FRANKFURT UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Studiengang
B. Sc. Pflege- und Case Management

Sommersemester 2017 Abgabetermin: 10.07.2017

Bachelor - Thesis

Thema:

Case Management als Konzept in der Umsetzung von Entlassungsmanagement im Krankenhaus

---

Referent(in):

Frau Birgit Planitz

Korreferent(in):

Prof. Dr. Patrizia Tolle

---

vorgelegt von: Kellersmann, Astrid

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung

1 Einleitung ... 1

2 Methodik ... 4

3 Theoretischer Hintergrund ... 6

3.1 Entlassmanagement im Krankenhaus ... 7

3.1.1 Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege ... 8

3.1.2 Rahmenvertrag Entlassmanagement 2017 ... 10

3.1.3 Diskurs: Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege und Rahmenvertrag Entlassmanagement ... 11

3.2 Case Management im Krankenhaus ... 15

3.2.1 Definition und Zielsetzung ... 16

3.2.2 Der Regelkreis des Case Managements ... 17

3.2.3 Funktionen des Case Managements ... 19

3.2.4 Ausprägungen im Krankenhaus ... 20

3.3 Das Konzept Case Management im Vergleich zum Rahmenvertrag Entlassmanagement im Krankenhaus ... 21

3.4 Effekte des Case Management Konzeptes auf Klienten und Menschen im Klientensystem ... 23

4 Case Management Modelle im Krankenhaus ... 26

4.1 Das Kölner Case Management Modell ... 26

4.2 Das Speyerer Case Management Modell ... 29

4.3 Diskurs: Case Management Modelle und Rahmenempfehlungen der DGCC ... 31

5 Anwendung der Bedingungen des Rahmenvertrages Entlassmanagement auf die Case Management Modelle ... 34

6 Diskussion und Fazit ... 42

Literaturverzeichnis 48

Gesetzesverzeichnis: 55

Anhang 57

Anhang A: System der Literaturrecherche 57

Anhang B: Ziele des Kölner Case Management Modells für die Implementierung des Case Managements 59

Anhang C: Ziele des Diakonissen-Stiftungs-Krankenhaus Speyer für die Implementierung des Case Managements 59

Anhang D: Intake-Kriterien des Speyerer Case Management Modells für das gefäßchirurgische Zentrum 59

Anhang E: Zusammenfassung des E-Mail Kontakts zum Speyerer Case Management Modell 60

Anhang F: Rahmenvertrag Entlassmanagement (abgestimmter Entwurf) .. 61

Eidesstattliche Erklärung 73

Zusammenfassung

Das Gesundheitswesen in Deutschland ist geprägt durch Komplexität und schnelle Wandlungsprozesse. Die Entlassung aus dem Krankenhaus in den nachstationären Sektor stellt für den erkrankten Menschen eine kritische und risikobehaftete Phase dar. Brüche in der Versorgung können für die Klienten zu schwerwiegenden physischen und psychischen Folgen führen und damit zu zusätzlichen Kosten im Gesundheitswesen. An dieser Stelle soll ein standardisiertes Entlassmanagement, geregelt durch den Rahmenvertrag Entlassmanagement nach § 39 Abs. 1a Satz 9 SGB V, Abhilfe schaffen und eine möglichst lückenlose Versorgung sicherstellen. Es werden keine Regelungen für das direkte organisatorische Ausgestaltung innerhalb einer Einrichtung vorgegeben. In der hier vorgelegten Arbeit wird daher geprüft, unter welchen Bedingungen das Konzept Case Management die gesetzlichen Anforderungen erfüllen kann. Eine Stärke des Case Managements ist es, den Klienten mit seinem individuellen Problem in den Fokus zu stellen, um eine an seinen Bedürfnissen orientierte, bedarfsgerechte und aus gesamtwirtschaftlicher Sicht effiziente poststationäre Versorgung sowohl auf der Einzelfall-, als auch der Organisationsebene sowie der institutionellen Netzwerkebene zu gewährleisten. Anhand einer Literaturrecherche zeigen sich beim Vergleich der Inhalte des Rahmenvertrags Entlassmanagement und des Konzeptes Case Management in weiten Teilen übereinstimmende Elemente. Mittels zweier in der Praxis umgesetzter Case Management Modelle wird gezeigt, dass Case Management die Aufgabe des Entlassmanagements übernehmen kann und einen wichtigen und richtigen Schritt hin zu einer umfassenden sektorenübergreifenden Versorgungsqualität darstellt.

1 Einleitung

Das Thema Entlassmanagement im Krankenhaus erhält derzeit in den Fachkreisen des Gesundheitswesens, insbesondere im Krankenhaus viel Aufmerksamkeit. Zum 01.Oktober 2017 tritt der Rahmenvertrag über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung entsprechend § 39 Abs. 1a Satz 9 SGB V in Kraft (§ 12 Rahmenvertrag Entlassmanagement 2017[1]). Die beschlossenen Zielsetzungen sind, dass das Krankenhaus durch eine strukturierte Weiterleitung aller erforderlichen Informationen die Versorgung der Klienten im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt sicherstellt. Die Bedürfnisse des Klienten sollen im Mittelpunkt stehen. Es gibt einen Anspruch auf Entlassmanagement seitens des Klienten sowie die Berücksichtigung des Grundsatzes „ambulant vor stationär" (§ 2 Rahmenvertrag Entlassmanagement 2017).

Die möglichen Probleme bei der Entlassung aus dem Krankenhaus werden durch die Veränderungen der gesellschaftlichen Strukturen und den demografischen Wandel beeinflusst. Die Gesellschaft altert zunehmend (Robert Koch-Institut 2015, 434ff; Sachverständigenrat 2012, 137, 166) und die Lebenssituationen verändern sich. Immer mehr Menschen leben in Singlehaushalten. Soziale Unterstützungsnetze durch die Familien oder die Nachbarschaft schwinden (Statistisches Bundesamt 2014, 1f; Wingenfeld 2008, 370). Gleichzeitig wirken sich die Arbeitsverdichtung, der Personalmangel und die knappen finanziellen Ressourcen im Gesundheitswesen auch auf die Versorgung der Klienten aus. Das System im Krankenhaus wird zunehmend standardisiert und der ökonomische Druck steigt seit der Einführung der DRG's (Diagnosis Related Groups) (Montgomery 2014, 1f). Die Individualität in der Versorgung der Klienten tritt zunehmend in den Hintergrund, wenn es durch die geringer werdenden zeitlichen und personellen Ressourcen schwierig wird, in einem Gespräch von dem Klienten nützliche Zusatzinformationen für die Behandlung, Versorgung und Entlassung zu bekommen beziehungsweise Wissen an ihn weiterzugeben. Die Klienten werden frühzeitiger und unselbstständiger entlassen. Dadurch können Unsicherheiten und gravierende Probleme für sie entstehen (Wingenfeld et al. 2007, 2). Hinzu kommt, dass sich die Todesursachen in Industrieländern wie Deutschland verändert haben. Nach den Herz-Kreislauf-

[1] Rahmenvertrag über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung nach § 39 Abs. 1a Satz 9 SGB V; im Folgenden wird Rahmenvertrag Entlassmanagement als Kurzverweis genutzt.

Erkrankungen folgen als zweithäufigste Todesursache die Krebserkrankungen (Statistisches Bundesamt 2016, 3f; Robert Koch-Institut 2015, 24). Das Krankheitsspektrum unterliegt ebenfalls Veränderungsprozessen. Die aktuellen Schätzungen besagen, dass 43% der Frauen und 51% der Männer in Deutschland während ihres Lebens an Krebs erkranken (Kaatsch et al. 2013, 19). Ebenfalls steigt die Prävalenz der chronischen Erkrankungen (Robert Koch-Institut 2014, 1-4). Beide Krankheitsgeschehen wirken sich auf das gesamte Leben des Erkrankten und seiner Angehörigen aus und es müssen neben medizinischen und pflegerischen Aspekten auch soziale, psychologische und rehabilitative Faktoren berücksichtigt werden.

Diese Problemdarstellung zeigt, dass eine kontinuierliche und multidisziplinäre Versorgung von Nöten ist. Hier kann Case Management zum Dreh- und Angelpunkt für den Klienten und seine Bezugspersonen sowie für das multidisziplinäre Team des Krankenhauses und aller Netzwerkteilnehmer werden. „Das Case Management sucht Rat, schätzt ein, plant und koordiniert, was in komplexen Fällen nacheinander und nebeneinander zu tun ist.“ (Wendt 2017, 3) Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen empfahl in seinem Gutachten von 2007 die Einführung von Case Management, um die sektorenübergreifende Versorgung, gerade beim Übergang zwischen den Sektoren, zu stärken (Sachverständigenrat 2007, 24). Der aktuell veröffentlichte Rahmenvertrag Entlassmanagement konkretisiert die Forderungen der Gesetzgebung zu einer sektorenübergreifenden Versorgung aus dem Krankenhaus. Er beinhaltet definierte Kriterien, um die Entlassung zu organisieren und zu koordinieren. Die Ausgestaltung wird allerdings nicht näher festgelegt. Somit kann der Leistungserbringer Krankenhaus selbst entscheiden, wie er die Umsetzung vornimmt.

In diesem Zusammenhang stellt sich daher die übergeordnete Frage, *unter welchen Bedingungen Case Management ein sinnvolles Konzept ist, um die neuen gesetzlichen Anforderungen zum Entlassmanagement im Krankenhaus umzusetzen.*
Dies wird mithilfe der folgenden Fragestellungen präzisiert:

- Ist Case Management im Zusammenhang mit der Entlassung aus dem Krankenhaus ein geeignetes Konzept, um die Versorgungssituation der Klienten und ihrer Angehörigen zu verbessern?
- Sind Case Management Modelle im Krankenhaus vorhanden, die die Anforderungen des Rahmenvertrags Entlassmanagement umsetzen könnten?
- Erfüllen Case Management Modelle im Krankenhaus die Anforderungen der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management e.V.?

In Kapitel 3 findet anhand einer Literaturrecherche eine Auseinandersetzung mit möglichen Methoden des Entlassungsmanagements im Krankenhaus, dem Rahmenvertrag Entlassmanagement und der Theorie des Case Managements sowie seiner Ausprägungsformen im Krankenhaus als ein erster Baustein statt. Dadurch soll eine theoretische Grundlage geschaffen werden. Es wird mithilfe einer vergleichenden Überprüfung erörtert, ob in der Theorie das Konzept des Case Managements und der Rahmenvertrag Entlassmanagement im Krankenhaus gemeinsame Elemente aufweisen. Als ein weiterer Baustein werden die Effekte des Case Management Konzeptes auf den Klienten und seine Angehörigen beleuchtet sowie bewertet. Case Management versucht, durch Unterstützung auf physischer und psychischer Ebene Versorgungsbrüche zu vermeiden. Beispielsweise erfolgt eine Steuerung des Behandlungsablaufs, indem die Diagnostik, die Behandlung sowie die Versorgung geplant und begleitet werden. Die nachversorgenden Partner erhalten definierte Informationen, um die Behandlung weiterführen zu können. In der freiwilligen Zusammenarbeit zwischen Case Manager und Klient entsteht das Fundament für Wohlbefinden und Vertrauen, um als Ansprechpartner fungieren und den Klienten zum Beispiel in Krisensituationen motivieren zu können. Durch die Netzwerkbildung und -pflege des Case Managements kann eine auf die individuelle Versorgungssituation angepasste Unterstützung koordiniert und durch Wissensvermittlung Hilfe zur Selbsthilfe geleistet werden.

