nach sechsjähriger Amtszeit als akg-Vorstandsvorsitzender diese Funktion niedergelegt.