In der Praxis finden sich einige Case Management Modelle, die das Konzept in unterschiedlicher Weise nutzen. Als dritten Baustein für die Erörterung der Fragestellung wurden zwei Modelle ausgewählt und in Kapitel 4 beschrieben. Sie werden dahingehend betrachtet, ob sie die Bedingungen der DGCC[2] erfüllen und geeignet sind, die Fragestellung zu beantworten. Nachfolgend werden mittels Literaturrecherche Auswertungskriterien erarbeitet, anhand derer die zuvor ausgewählten Case Management Modelle aus der Praxis überprüft werden, um zu hinterfragen, ob die gefundenen Case Management Modelle die Aufgaben des Rahmenvertrags Entlassmanagement umsetzen können. Dabei wird beachtet, dass die Auswahl der Kriterien auf die Fragestellung und das Ziel dieser Arbeit ausgerichtet ist.

Die drei ausgesuchten Aspekte werden zunächst einzeln erörtert, um in Diskussion und Fazit die Ergebnisse zusammenfassend zu beurteilen. Durch die Bearbeitung wird die übergeordnete Frage beantwortet. Ziel ist es, die Gesetzesänderung zum Entlassmanagement eines Krankenhauses als Anlass zu nutzen, das Case Management als

[2] Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management e.V.

bereichsübergreifendes Konzept hervorzuheben und dadurch eine qualitativ hochwertige Klientenversorgung zu gewährleisten.

2 Methodik

Der Gedanke, sich im Rahmen der Bachelorarbeit mit dem Thema Case Management zu beschäftigen, festigte sich im Laufe des Studiums. Case Management ist ein sehr vielfältiges, in verschiedenen Bereichen angewendetes Konzept. Während eines Theorie-Praxis-Seminars konnte ich zwei unterschiedliche Umsetzungen von Case Management im Akutkrankenhaus kennenlernen. Zu diesem Zeitpunkt begannen Diskussionen zu dem Rahmenvertrag Entlassmanagement. In den Case Management Abteilungen wurden die Inhalte, Zielsetzungen und Ausführungsmöglichkeiten besprochen. Dies veranlasste mich zur Wahl meines Themas, eingegrenzt auf den Aspekt Case Management in Bezug auf den Rahmenvertrag Entlassmanagement.

Die Bachelorarbeit wird auf einem anwendungsorientierten theoretischen Ansatz aufgebaut. Dieser wird genutzt, um gewonnene Kenntnisse aus der Auseinandersetzung mit vorhandener Literatur in die Praxis zu übertragen und aus verschiedenen Perspektiven zu betrachten (Klewer 2016, 66f). Zuerst wird eine Literaturrecherche durchgeführt, um sich mit den oben beschriebenen Themen zu befassen. Danach werden Lösungsansätze aus der Literatur herausgearbeitet und mittels der Inhalte des Rahmenvertrages Entlassmanagement auf die praktische Anwendung übertragen und kritisch bewertet. Dabei wird insbesondere auf die Perspektive des Klienten eingegangen. Für eine übersichtlichere Darstellung werden jeweils im Anschluss an die jeweilige Konzept- / Methodenbeschreibung analytisch die Ergebnisse gegenübergestellt und erörtert.

Die systematische Literaturrecherche erfolgte zum Einen in dem Katalog der Bibliothek der Frankfurt University of Applied Sciences, in der Datenbank Livivo, sowie in dem Archiv der Zeitschrift Case Management. Die Suche wurde mit der Internet-Suchmaschine Google und Google Scholar ergänzt. Zum Anderen bildete die bereits vorhandene Literatur zum Thema Case Management aus den bisherigen Modulen des Studiums Pflege und Case Management eine fundierte Grundlage.

Die Schlagwortsuche erfolgte hauptsächlich zu den Begriffen Case Management, sektorenübergreifend, Entlassungsmanagement, Klientenperspektive, demografischer Wandel und Pflegebedürftigkeit sowie zu verschiedenen Kombinationen dieser Begriffe. Die ausführliche Literaturrecherche ist in Anhang A (s. S. 57f) zu finden.

Ebenso orientierte sich die Suche an den in der Literatur zitierten Quellenangaben. Es kam zu verschiedenen Trefferzahlen, wobei überwiegend Literatur im Zeitraum von 2005 bis 2017 verwendet wurde, um sich auf die aktuelle Situation im Krankenhaus zu beziehen. Titel mit älterem Erscheinungsdatum fanden nur dann Berücksichtigung, wenn es sich um besonders wichtige Arbeiten, z.B. Basisliteratur oder viel zitierte Literatur handelte. Zur Verwendung kamen 23 Fachbücher, 17 Zeitungsartikel und zwei Studien. Zusätzlich wurde zur praktischen Informationssammlung die Konferenz: „Entlassmanagement 2017 im Krankenhaus“ (Deutschen Krankenhaus Institut) besucht, um die theoretischen Informationen zu untermauern. Außerdem bestand E-Mail Kontakt zur Case Managerin des Diakonissen-Stiftungs-Krankenhauses Speyer zur Abklärung von Fragen, die über die vorhandene Literatur hinausgingen (s. Anhang E, S. 60). Der Schwerpunkt, der in dieser Arbeit verwendeten Quellen liegt bei deutschsprachiger Literatur, da es sich um Strukturen des deutschen Gesundheitswesens dreht, welches in den anglo-amerikanischen Ländern anders aufgebaut ist.

In dieser Bachelorarbeit wird zur vereinfachten Darstellung die männliche Schreibweise verwendet. Darin eingeschlossen sind weibliche, männliche und weitere gleichberechtigte Menschen (Klewer 2016, 101). Die Begriffe, die man in anderen Settings finden kann, wie zum Beispiel Patient, Gast, Bewohner, sind dem Begriff Klient gleichzusetzen. Dieser Begriff wird genutzt, wenn es einen direkten Bezug zum Case Management gibt sowie bei allen eigenen Ausführungen. Im Übrigen wird das in der jeweilig verwendeten Literatur genutzte Synonym Patient eingesetzt. Unter dem Ausdruck Angehörige werden insgesamt die primären Bezugspersonen des Klienten verstanden, auch die nicht im gesetzlichen Sinne Verwandten. Der Begriff Entlassungsmanagement wird verwendet, wenn es um den Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege des Deutschen Netzwerkes für Qualitätsentwicklung in der Pflege geht. Im Zusammenhang mit dem Rahmenvertrag Entlassmanagement sowie allen weiteren eigenen Erläuterungen wird von Entlassmanagement gesprochen. Der Rahmenvertrag Entlassmanagement in seiner bis Drucklegung dieser Arbeit gültigen Version ist im Anhang F (S. 61-72) vollständig hinterlegt. Wird im Text auf den Rahmenvertrag Bezug genommen, gilt dies als Grundlage, ohne jeweils mit einem eigenen Querverweis kenntlich gemacht zu werden.

3 Theoretischer Hintergrund

Das deutsche Gesundheitswesen ist in verschiedene Sektoren / Settings gegliedert. Deimel und Müller bezeichnen Sektoren als „die Bereiche der ambulanten, stationären, pflegerischen präventiven oder rehabilitativen Versorgung“ (Deimel und Müller 2013, XIII). An dem Übergang von einem Setting in ein anderes, einer sogenannten Schnittstelle, gibt es ein erhöhtes Risiko von Problemen, die zu gesundheitlichen und sozialen Folgen für den Klienten führen können. In dieser Arbeit wird vorwiegend auf den Übergang zwischen dem Krankenhaus und dem Zuhause des pflegebedürftigen Menschen Bezug genommen, da dies ein Ziel des Rahmenvertrags Entlassmanagement ist und es derzeitig der Weg ist, den die größte Anzahl an Klienten mit neuem oder verändertem Pflegebedarf geht.

Klienten mit langfristigem Versorgungsbedarf durchlaufen eine Vielzahl an verschiedenen Institutionen, die sich in ihren Tätigkeiten überschneiden, doppeln und meist mit wenig gegenseitiger Kommunikation / Information nebeneinanderher arbeiten. Teilweise kommt es zu Fehlallokationen. Es erfolgen Doppeluntersuchungen oder Therapien verzögern sich durch mangelnden Informationsfluss zwischen den Haus- und Fachärzten und dem behandelnden Krankenhausarzt (Ludt et al. 2014, 359; Junk et al. 2015, 16f). Auch werden Klienten aufgrund zunehmender Kürzung der Verweildauer im Krankenhaus[3] immer wieder „[…] mit schwerwiegenden gesundheitlichen Problem- und Bedarfslagen […]“ (Wingenfeld, et al. 2007, 2) und ohne Vorbereitung und Organisation der nachstationären Versorgung entlassen. So kann die Entlassung aus dem Krankenhaus zu Versorgungsbrüchen führen, die für die Klienten und die Menschen des betroffenen Klientensystems erhebliche Konsequenzen haben können. Dazu gehören beispielsweise physische und psychische Belastungen infolge Überforderung, verzögerter Rekonvaleszenz und / oder Chronifizierung gesundheitlicher Probleme. Die Klienten müssen nicht nur ihrer Erkrankung und den Begleiterscheinungen entgegentreten, sondern auch den Veränderungen in ihrem Lebensumfeld. Koordinierung, Organisation und Begleitung beim Übergang sind demnach im besonderen Maße wichtig. Dieser Aufgabenkomplex kann durch ein multidisziplinäres Entlassungsmanagement abgedeckt werden. An dieser Stelle bietet sich das Case Management als bereichsübergreifendes Konzept an. Dem Klienten soll eine individuelle Weiterversorgung ohne soziale und gesundheitliche Risiken ermöglicht werden.

[3] 2015 betrug die durchschnittliche Verweildauer 7,3 Tage (Statistisches Bundesamt 2015)

3.1 Entlassmanagement im Krankenhaus

Dem Aufgabenfeld der Organisation, Koordinierung und Begleitung bei Übergängen zwischen den Sektoren wendete sich die Pflege in Deutschland in den 1990er Jahren zu, indem sie diverse Ansätze der Überleitung von Klienten in die nachfolgenden Settings realisierte. Seitdem etablierten sich in Deutschland verschiedene Ausprägungen des Entlassungsmanagements (Wingenfeld 2011, 7). Im Jahr 2013 führte das Deutsche Krankenhausinstitut eine Vollerhebung in allen deutschen Allgemeinkrankenhäusern ab 50 Betten durch. Von 673 Krankenhäusern beteiligten sich 43 Prozent an der Umfrage und davon gaben knapp die Hälfte an, mit einem standardisierten Entlassungsmanagement nach dem Nationalen Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege des DNQP[4] zu arbeiten (Blum, Reus 2014, 627f).

Es gibt laut der Literatur sowohl international wie auch national keine einheitliche Bezeichnung oder Definition. Gefundene Synonyme sind unter anderem Überleitungsmanagement, Pflegeüberleitung, Übergangsversorgung, Entlassungsmanagement oder Entlassmanagement (Joosten 1997; Wingenfeld 2005, 2011; Deimel und Müller 2013; Rahmenvertrag Entlassmanagement 2017). International finden oft Begriffe wie Discharge Planning oder Transitional Care Anwendung (Jackson 1994, 492).

Im GKV-Versorgungsstrukturgesetz von 2012 wird im § 39 Abs. 1 Satz 4 - 6 SGB V der Begriff Entlassmanagement verwendet. Der Rahmenvertrag Entlassmanagement greift diesen Begriff in seinem Titel auf und nutzt diesen als Oberbegriff, der die diversen anderen Begrifflichkeiten integriert.

Allgemein wird unter Entlassmanagement zumeist der Unterstützungsprozess beim Übergang des Klienten mit Nachsorgebedarf vom Krankenhaus in ein anderes Versorgungssetting verstanden (Wingenfeld 2011, 9f). Der ungeschützte Begriff Pflegeüberleitung wird für vielfältige Aufgaben und Konzepte genutzt. Zum Beispiel kann damit schon der an die nachsorgenden Stellen übermittelte Pflegeüberleitungsbogen, die Übergabegespräche oder aber der des DNQP im Expertenstandard für Entlassungsmanagement in der Pflege beschriebene Aufgabenkomplex zur Überleitung in das nachsorgende Setting gemeint sein. Marly Joosten hat am Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke ein Konzept zum pflegerischen Entlassungsmanagement ausgearbeitet, das bis heute weiterentwickelt wird (Joosten 1997, 12ff). Sie definierte den Begriff Pflegeüberleitung wie folgt: „Alle Gedanken, Gefühle und

[4] Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege

Handlungen, die notwendig sind, um eine weitere kontinuierliche Qualität in der Pflege zu gewährleisten, und zwar beim Übergang vom Krankenhaus zur ambulanten Pflege oder Pflegeheimversorgung und umgekehrt.“ (Joosten 1997, 27) Ähnlich wie beim Pflegeprozess erfolgt nach der Aufnahme ein Screening, eine Maßnahmenplanung und -einleitung sowie eine Evaluation nach der Entlassung. Das erhöhte Risiko „[…] poststationärer Versorgungsprobleme und einem daraus resultierenden weiter andauernden Pflege- und Unterstützungsbedarf […]“ (Breloer-Simon et al. 2009, 25) wird als Indikator für die Durchführung eines individuellen Entlassungsmanagements genannt. Der Klient und seine Bezugspersonen müssen in alle Handlungsschritte mit einbezogen werden und autonom entscheiden können, welche individuellen Unterstützungsmaßnahmen Berücksichtigung finden sollen. Ebenso ist eine multidisziplinäre Zusammenarbeit für einen optimalen Übergang in ein anderes Versorgungssetting unabdingbar. Jeder Bereich hat sein spezifisches Wissen für und über den Klienten. Dadurch kann die Versorgung umfassend gestaltet werden. Die Sozialdienste sind die vorrangigen Abteilungen für die Überleitung und Nachsorgeplanung in den Krankenhäusern in Deutschland, aber durch ihr spezielles Fachwissen wurden zum Beispiel die Pflegeprobleme nicht ausreichend beachtet (Wingenfeld 2011, 96ff; 2005, 81ff; Dörpinghaus 2008, 32ff). Das pflegerische Entlassungsmanagement wird als Ergänzung des Sozialdienstes genutzt und inzwischen vielfach umgesetzt. Zum Aufgabenkomplex gehören die Information, Beratung und Anleitung im Hinblick auf pflegerelevante Probleme und Maßnahmen, um die Selbstpflegefähigkeit zu fördern, zu erhalten oder wiederherzustellen (Breloer-Simon et al. 2009, 25, 34 und 93; Wingenfeld 2011, 37ff).

Nachfolgend werden auf den Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege des DNQP und den darauf aufbauenden Rahmenvertrag des Bundesschiedsgerichtes zum Entlassmanagement aus dem Krankenhaus eingegangen, die Herangehensweisen herausgearbeitet und miteinander verglichen.

3.1.1 Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege

Das DNQP hat 2002 auf Basis einer detaillierten Literaturrecherche und dem praktischen Fachwissen der Expertenarbeitsgruppe den Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege veröffentlicht. In der Entwicklung des Versorgungsübergangs von Patienten in Deutschland gilt er als wichtiger Meilenstein, denn damit wurde durch Experten aus dem Gesundheitswesen ein Qualitätsstandard

für das Entlassungsmanagement in Krankenhäusern vorgelegt. Es ist der erste und bisher einzige Expertenstandard des DNQP, der nicht für alle Versorgungsbereiche relevant ist, sondern sich speziell an Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen richtet (Breloer-Simon et al. 2009, 21f; Wingenfeld 2011, 11).

„Die Entlassung aus einer Klinik birgt das Risiko von Versorgungsbrüchen, die zu unnötiger Belastung von Patienten und ihren Angehörigen sowie zu hohen Folgekosten führen können. Mit einem frühzeitigen, systematischen Assessment sowie Beratungs-, Schulungs- und Koordinationsleistungen und deren abschließender Evaluation trägt die Pflegefachkraft dazu bei, eine bedarfsgerechte poststationäre Versorgung sicherzustellen und den Patienten bei der Bewältigung seiner veränderten Lebenssituation zu unterstützen.“ (Breloer-Simon et al. 2009, 25) Der Expertenstandard stellt strukturelle Bedingungen für den Entlassungsprozess einschließlich der Aufgaben und Bestandteile sowie die Zielmerkmale vor, aber er beinhaltet keine Regelungen für das direkte organisatorische Vorgehen innerhalb einer Einrichtung (Breloer-Simon et al. 2009, 22; Wingenfeld 2011, 11; Sachverständigenrat 2012, 160). Es wird die Zielsetzung festgelegt: „Jeder Patient mit einem erhöhten Risiko poststationärer Versorgungsprobleme und einem daraus resultierenden weiter andauernden Pflege- und Unterstützungsbedarf erhält ein individuelles Entlassungsmanagement zur Sicherung einer kontinuierlichen bedarfsgerechten Versorgung.“ (Breloer-Simon et al. 2009, 25) Versorgungsbrüche zu vermeiden, also eine Versorgungskontinuität herzustellen, steht im Fokus. Dafür bedarf es möglichst in Absprache mit dem Patienten und seinen Angehörigen einer Koordination der notwendigen Hilfemaßnahmen und der Förderung der Selbstpflegekompetenz[5], um den autonomen Umgang mit der neuen Situation zu unterstützen (Wingenfeld 2011, 15ff).

In der aktualisierten Ausgabe von 2009 gibt es keine wesentlichen Änderungen. Es erfolgen lediglich auf Grundlage der aktuellen Forschung Präzisierungen für die Organisationsform eines zentralen Entlassungsmanagements. Vorschläge für bestimmte Assessmentinstrumente wurden gestrichen (Schiemann 2009, 7ff; Wingenfeld 2011, 15). Die Bausteine des Entlassungsmanagements sind dem Pflegeprozess und dem Regelkreis des Case Managements sehr ähnlich. Da im Expertenstandard kein detailliertes Konzept festgelegt ist, können die Krankenhäuser die Inhalte entweder auf ihr vorhandenes Modell anwenden oder sie erarbeiten auf Basis des Expertenstandards ein Konzept für eine neue Abteilung im Krankenhaus.

[5] Selbstpflegekompetenz ist laut Dorothea E. Orem „die Fähigkeit eines erwachsenen Menschen den kontinuierlichen Bedarf an komplexen und zielorientierten Handlungen für sich zu erkennen u. durchzuführen“ (Sander 2012, 19).

Wichtig in der gesamten Umsetzung ist vor allem, dass das Krankenhaus ein eigenes, auf seine Einrichtung zugeschnittenes Konzept ausarbeitet. Darin sollten die Zuständigkeiten, Verantwortungsbereiche, Aufgabenbereiche, Ziele, Zielgruppen, Arbeitsmittel und vor allem die strukturellen Rahmenbedingungen etc. detailliert beschrieben werden (Breloer-Simon et al. 2009, 25; Wingenfeld 2011, 13f, 91-103; Sachverständigenrat 2012, 161ff). Seit dem Pflegeweiterentwicklungsgesetz von 2008 gibt es den § 113a SGB XI „Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der Pflege". Diese müssen im Bundesanzeiger veröffentlicht werden und sind für zugelassene Pflegeeinrichtungen unmittelbar verbindlich. Dadurch erfolgte ein enormer Bedeutungszuwachs. Der Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege des DNQP wird in Deutschland beispielsweise bei gerichtlichen Auseinandersetzungen als Grundlage der Beurteilung genutzt (Schiemann 2009, 6).

3.1.2 Rahmenvertrag Entlassmanagement 2017

Der Rahmenvertrag über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung nach § 39 Abs. 1a Satz 9 SGB V ist der dritte Versuch, flächendeckend eine geplante Überleitung aus dem Krankenhaus zu implementieren. Mit dem GKV-WSG[6] wurde schon 2007 im § 11 Abs. 4 Satz 1 SGB V gesetzlich festgelegt: „Versicherte haben Anspruch auf ein Versorgungsmanagement insbesondere zur Lösung von Problemen bei Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche; dies umfasst auch die fachärztliche Anschlussversorgung." (§ 11 Abs. 4 Satz 1 SGB V) Vielfältige Gründe führten damals nicht zu dem erhofften Ziel einer flächendeckenden Umsetzung. Daher erfolgte 2012 durch den Gesetzgeber im Rahmen des GKV-VStG[7] eine Spezifizierung in § 39 Abs. 1 Satz 4 - 6 SGB V, in dem das Entlassmanagement als unmittelbarer Bestandteil der Krankenhausbehandlung vorgeschrieben wurde. 2015 folgte eine weitere Konkretisierung durch das GKV-VSG[8]. Hier wurden im § 39 Abs. 1 SGB V die Sätze 4 - 6 grundlegend geändert und der Absatz 1a hinzugefügt (Halbe 2015, 960; Heberlein, Heberlein 2017, 220f). Im § 39 Abs. 1a Satz 9 SGB V wird festgelegt, dass der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft die Einzelheiten zum Entlassmanagement in einem Rahmenvertrag verhandeln sollen. Da dies gescheitert ist, setzte das erweiterte

[6] Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung
[7] Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung
[8] Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung

Bundesschiedsamt am 13.10.2016 den Rahmenvertrag fest. Dagegen hat die Deutsche Krankenhausgesellschaft Anfang Januar 2017 vor dem Landessozialgericht Berlin-Brandenburg geklagt. Im April diesen Jahres wurde schließlich ein außergerichtlicher Konsens gefunden (Korzilius, Osterloh 2017, 146). Der Rahmenvertrag tritt nun zum 01.10.2017 in Kraft und ist für alle Krankenhäuser verpflichtend (§ 12 Rahmenvertrag Entlassmanagement 2017).

Die Umsetzung des Rahmenvertrages bedeutet für die Krankenhäuser einen Arbeitsaufwand, der nicht zusätzlich vergütet wird (§ 2 Abs. 2 Satz 6 KHEntgG - Einzelnorm). Wie diese erfolgen wird, ist schwierig zu prognostizieren, da bisher keine Systemanreize wie Belohnungen oder Sanktionen geplant sind (Rahmenvertrag Entlassmanagement 2017; Thomae 2017, 62).

3.1.3 Diskurs: Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege und Rahmenvertrag Entlassmanagement

Der Rahmenvertrag über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung entsprechend § 39 Abs. 1a Satz 9 SGB V wird ab Oktober 2017 mit seinen Inhalten und Zielen, basierend auf dem Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege des DNQP, alle Formen der Überleitung aus dem Krankenhaus in Deutschland regeln. In einigen Punkten überschneiden sich der Rahmenvertrag Entlassmanagement und der Expertenstandard, anderes wird in dem einen oder anderen konkreter dargestellt. Insgesamt dient der Rahmenvertrag der bundeseinheitlich standardisierten Festschreibung. Die Krankenhäuser müssen prüfen, inwieweit ihre Abteilungen die Zielsetzungen und Inhalte des Rahmenvertrages bisher umsetzen sowie die Neuerungen vorbereiten und implementieren. Im Folgenden werden die wichtigsten Inhalte des Rahmenvertrages Entlassmanagement in Bezug auf das Thema der hier vorgelegten Bachelorarbeit mit den Bausteinen des Expertenstandards Entlassungsmanagement in der Pflege des DNQP inhaltlich verglichen.

Beide stellen eine konsequente Patientenorientierung in den Mittelpunkt. Der Patient beziehungsweise seine Angehörigen sollen durchgehend in die Vorbereitung, Durchführung und Umsetzung mit einbezogen werden. Dafür ist ein multidisziplinäres Zusammenwirken der Beteiligten auf Basis eines festgelegten Organisationskonzepts von Relevanz. Jeweils werden einheitliche und schriftlich fixierte Verfahrens-anweisungen sowie die Nutzung von Instrumenten für das Assessment, die

Dokumentation und die Evaluation gefordert. Die weiterversorgenden Einrichtungen und Ärzte erhalten vom Krankenhaus alle relevanten Informationen zur Versorgung und Behandlung des Patienten. Im Rahmenvertrag und im Expertenstandard wird die inhaltliche Ausgestaltung der Umsetzung nicht vorgeben. Demnach können die Krankenhäuser selbst entscheiden mit welchem Konzept sie arbeiten wollen (§ 2, § 3 Abs. 1, 7, 8 § 4 - § 9 Rahmenvertrag Entlassmanagement 2017; Breloer-Simon et al. 2009, 25, 35-39). Nach den Regelungen im Rahmenvertrag sollten zunächst alle Patienten aus jedem Bereich des Krankenhauses ein umfassendes Entlassmanagement erhalten. Die Klage der Deutschen Krankenhaus Gesellschaft im Januar diesen Jahres (Deutsche Krankenhaus Gesellschaft 2017, 1f) führte zu folgender Einschränkung: sofern in einem Assessment kein Bedarf an Anschlussversorgung festgestellt wird, muss kein Entlassmanagement durchgeführt werden. Dies vermerkt der zuständige Mitarbeiter in der Patientenakte (§ 3 Abs. 4 Rahmenvertrag Entlassmanagement 2017). Der Expertenstandard ist an dieser Stelle konkreter. Eine Pflegekraft führt ein initiales Assessment zur Risiko- und Bedarfseinschätzung möglichst innerhalb der ersten 24 Stunden nach Aufnahme durch. Darin einbezogen sind alle neu aufgenommenen Patienten, um durch eine Situationseinschätzung beurteilen zu können, ob ein „ […] erhöhtes Risiko poststationärer Versorgungsprobleme […]“ (Breloer-Simon et al. 2009, 25) und weiterführender Hilfebedarf durch Überforderung besteht. Sobald ein erhöhtes Risiko erkennbar ist, erfolgt ein differenziertes Assessment im Hinblick auf die bevorstehende Situation und die damit einhergehenden Probleme und Bedürfnisse des Patienten. Im Rahmenvertrag und im Expertenstandard erarbeiten die zuständigen Mitarbeiter gemeinsam mit allen Beteiligten einen Entlass- / Maßnahmenplan, wobei dem Patienten und seinen Angehörigen die endgültige Entscheidung obliegt (§ 3 Abs. 2, 3, § 9 Abs. 1 Rahmenvertrag Entlassmanagement 2017; Breloer-Simon et al. 2009, 25, 32ff). Dabei gilt, dass eine durchgehende Orientierung an den Zielen und Bedürfnissen des Patienten die Basis für die Akzeptanz und den Erfolg der Unterstützungsmaßnahmen nach der Entlassung schafft.

Die Maßnahmeneinleitung für einen nahtlosen Übergang kann durch die Krankenkassen unterstützt werden (§ 10 Abs. 1 Rahmenvertrag Entlassmanagement 2017). Bislang ist dies praktisch nicht der Fall, weshalb die Abteilungen, die bisher nach Expertenstandard arbeiten, teilweise Schwierigkeiten in der konkreten Umsetzung der Unterstützungsleistung haben. Jetzt kann es beispielsweise bei der Suche nach einem Pflegeheimplatz für die betreffende Abteilung eine große Hilfe sein, wenn die

Krankenkasse mit einbezogen werden darf, denn dies gestaltet sich zum Beispiel in den Schulferien als sehr zeitaufwändig.

Laut Rahmenvertrag müssen ab dem 01. Oktober diesen Jahres alle Patienten durch das Krankenhaus unter Verwendung bundeseinheitlicher Formulare über die Inhalte und Ziele des Entlassmanagements informiert werden (§ 7 Abs. 1 Rahmenvertrag Entlassmanagement 2017). Ebenso wie im Expertenstandard muss der Patient oder sein Bevollmächtigter zum Beispiel der Datenübermittlung an Dritte, wie Angehörige, Krankenkasse, ambulante Pflegedienste etc. zustimmen (Breloer-Simon et al. 2009, 22). Der Aspekt der umfassenden Information zum Entlassmanagement fördert die Patientenrechte und schützt diese. Unterzeichnet der Patient die Einwilligung, zeigt er sich einverstanden und zur aktiven Mitarbeit bereit. Da nicht wenige Patienten lieber „nur eine Tablette nehmen würden, um ganz schnell wieder gesund zu werden“, ist es von entscheidender Bedeutung, ihnen über diesen Schritt klar zu machen, dass ihre aktive Eigeninitiative erforderlich ist. Gleichzeitig empfinden viele Patienten die Begleitung als positiv, vergessen aber, dass sie befähigt werden sollen, eigenständig ihre Schwierigkeiten anzugehen. Die aktive Unterschrift kann dazu beitragen, dies dem Patienten bewusst zu machen. Im Rahmenvertrag wird zusätzlich auf das Rücktrittsrecht des Patienten hingewiesen. Das bedeutet, wenn ein Patient die Unterstützung durch das Entlassmanagement ablehnt (§ 3 Abs. 5 Rahmenvertrag Entlassmanagement 2017), kann er das zu jeder Zeit tun. Dadurch wird die Autonomie und Partizipation des Patienten bestärkt. Im Expertenstandard wird diese Möglichkeit zur Entscheidung nicht explizit hervorgehoben.

Der Rahmenvertrag betont in § 2 die Berücksichtigung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“. Im Expertenstandard wird auf diesen Punkt nicht eingegangen. Hier werden nicht nur Maßnahmen zur Weiterversorgung geplant, sondern auch direkte Maßnahmen noch während des Krankenhausaufenthalts besprochen und durchgeführt. Dazu gehören Informationsgabe, Beratungsgespräche, Anleitungen und Schulungen zu individuellen Themenkomplexen, um die Selbstpflegekompetenz der Patienten bzw. Kompetenzen der Angehörigen zu fördern. Dies kann teilweise an die jeweilig zuständigen Therapeuten delegiert werden. Der Rahmenvertrag nimmt darauf nicht explizit Bezug, da es vorausgesetzt wird (§ 2 Rahmenvertrag Entlassmanagement 2017; Breloer-Simon et al. 2009, 25, 33ff).

Es sollen zum Beispiel Nachsorge-Terminierungen bei Patienten mit komplexem Versorgungsbedarf durchgeführt werden (§ 3 Abs. 4, § 8 Abs. 3, 4 Rahmenvertrag Entlassmanagement 2017). Damit konkretisiert der Rahmenvertrag das Aufgaben-

spektrum zum Entlassmanagement. Im Expertenstandard wird lediglich von bedarfsgerechter Planung gesprochen (Breloer-Simon et al. 2009, 25-39).

Laut Expertenstandard sollte einen Tag vor der Entlassung ein Abschlussgespräch geführt werden. Darin wird der Entlassplan auf vollständige Durchführung, Änderungen oder Lücken überprüft und eventuell angepasst. 48 Stunden nach der Entlassung erfolgt eine telefonische Evaluation durch den zuständigen Mitarbeiter, ob mit den durchgeführten Maßnahmen die angestrebten Ziele erreicht wurden (Breloer-Simon et al. 2009, 25, 37ff). Im Rahmenvertrag erfolgt hierzu keine Konkretisierung. Weiterführend wird im Rahmenvertrag berücksichtigt, dass der Patienten und nach dessen Einwilligung der nachversorgende Arzt und weitere Leistungserbringer am Tag der Entlassung einen vorläufigen / endgültigen Entlassbrief gemäß den neuen Inhalten aus § 9 dieses Rahmenvertrages erhalten, in dem unter anderem verpflichtend eine Telefonnummer eines zuständigen Ansprechpartners angegeben werden muss. Verordnungen für häusliche Krankenpflege, Heilmittel, Hilfsmittel, Soziotherapie und Arbeitsunfähigkeit dürfen vom Krankenhaus für bis zu sieben Tage verordnet werden. Ebenso darf das Krankenhaus im Rahmen des Entlassmanagements Arzneimittel in der kleinsten Packungsgröße (N1) rezeptieren. Dazu müssen weitere Aspekte umgesetzt und eingehalten werden, auf die hier nicht weiter eingegangen wird, da diese für die Umsetzung in der Krankenhauspraxis zwar relevant sind, aber den Rahmen dieser Arbeit sprengen würden (§ 4, §5, § 6 Rahmenvertrag Entlassmanagement 2017). Die Organisation von Verordnungen und deren rechtzeitige und passende Bereitstellung gehören auch zu den Aufgaben im Expertenstandard (Breloer-Simon et al. 2009, 25, 33). Neu ist die Möglichkeit der Arzneimittelverordnung (§ 4 Rahmenvertrag Entlassmanagement 2017), denn bisher konnten Krankenhäuser nur Medikamente aus ihrem Bestand, in Ausnahmefällen über ein Wochenende oder einen Feiertag, mitgeben.

Zusammenfassend lässt sich formulieren, dass der Rahmenvertrag alle bisherigen Konzepte der Überleitung aus dem Krankenhaus in die nachstationäre Versorgung auf der Basis des Expertenstandards neu ordnet, strukturiert und vereinheitlicht, aber nicht abschafft. Dabei lässt er noch Möglichkeiten der inhaltlichen Ausgestaltung offen. Für die Klienten und ihre Angehörigen können der Rahmenvertrag und seine Umsetzung positive Wirkungen haben. Die Partizipation der Klienten ist festgeschrieben, wodurch die Versorgung individueller und menschenorientierter abläuft. Klienten und ihre Angehörigen müssen umfassend informiert und beraten werden, damit sie selbst

Entscheidungen treffen und den Weg der Behandlung und Versorgung mitgehen und mitgestalten können.

3.2 Case Management im Krankenhaus

Die Ursprünge des Begriffs Case Management im sozial- und gesundheitspolitischen Bereich liegen in den 70er und 80er Jahren des 19. Jahrhunderts in den USA. Dort erfolgte zu dieser Zeit eine Reorganisation des Sozial- und Gesundheitswesens (Ewers und Schaeffer 2005, 19). In Deutschland ist Case Management seit ungefähr 30 Jahren etabliert. Seit 2005 unterstützt die DGCC als Fachorganisation in Deutschland mit ihren Ausarbeitungen und Empfehlungen von Experten aus Theorie und Praxis die Entwicklung und Verbreitung von Case Management (DGCC 2015, V; Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management 2017).

Das Grundgerüst des Case Management Konzepts wurde in den jeweiligen Bereichen und Institutionen, wie beispielsweise der Beschäftigungsförderung und des Sozial- und Gesundheitswesen, modifiziert und es kam zu unterschiedlichen Ausprägungen. Im Mittelpunkt steht jedoch immer der einzelne Fall in seiner individuellen Situation (Monzer 2013, 1f; DGCC 2015, VII; Mennemann 2015, 2). Diese Arbeit bezieht sich auf das Konzept und Verfahren Case Management im Krankenhaus.

Die Klienten sehen sich im deutschen Sozial- und Gesundheitswesen einem „Dschungel“ von Zuständigkeiten gegenüber. Diese Differenzierung kann, wie schon im Abschnitt über den theoretischen Hintergrund ausgeführt, zu problematischen Situationen für die Betroffenen führen (s. Kap. 3, S 6). Case Management ist ein Konzept, das versucht, lösungsorientiert die Versorgungsqualität sektorenübergreifend, bedarfsgerecht und effizient aus gesamtwirtschaftlicher Sicht zu sichern (Mennemann 2015, 2f; Ewers und Schaeffer 2005, 7ff; Wingenfeld 2011, 69f). Der Case Manager kann für die Klienten zum Lotsen durch den Dschungel des Gesundheitswesens werden und zum Wohlbefinden aller Beteiligten beitragen, in dem er die Regie im Versorgungsprozess übernimmt sowie Ansprechpartner, Organisator und Berater ist (Mennemann 2015, 2f; Junk et al. 2015, 116f).

Zunächst folgen eine Definition des Case Managements aus der Fachliteratur und die Einordnung unterschiedlicher Ausprägungen des Konzepts im Krankenhaus. Der Regelkreis liefert einen tieferen Einblick in die Arbeitsweise eines Case Managers, in dem die Funktionen und Aufgaben des Case Managements eingeordnet werden. In

einem Diskurs werden die Bedingungen des Rahmenvertrages Entlassmanagement mit den Inhalten des Konzeptes Case Management vergleichend überprüft.

3.2.1 Definition und Zielsetzung

Wie für das Entlassmanagement gibt es auch im Bereich des Case Management Konzeptes eine Begriffsvielfalt. Als Synonyme findet man in Literatur und Praxis die Begriffe Fallmanagement, Patientenmanagement und Versorgungsmanagement. Begründet wird dies oft mit Bedenken gegenüber einem englischsprachigen Begriff. In einigen Modellen werden aber auch nur Teilaspekte des Konzeptes Case Management umgesetzt.

Die DGCC hat 2012 eine eigene Definition für Case Management in Deutschland formuliert. Diese lautet: „Case Management ist eine Verfahrensweise in Humandiensten und ihrer Organisation zu dem Zweck, bedarfsentsprechend im Einzelfall eine nötige Unterstützung, Behandlung, Begleitung, Förderung und Versorgung von Menschen angemessen zu bewerkstelligen. Der Handlungsansatz ist zugleich ein Programm, nach dem Leistungsprozesse in einem System der Versorgung und in einzelnen Bereichen des Sozial- und Gesundheitswesens effektiv und effizient gesteuert werden können.“ (DGCC 2015, X; Monzer 2013, 1) Der Definition folgend kann Case Management in diversen Bereichen eingesetzt werden und verdeutlicht mit der „[…] Zweidimensionalität […] die Gleichzeitigkeit von Fall- und Systemsteuerung.“ (Monzer 2013, 1)

Ziel ist die Organisation eines Versorgungssystems, das sich an den objektiven und subjektiven Bedürfnissen eines Klienten orientiert, um möglichst umfassend formelle und informelle Hilfestellungen geben zu können. Das Konzept Case Management ist auf den Einzelfall ausgerichtet und steuert aus einer Hand die aufeinander angepassten Maßnahmen des Hilfesystems zur Sicherung einer kontinuierlichen Versorgung bei Übergängen zwischen den Sektoren (Monzer 2013, 1f; Dörpinghaus 2008, 120f). Dies soll beispielsweise durch Transparenz und Standardisierung der Dokumentation erfolgen (Mennemann 2015, 15) Weiterhin wird unter Case Management „[…] auf der Organisations- und der institutionellen Netzwerkebene die Steuerung von Hilfeprozessen sowie die Anwendung von Konzepten und Methoden vernetzter Arbeit und der Systementwicklung [..]“ verstanden (Mennemann 2015, 14).

3.2.2 Der Regelkreis des Case Managements

Das Case Management Konzept basiert auf einem mehrdimensionalen, stufenweisen Vorgehen, das in der praktischen Umsetzung nicht nacheinander, sondern vorwiegend „[…] parallel, wiederholend und querverbunden […]“ (Monzer 2013, 69) verläuft.

Der Case Management Regelkreis beginnt mit der Klärungsphase, die aus den drei Abschnitten, dem Outreaching, Case Finding und Intaking besteht. Diese Phase verläuft vor dem eigentlichen Case Management Prozess, um herauszufiltern, ob und in welchem Maße ein Case Management durchgeführt werden sollte. Folglich ist diese Phase von entscheidender Bedeutung, ob das gesteckte Ziel erreicht wird und sollte insbesondere natürlich die Klienten herauszufiltern, die davon profitieren können (Wissert 2006, 43ff). Im Outreaching geht es um den Zugang zum Case Management beziehungsweise zum Klienten. Maßnahmen, wie mehrsprachige Flyer, Informationen auf der Internetseite und Vorträge unterstützen das Case Management in der Institution, in der Netzwerkumgebung und vor allem beim potentiellen Klientel, um an Popularität zu gewinnen sowie Verbindungen zu knüpfen. Auf der Fallebene muss der optimale Zugang für den Klienten zum Case Management hergestellt werden. Dazu zählen telefonische und direkte Erreichbarkeit und Ansprechbarkeit der Mitarbeiter. Die Ausdifferenzierung der methodischen Vorgehensweise erfolgt in Verfahrens-anweisungen und Standards (Monzer 2013, 72ff; Wissert 2006, 44). Im Case Finding werden mit Hilfe von Auswahlkriterien die Klienten für das Case Management identifiziert (Monzer 2013, 80f; Mennemann 2015, 16f). Dazu gehören laut Monzer unter anderem eine mehrdimensionale Problemkomplexität, sogenannte High-Cost-Fälle, eine schwierige Prognosestellung, wenige oder keine Ressourcen im Klientensystem und / oder dessen Überforderung (Monzer 2013, 80ff).

Im Intaking kommt es zur Vereinbarung einer Zusammenarbeit zwischen Case Manager und Klient (Monzer 2013, 87f; Mennemann 2015, 16f). Ausgangspunkt für eine Fallbegleitung durch das Case Management sind Erstgespräche (Neuffer 2013, 78). In diesem erhalten die Klienten Informationen über den Ablauf und die Bedeutung des Case Managements für sie. Die Klienten haben hierdurch die Möglichkeit, den eigenen Hilfebedarf zu erkennen. Weiterhin beschreibt der Klient seine Problematik und äußert eventuelle Wünsche. Im Anschluss werden die Möglichkeiten und Grenzen von beiden Seiten festgelegt sowie neue Termine und das weitere Vorgehen vereinbart. Am Ende unterzeichnen beide Akteure eine Einwilligungserklärung zur Fallarbeit (Mennemann 2015, 17; Monzer 2013, 87; Wissert 2006, 44).

Mit der nun folgenden Assessmentphase beginnt der eigentliche Case Management Prozess, in dem der Case Manager und der Klient sowie alle Mitglieder des Klientensystems in einer produktiven Arbeitsbeziehung den Versorgungsprozess individuell planen, steuern und begleiten. Es erfolgt möglichst eine vollständige Situationserfassung mit Einschätzung der Probleme, Ressourcen, Bedürfnisse und daraus resultierender Bedarfe als auch Ziele des Klienten und seiner Familie aus der Klientenperspektive. Diese Phase ist für den weiteren erfolgreichen Verlauf des Falls von Bedeutung, denn ohne das Verständnis der komplexen, vielschichtigen Situation ist keine Auswahl passender Maßnahmen oder das Finden von Lösungsmöglichkeiten möglich. Bei Situationsveränderungen sollten Reassessments regelmäßig durchgeführt werden (Mennemann 2015, 18ff; Monzer 2013,112-121). Basis für ein erfolgreiches Case Management ist das gegenseitige Vertrauen, die Bereitschaft zur Kooperation und eine aktive Beteiligung des Klienten (Kähler 2015, 68).

Im Serviceplan werden die Zielsetzung, dazu passende Maßnahmen, Erfolgskriterien, Verantwortlichkeiten, Zeit und Kosten festgelegt. Der Serviceplan sollte unter aktiver Beteiligung der Mitglieder des Klientensystems erarbeitet und schriftlich verbindlich vereinbart werden. Gleichzeitig muss er der Lebenswelt des Klienten entsprechen, sonst wird er eher passiv hingenommen und nicht vollständig ausgeführt (Mennemann 2015, 20-23; Monzer 2013, 161-168).

Die Phase des Linkings „[…] ist also der Prozess, in dem der Serviceplan durch die Vermittlung der passenden Hilfen umgesetzt wird.“ (Monzer 2013, 203) Es müssen die richtigen Anbieter und Angebote gefunden werden, um die vorher formulierten Maßnahmen und Ziele passgenau auf die Klientensituation abzustimmen und vernetzen zu können. Der Case Manager soll den Klienten dahingehend befähigen, Angebote und Hilfen selbst zu organisieren. Weiterhin sollte der Informationsfluss und die multidisziplinäre und sektorenübergreifende Kommunikation sichergestellt werden (Neuffer 2013, 129f). Transparenz ist dafür unverzichtbar. Das Linking kann mit verschiedenen Methoden durchgeführt werden. Dazu gehören Fallkonferenzen, Kooperationsvereinbarungen, Checklisten, Dokumentationsbögen etc. (Mennemann 2015, 25; Monzer 2013, 203ff).

Die Phase des Monitorings erfolgt nach der Vermittlung der passenden Unterstützungsmaßnahmen, gleichzeitig aber auch während und nach spezifischen Maßnahmen. Der Case Manager muss immer wieder reflektieren, ob die geplanten Hilfen den Bedürfnissen des Klienten noch entsprechen. Der Klient hat die Aufgabe, Unstimmigkeiten zu kommunizieren. Weiterhin ist der Case Manager Vermittler bei

Konflikten zwischen dem Klienten und den Netzwerkpartnern. Im gesamten Prozess muss eine Ergebnissicherung durch genaue Dokumentation stattfinden. Das Monitoring kann durch mehrere Methoden unterstützt werden. Dazu gehören zum Beispiel eine Fallkonferenz mit dem Versorgungsteam, die Dokumentations-auswertung, eine Befragung des Klienten und der Netzwerkpartner etc.. Diese werden beispielsweise mittels Checklisten dokumentiert (Mennemann 2015, 26ff; Monzer 2013, 238-242, 281f; Neuffer 2013, 130-135).

Die Phase der Evaluation beendet den Case Management Zyklus mit einer Beurteilung der Veränderungen und Ergebnisse anhand der Hilfeplanung. Gleichzeitig findet ein Entkontraktieren der Arbeitsbeziehung zwischen dem Klienten und dem Case Manager statt (Mennemann 2015, 28-32). Der Prozess der Evaluation kann zu verschiedenen Zeitpunkten erfolgen, entweder „[…], wenn die Durchführung der einzelnen Leistungen abgeschlossen, deren Weiterverfolgung verbindlich von anderen Leistungsträgern / -erbringern übernommen oder ein vorzeitiger Abbruch des Case Managements […] erfolgt ist.“ (Mennemann 2015, 29)

Die einzelnen Phasen „[..] beziehen sich aufeinander, und nur zusammen machen sie das Case Management aus.“ (Wendt 2005, 7)

3.2.3 Funktionen des Case Managements

Der Case Manager handelt bei der Organisation und Steuerung der Versorgung in drei verschiedenen Funktionen[9]. In den einzelnen Phasen des Regelkreises sind die Kernfunktionen in unterschiedlichen Ausprägungen präsent.

„In der Advocacy – Funktion übernimmt das Case Management eine sozialanwaltschaftliche Funktion und […]“ (Monzer 2013, 14) vertritt somit die Interessen des Klienten. Wichtig dafür ist, dass der Advocacy sich in den Klienten hineinversetzen kann und Empathie für die Situation zeigt. Gleichzeitig gehört es zu seinen Aufgaben, Versorgungslücken aufzudecken und zu kommunizieren, um zukünftige Versorgungsbrüche zu vermeiden. Der Klient soll jedoch nicht abhängig vom Case Management werden, sondern Hilfe zur Selbsthilfe durch Empowerment erhalten (Wendt 2015, 191; Monzer 2013, 14; Wissert 2010a, 91f).

Der Case Manager kontrolliert und lenkt als Gate Keeper den Zugang zu allen formellen und informellen Leistungsangeboten (Wissert 2009, 90; Pape et al. 2006,

[9] „Funktion ist die klar umrissene Tätigkeit, Aufgabe innerhalb eines größeren Zusammenhanges; Rolle“ (Bibliographisches Institut GmbH 2017b)

32). In dieser selektierenden Funktion muss der Case Manager genau prüfen, welches Unterstützungsangebot den subjektiven und objektiven Bedarf deckt und behält die finanziellen Aspekte im Blick. (Monzer 2013, 16; Wissert 2009, 89ff; Dörpinghaus 2008, 123f).

Als Broker sorgt der Case Manager mit dem inhaltlichen Aushandeln und der Koordination aller Hilfeleistungen für ein passendes und abgestimmtes Versorgungspaket unter Berücksichtigung des ökonomischen Prinzips. In der Broker – Funktion handelt er als neutraler Vermittler zwischen den Leistungserbringern und dem Klienten. (Wissert 2010b, 38f; Monzer 2013, 14f; Wendt 2015, 190; Dörpinghaus 2008, 123).

3.2.4 Ausprägungen im Krankenhaus

Die Implementierung des Handlungskonzeptes Case Management in den Krankenhäusern schreitet in den letzten Jahren in Deutschland voran, besonders seit der Einführung der DRG's im Jahr 2002. Von Seiten des Managements wird erhofft, dass es dadurch zu einer Prozessoptimierung und somit zu qualitativ höherwertiger Klientenversorgung bei gleichzeitiger Kostensenkung kommt. Die Fachgruppe Gesundheit und Pflege (Nord) der DGCC hat 2013 ein Positionspapier zum Case Management im Krankenhaus veröffentlicht. Darin beschreibt sie unterschiedliche Ausprägungen des Case Management Konzepts in Krankenhäusern (DGCC Fachgruppe Gesundheit und Pflege 2013, 1). Diese werden nachfolgend erläutert.

„Das Case Management mit dem Schwerpunkt „Interne Steuerung" ist auf die möglichst optimale Gestaltung des klinischen Versorgungsverlaufs gerichtet." (ebd., 1). In dieser Ausprägung ist die Organisation und Koordinierung des prästationären und stationären Krankenhausaufenthaltes der Aufgabenschwerpunkt. Darunter versteht man die Terminierung von Leistungen, eine Kontrolle des zeitgerechten Ablaufs und das Erkennen von Versorgungslücken. Ziel ist es, einen reibungslosen Ablauf der medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Leistungen zu ermöglichen und in Einklang mit dem individuellen Bedarf zu bringen. Weiterhin leitet der Case Manager gegebenenfalls eine poststationäre Versorgung ein. Der Case Manager berücksichtigt die individuellen und ökonomischen Bedarfe, arbeitet im multidisziplinären Team und hat die Prozessverantwortung meist für eine Abteilung (ebd., 1f).

„Das Case Management mit dem Schwerpunkt „Überleitung"" (ebd., 2) zielt auf eine kontinuierliche und bedarfsgerechte Planung der poststationären Versorgung. Im

Vorfeld werden anhand von Indikationskriterien Klienten herausgefiltert, die ein Case Management benötigen könnten. Danach erfolgt in Kooperation mit dem Klienten und seinen Angehörigen die Absprache, ob und in welchem Umfang die Begleitung und Unterstützung stattfinden soll. Die gemeinsam geplanten Unterstützungsmaßnahmen werden durch den Case Manager umgesetzt, geprüft und evaluiert (DGCC Fachgruppe Gesundheit und Pflege 2013, 2f).

Aktuell gibt es zunehmend Erkrankungen, die durch ihre Schwere und Chronifizierung zu hohen Kosten im Gesundheitswesen und vor allem zu Krisen bei den Betroffenen und ihrem Umfeld führen. Dazu gehören zum Beispiel demenziell erkrankte Menschen sowie Menschen mit chronischen Erkrankungen oder Krebs. Diese benötigen ein komplexes Unterstützungs- und Behandlungssystem, das teilweise nicht eigenständig koordiniert werden kann, weshalb es zu einer Überforderung kommt. „Case Management in Speziellen Bereichen“ (ebd., 3) kann bei diesem Klientel durch Information, Beratung sowie Koordination des Hilfesystems unterstützen und in Krisen zur Seite stehen (ebd., 3).

3.3 Das Konzept Case Management im Vergleich zum Rahmenvertrag Entlassmanagement im Krankenhaus

Entlassmanagement ist die Organisation und Koordination einer Überleitung in den nachstationären Sektor. Im Rahmenvertrag Entlassmanagement ist ein Anspruch seitens des Klienten in der Zielsetzung ausdrücklich aufgeführt (§ 2 Abs. 3 Rahmenvertrag Entlassmanagement 2017). Er regelt durch Vorgaben in Anlehnung an den bestehenden Expertenstandard den gesamten Entlassprozess. Der Ablauf weist übereinstimmende Strukturen mit dem Regelkreis des Handlungskonzeptes Case Management auf (Wingenfeld 2011, 20-63, 69; Breloer-Simon et al. 2009, 25-39). Einen derart ausformulierten Anspruch auf Case Management gibt es derzeit noch nicht, jedoch wird er vielfach in Veröffentlichungen und gesetzlichen Bestimmungen direkt oder auch indirekt formuliert. Die Bücher des SGB schaffen eine sozialrechtliche Grundlage für den Einsatz des Case Managements, ohne den Begriff Case Management explizit zu erwähnen (Mennemann 2015, 4). Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen empfahl in seinem Gutachten von 2007 die Einführung von Case Management, um die sektorenübergreifende Versorgung zu stärken (Sachverständigenrat 2007, 24).

Case Management als einzelfallbezogenes Verfahren tangiert viele Prozesse in einem Krankenhaus. Deshalb sind Veränderungen struktureller und organisatorischer Natur innerhalb der Einrichtung eine Voraussetzung. Die Rahmenempfehlungen der DGCC weisen zum Einen auf die gemeinsame Verbindung der Einzelfall-, der Organisations- und der institutionellen Netzwerkebene hin. Zum Anderen steht im Case Management der Klient im Fokus (Mennemann 2015, 4f). Der Rahmenvertrag zeigt auch in Ansätzen diese drei Ebenen und ihre Verbindung sowie die Klientenperspektive. Beide regeln die Abläufe, um eine sektorenübergreifende und langfristige Versorgung des Klienten zu gewährleisten. Im Case Management mit „Schwerpunkt Überleitung" beziehungsweise „Spezielle Bereiche" (s. Kap. 3.2.4, S. 20f) wird dieser Aspekt allerdings anders interpretiert. Dort geht es unter anderem um eine direkte Begleitung mit Hausbesuchen und Ansprechbarkeit über einen längeren Zeitraum. Der Prozess ist zumeist erst beendet, wenn die problematische Situation aus Sicht des Klienten und seines Umfeldes bewältigt ist und diese selbstverantwortend handeln können oder die koordinierten Leistungen ineinandergreifen und selbstständig laufen (Mennemann 2015, 4, 28-32). Im Rahmenvertrag werden die Ausgestaltung und der Umfang der Unterstützung nicht detailliert beschrieben.

In beiden erfolgt eine Klientenauswahl anhand spezifisch angepasster Kriterien. (Monzer 2013, 80ff; § 3 Rahmenvertrag Entlassmanagement 2017).

Ebenso steht im Rahmenvertrag wie im Konzept Case Management geschrieben, dass zu Beginn der Intervention ein schriftlicher Kontrakt zwischen dem jeweiligen Mitarbeiter des Krankenhauses und dem Klienten beziehungsweise dessen Bezugspersonen unterzeichnet werden muss (Mennemann 2015, 16f; § 3 Abs. 5 Rahmenvertrag Entlassmanagement 2017).

Das Entlassmangement schließt sowohl die Ressourcenaktivierung des Klienten und des informellen Hilfenetzwerks ein als auch die Abstimmung des Bedarfs und der Bedürfnisse des Klienten auf das Leistungsangebot. Dies findet sich in den drei Hauptfunktionen des Case Managements, dem Advocacy, dem Gate Keeper und dem Broker, wieder (§ 2, § 3 Abs. 2 Rahmenvertrag Entlassmanagement 2017; Monzer 2013, 13-20).

In Beiden wird durch die Netzwerkeinbindung multidisziplinär gearbeitet und so alle an den Leistungen Beteiligte mit einbezogen und mit Aufgaben betraut (Monzer 2013, 9-13; § 3 Rahmenvertrag Entlassmanagement 2017).

Aus dieser vergleichenden Überprüfung lässt sich der Schluss ziehen, dass der Rahmenvertrag Entlassmanagement und das Handlungskonzept Case Management

theoretisch etliche gemeinsame Elemente aufweisen, das Case Management Konzept aber viel mehr in die Tiefe geht und wesentlich detaillierter ausgestaltet ist.

3.4 Effekte des Case Management Konzeptes auf Klienten und Menschen im Klientensystem

Im Krankenhaus wird noch häufig der Begriff Patient benutzt. Dieser kommt aus dem lateinischen (patiens) - „ […] adjektivisches 1. Partizip von: pati = erdulden, leiden“ (Bibliographisches Institut GmbH 2017a). Der Begriff betont eine passive Haltung des Erkrankten, wohingegen ein aktives Unterstützen des eigenen Genesungsprozesses erforderlich ist. Durch die hierarchischen und teilweise wenig flexiblen Krankenhausstrukturen wird der Patient häufig in eine passive Haltung gedrängt.

Grundsätzlich ist es wichtig, dem Menschen mit spezifischem Wissen über seine Erkrankung zu einem Expertentum zu verhelfen. Einhergehend mit diesem Trend zum aktiven Einbezug des Erkrankten in den Versorgungs- und Behandlungsprozess, wird vermehrt der Begriff Klient im Gesundheitswesen genutzt. Die DGCC hat in ihren Leitlinien den Begriff Klient / Adressat gewählt, um ein neutrales Synonym zu verwenden, keine Abhängigkeiten auszudrücken oder Merkmale zuzuschreiben, die nicht im Unterstützungsprozess existieren (Mennemann 2015, 3). Mit dem Begriff Klient ist ein Mensch gemeint, der sich bewusst zu einer Kooperation mit einer Einrichtung oder mit eigenverantwortlich arbeitenden Professionen entscheidet und sie beauftragt, in seinem Interesse zu handeln und ihn auf seinem Weg zu unterstützen und zu begleiten (Lay 2014, 174). Dies gilt auch für das Case Management im Krankenhaus. Hier schließt der Klient als Auftraggeber einen Kontrakt mit dem Case Manager. Er wird über alle Handlungen informiert und beteiligt sich so aktiv wie möglich.

Case Management ist zwar auf den Einzelfall bezogen, was aber nicht bedeutet, dass die Umgebung des Klienten unberücksichtigt bleibt (Mennemann 2015, 14f). Dies greift der Begriff Klientensystem auf. Hiermit wird vorrangig die verwandtschaftliche Familie verstanden. Dazu zählen seit geraumer Zeit auch die immer relevanteren nicht blutsverwandten Angehörigen. Demzufolge gehören alle Bezugspersonen, die für den Klienten von Bedeutung sind, zum Klientensystem (Simmen et al. 2010, 74f). Es wird durch jedes Mitglied beeinflusst und gleichzeitig beeinflussen sich auch die einzelnen Beteiligten untereinander. Für Case Manager und Klienten ist es wichtig, dass die Mechanismen, Stressoren, Ressourcen und Veränderungen erkennbar werden, um sie

für die Umsetzung eines Hilfesystems zu nutzen. Die informelle Unterstützung, die durch die Menschen im Klientensystem erbracht werden können, muss adäquat mit den professionellen Dienstleistungen abgestimmt und koordiniert werden.

Die steigende Lebenserwartung, unter anderem durch den medizinischen und pflegerischen Fortschritt, führen ebenso wie der demographische Wandel zu einem Anstieg der Zivilisations- und chronischen Krankheiten als auch zu einer Steigerung der Multimorbidität in der größer werdenden Altersgruppe der Menschen ab 65 Jahren (Pötzsch und Rößger 2015 17-19; Robert Koch-Institut 2014, 1-4; Robert Koch-Institut 2015, 24). Gleichzeitig leben immer mehr Menschen alleine, sind Einzelkinder oder haben selbst keine Kinder und die traditionellen Hilfsnetzwerke durch Familie und Nachbarn fehlen (Wingenfeld 2008, 370). Durch diese Veränderungen steigt bei den Klienten der Bedarf an professionellen Versorgungs- und Unterstützungsleistungen. Die Tätigkeiten des Case Managers sollen die jeweilige Lebenssituation unterstützen und begleiten. Basis für eine positive Entwicklung ist eine Vertrauensbeziehung, gestärkt durch eine aktive und transparente Mitgestaltung des Case Management Prozesses. Durch eine umfassende Informationsweitergabe innerhalb des Netzwerks bekommt der Klient ein Gefühl der Sicherheit und hoher Versorgungsqualität. Er muss nicht bei jedem Facharzt und Dienstleister seine Krankengeschichte wiederholt ausführlich berichten. Eine derartige, auf den Klienten passende Behandlungs- und Versorgungssteuerung wirkt sich positiv auf sein Befinden und seine Autonomie aus (Junk et al. 2015, 116f). Der Case Manager führt entweder selbst oder delegiert Beratungs- und Informationsgespräche sowie Schulungen zum individuellen Bedarf des Klienten und seiner Bezugspersonen. Ein kritisches Ereignis kann zu Autonomie- und Kontrollverlusten beim Klienten führen. Wenn der Klient in ein Case Management eingebunden ist, hat er nicht nur während des Krankenhausaufenthalts, sondern auch danach einen Ansprechpartner, der ihn im empathischen Sinne begleitet, unterstützt und motiviert. Case Management kann durch die individuelle Organisation und Steuerung der Behandlungs- und Versorgungsabläufe den Unsicherheiten und der Überforderung des Klienten im zerstückelten und arbeitsteiligen Gesundheitswesen begegnen. Der Ansatz des Empowerments stärkt die Klientenperspektive, unterstützt die aktive Partizipation und Selbstverantwortlichkeit wie auch insgesamt die Motivation (Monzer 2013, 20, 207ff; Löcherbach et al. 2009, 46ff). Damit wird nicht nur die physische sondern auch die psychische Ebene des Klienten angesprochen und mit einbezogen.

In der qualitativen Studie „Die Patientenperspektive jenseits ambulant-stationärer Sektorengrenzen – Was ist Patientinnen und Patienten in der sektorenübergreifenden Versorgung wichtig?“ von Ludt et al. im Jahr 2014 wurden Patientenerfahrungen in der gesamten Versorgungskette in einem Gespräch erfasst, um Versorgungsdefizite aus Patientenperspektive aufzudecken und sie für die Entwicklung eines sektoren-übergreifenden Befragungsinstruments zu verwenden. „Im Verlauf einer Krankheitsepisode treten Patienten mit allen an der Versorgung beteiligten Therapeuten ambulant und / oder stationär in Kontakt und sind daher in der einzigartigen Position, die gesamte Versorgungskette zu überblicken.“ (Ludt et al. 2014, 359) Die Patienten äußerten beispielsweise, dass in der Kommunikation mit dem ärztlichen und pflegerischen Personal sowie anderen Therapeuten oft die Wünsche und Bedürfnisse des Patienten unberücksichtigt bleiben und / oder differenziertere Informationen nur auf aktive Nachfrage gegeben werden. Ohne umfassende Informationsgabe an die Patienten kann es für diese zu Überforderung und Unsicherheit kommen. Insgesamt wird die Koordination und Steuerung zwischen den Sektoren und eine aktive Beteiligung im Ablauf von Behandlung und Versorgung als unzureichend empfunden (Ludt et al. 2014, 362ff). Der von Ludt et al. in dieser Studie verwendete Begriff „Patient“ zeigt, dass auch bei neueren wissenschaftlichen Erörterungen nach wie vor diese einseitig wertende Formulierung in der Literatur und sicher auch im täglichen Umgang mit den Betroffenen Verwendung findet.

Hinzu kommt, dass sich viele Ärzte und Pflegepersonen durch die Partizipation der Klienten in ihrer Expertenrolle gefährdet sehen könnten. Gerade aber die häufig durch Eigenrecherche im Internet schon mit Teilwissen ausgestatteten Klienten, benötigen eine umfassende Information und Beteiligung, um damit eine intensivere Zusammenarbeit, eine höhere Behandlungszufriedenheit wie auch eine verbesserte Behandlungstreue zu erreichen. Das Handlungskonzept Case Management versucht, die oben aufgeführten Versorgungsdefizite aus Sicht des Klienten zu reduzieren. Die sektorenübergreifende Informationsweitergabe, Beratungsgespräche, Steuerung von Behandlungsabläufen sind wichtige Aspekte, um die Zufriedenheit und das Gefühl der Sicherheit zu steigern sowie Versorgungsbrüche zu vermeiden.

Zusammengefasst kann die Aussage getroffen werden, dass das Konzept Case Management die Versorgungssituation beim und nach dem Übergang aus dem Krankenhaus in den nachfolgenden Sektor verbessert und damit die Versorgungs-situation der Klienten und der Menschen im Klientensystem unterstützt. Alle in der Studie von Ludt et al. 2014 aufgezeigten Probleme der befragten Klienten finden in

einem umfassenden Case Management Konzept Berücksichtigung. Doch gibt es bisher nur wenige Forschungsergebnisse zur Wirksamkeit von Case Management, da vielfältige Ausprägungsformen und Handlungsfelder einer validen Bewertung entgegenstehen (Schmid und Schu 2017, 256-265).

4 Case Management Modelle im Krankenhaus

Im Krankenhaus gibt es verschiedene Ausprägungen und diverse unterschiedlich ausgestaltete Case Management Modelle (s. Kap. 3.2.4, S. 20f). Bei der Literaturrecherche mit der Schlagwortkombination Case Management und Entlassungsmanagement traten das Kölner Case Management Modell des Universitätsklinikums und das Speyerer Case Management Modell des Diakonissen-Stiftungs-Krankenhauses Speyer insgesamt sieben Mal als Treffer auf. Das Modell der Universitätsklinik Köln legt den Schwerpunkt auf die interne Steuerung. Das Modell und seine Implementierung ist mehrfach in der Literatur beschrieben und hat zur weiteren Entwicklung des Case Managements im Krankenhaus beigetragen (Ribbert-Elias 2017, 133). Das Speyerer Modell zeigt wie ein sektorenübergreifendes Case Management Projekt den Übergang zwischen den Sektoren unterstützt und so Versorgungskontinuität bei pflegebedürftigen und chronisch kranken Klienten herstellt. Die DGCC hat in ihrer Zeitschrift über beide Modelle geschrieben und das Speyerer Case Management Modell wurde 2013 als zweiter Preisträger des Innovationspreises der DGCC gewählt (Wilhelm 2013, 154).

4.1 Das Kölner Case Management Modell

Das KCM (Kölner Case Management Modell) am Universitätsklinikum Köln startete 2003 im Zuge einer Reorganisation der Aufbau- und Ablauforganisation als Pilotprojekt im Fachbereich Kardiologie. Die DRG-Einführung im gleichen Jahr brachte die Erfordernis mit sich, dass eine Verweildauerverkürzung bei gleichzeitiger Fallzahlsteigerung erreicht werden musste, da die Einnahmen durch die Leistungs-budgetierung sanken und die Versorgungsqualität nicht beeinträchtigt werden sollte. Die Einführung des Case Managements erfolgte trotz einiger Stolpersteine insgesamt positiv bis Ende 2004 und führte danach zur Umsetzung in 90 Prozent der Abteilungen des Klinikums. Es ist als Steuerungsinstrument für den gesamten Behandlungs- und Versorgungzeitraum umgesetzt (Dahlgaard und Stratmeyer 2014, 124f). Ziele sind

eine Finanzierungssicherung durch optimale Fall- und Auslastungslage, eine stetige Prozessoptimierung sowie eine Qualitäts- und Versorgungssicherung (s. Anhang B, S. 59).

Die Universitätsklinik Köln, ein Krankenhaus der Maximalversorgung, behandelt ungefähr 60.000 Patienten stationär in rund 1.500 Betten (Universitätsklinikum Köln AöR 2017). Die Abteilung Case Management untersteht seit 2009 organisatorisch als Stabsstelle dem Ärztlichen Direktor (Dahlgaard und Stratmeyer 2014, 126, 133). Ein Case Manager ist im Schnitt für ca. 70 Patienten einer zugeteilten Fachklinik zuständig (Roland 2008, 58). Die 45 Mitarbeiter des Case Managements sollen das Pflegepersonal und die Ärzte entlasten sowie durch die Patientenorientierung eine Image- und Wettbewerbssteigerung erreichen (Roland 2008, 52; Dahlgaard und Stratmeyer 2014, 124). Die Abteilung setzt sich aus fachweitergebildeten Mitarbeitern der Pflege zusammen und arbeitet gemeinsam mit dem Sozialdienst an definierten Fällen, um das gesamte Aufgabenspektrum in Kooperation abdecken zu können (Dahlgaard und Stratmeyer 2014, 126).

„Die Uniklinik Köln definiert Case Management als einen Prozess der interdisziplinären Zusammenarbeit in der Patientenversorgung über alle Abteilungen eines Krankenhauses. […] Das Case Management begleitet den Behandlungsverlauf eines Patienten unter den Aspekten der Qualitätssicherung und der Kostenkontrolle. Dabei organisiert es primär interne Prozesse des Klinikums. Sind im Behandlungspfad/-muster vor- und nachstationäre Prozesse mit einbezogen, werden diese ebenfalls vom Case Management organisiert.“ (Roland 2008, 52)

Jeder stationäre Patient wird durch das Case Management in unterschiedlichem Umfang betreut. Der Case Manager terminiert und steuert die stationäre Aufnahme unter Zuhilfenahme der vorhandenen Behandlungspfade[10]. In einem ersten Assessment werden die Unterstützungsbedarfe, Ressourcen und Risiken ermittelt und der Patient erhält erste Informationen zu seinem Aufenthalt. Am ersten stationären Tag des Patienten werden das Assessment und die Informationsgabe vervollständigt. Daraufhin entscheidet der Case Manager, inwieweit der Patient betreut werden sollte und teilt ihn mit Hilfe des Assessment – Instruments KAI-BI®[11] in eine Versorgungsgruppe ein (Low-, Medium-, Highcare) (Grebe 2008, 125-138). Identifiziert der Case Manager im Intaking einen Patienten für das Case Management, so erfolgt die gemeinsame

[10] „Ein integrierter Behandlungspfad (IBP) ist ein Steuerungsinstrument. Der integrierte Pfad beschreibt den optimalen Weg eines speziellen Patiententyps mit seinen entscheidenden diagnostischen und therapeutischen Leistungen und seiner zeitlichen Abfolge. […]“ (Eckardt 2006, 25)

[11] Kölner Assessment-Instrument mit Bostelaar-Index

Zielsetzung und detaillierte Maßnahmenplanung. Der Case Manager dokumentiert seine Arbeit durchgehend, bespricht sich mit dem beteiligten multidisziplinären Team und delegiert die Aufgabendurchführung an verschiedene Stellen, wie zum Beispiel den Sozialdienst und / oder das Überleitungsmanagement. Das Monitoring erfolgt beispielsweise durch wöchentliche multidisziplinäre Fallbesprechungen und individuelle Kontakte mit dem Patienten, den Angehörigen und Kollegen. Vor der Entlassung findet ein Abschlussgespräch statt, indem über die Umsetzung und weiteren Schritte gesprochen wird. Weiterhin erkundigt sich der Case Manager ungefähr 48 Stunden nach der Entlassung bei dem Patienten, seinen Angehörigen und den Unterstützungsdiensten nach dem Befinden sowie Funktionieren des Versorgungsablaufs. Darüber hinaus hat der Case Manager im KCM die Funktion der Systemkontrolle. Er beachtet bei seiner Arbeit die Ziele des Hauses, in dem er die DRG - Daten prüft, Störungen des Ablaufs aufdeckt, diskutiert und weiterleitet. Zur Evaluation des Case Managers auf der Systemebene gehört auch, ob die Auslastung, die Fallzahlen und die durchschnittliche Verweildauer erreicht wurden (Roland 2008, 53ff; Pape et al. 2006, 32). Das differenzierte Entlassmanagement erfolgt durch den vom Case Management angeforderten Sozialdienst und das CDC (Care Dienstleistungs-Centrum). Der Sozialdienst hat die Aufgaben der psychosozialen Beratung und Betreuung, die Organisation von Rehabilitationsmaßnahmen und der stationären Nachsorge als auch die Bearbeitung aller Bereiche des Sozialrechts. Das CDC als Überleitungsmanagement wird vom Case Management angefordert, wenn die Weiterversorgung nach Hause organisiert und koordiniert werden muss. Zu den Aufgaben gehören die Versorgung mit Hilfsmitteln, Kontaktvermittlung, Organisation und Vermittlung von ambulanten Pflegediensten etc.. Das CDC arbeitet auf der Grundlage des Expertenstandards Entlassungsmanagement in der Pflege des DNQP (Volkmer 2008, 39-44).

Zusammenfassend formuliert ist der Case Manager im Universitätsklinikum Köln für den Patienten, die Klinikmitarbeiter und die Netzwerkpartner der Hauptansprechpartner und fungiert somit als Gatekeeper und Broker mit dem Schwerpunkt, Störungen im Behandlungs- und Versorgungsprozess zu ermitteln und zu beseitigen. Als Advocacy führt der Case Manager die Bedarfe und Erfordernisse mit den Angeboten der Uniklinik zusammen (Dahlgaard und Stratmeyer 2014, 134; Pape et al. 2006, 32).

4.2 Das Speyerer Case Management Modell

Für das Diakonissen-Stiftungs-Krankenhaus Speyer ist seit 2007 das Case Management eine Lösung, um multimorbide Patienten mit chronischen Erkrankungen durch eine sektorenübergreifende Betreuung und Beratung zu unterstützen. Die Ziele des Krankenhauses beziehen sich auf die Verbesserung der Patientenversorgung und der ökonomischen Zukunftssicherung des Hauses (s. Anhang C, S. 59). Das Diakonissen-Stiftungs-Krankenhaus Speyer ist ein akademisches Lehrkrankenhaus mit 421 Betten und pro Jahr ungefähr 20.000 stationär behandelten Patienten (Geiger und Wilhelm 2013, 235f).

Case Management wurde mittels eines Projekts mit der Firma B. Braun Melsungen AG entwickelt und implementiert. Prof. Dr. med. Gerhard Rümenapf beteiligte sich als gefäßchirurgischer Leiter des Oberrheinischen Gefäßzentrums Speyer-Mannheim maßgeblich an der Entwicklung. Das sektorenübergreifende Case Management ist zuerst in der Gefäßchirurgie eingeführt worden, da dort häufige Wiedereinweisungen durch Überforderung der Patienten und ihrer Angehörigen auftraten. Wiedereinweisungen führten durch Fallzusammenlegungen zu hohen Kosten für das Krankenhaus. Diese sollten reduziert und Versorgungsbrüche zwischen dem stationären und ambulanten Sektor verhindert werden (Wilhelm 2013, 154f; Geiger und Wilhelm 2013, 236f). Innerhalb des Projektes wurde eine eigene Definition basierend auf der Definition von Ewers und Schaeffer 2005 (Ewers und Schaeffer 2005, 8) ausgearbeitet. Sie lautet: „Case Management ist ein qualitätsgesicherter, längerfristiger Prozess zur sektorenübergreifenden Steuerung der Behandlung eines Patienten nach seinen individuellen Bedürfnissen durch eine Bezugsperson bei der Aufnahme im Krankenhaus, der stationären Versorgung als auch der ambulanten Weiterversorgung zur nachhaltigen Sicherung des Therapieerfolgs durch Organisation, Koordination und Steuerung der notwendigen komplexen medizinischen, pflegerischen und sozialrechtlichen Fragen bei multimorbiden und chronischen Patienten.“ (Wilhelm 2013, 154)

Im Diakonissen-Stiftungs-Krankenhaus Speyer ist die Abteilung Case Management organisatorisch der Geschäftsführung unterstellt und setzt sich aus Pflegefachkräften mit spezieller Weiterbildung durch die B. Braun Melsungen AG zusammen. Der Arbeitsablauf und die Aufgaben sind am Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege des DNQP angelehnt (ebd. 155). Der Ablaufprozess im Speyerer Modell umfasst den Regelkreis und alle Funktionen des Case Managements. Bei der Aufnahme willigen die Patienten mit ihrer Unterschrift in eine mögliche Unterstützung

durch die Case Manager ein. Das Case Finding erfolgt in den ersten 24 Stunden des Krankenhausaufenthalts durch Pflegefachkräfte oder im Rahmen der ärztlichen Visite auf der Grundlage von spezifisch definierten Intake-Kriterien (s. Anhang D, S. 59). Wenn mindestens zwei Kriterien zutreffen, erfolgt eine elektronische Beauftragung des Case Managements und ein Case Manager führt ein Assessment durch. Die vorliegenden Patientenunterlagen, die Pflegeanamnese und ein Gespräch mit dem Patienten über die bestehende häusliche Situation und die eventuellen Bedarfe gehören dazu. Mit Hilfe eines speziell entwickelten Assessment-Score aus medizinischen, pflegerischen und sozialen Aspekten wird eine Punktzahl ermittelt und aufgrund dieser entschieden, ob ein Case Management Fall vorliegt oder der Sozialdienst eingeschaltet werden muss (Geiger und Wilhelm 2013, 245- 253; Wilhelm et al. 2013, 706ff). Beide Abteilungen arbeiten oft gemeinsam, wobei die Behandlungsbedürftigkeit des Patienten entscheidet, welche Abteilung hauptverantwortlich die Versorgung übernimmt (s. Anhang E, S. 60). Handelt es sich um einen Case Management Fall, wird aufgrund der ermittelten Informationen gemeinsam mit dem Patienten ein Hilfeplan erstellt und durch das multidisziplinäre Team umgesetzt. Dazu werden Fallbesprechungen durchgeführt. Die Kontaktaufnahme mit ambulanten Unterstützungsdiensten erfolgt meist noch im Krankenhaus. Die Patienten und Angehörigen erhalten Beratung zu ausgewählten Themenkomplexen und Schulungen / Anleitungen beispielsweise zur Wundversorgung und -beobachtung. Nach der Entlassung des Patienten erfolgt telefonisch eine Evaluation mit den nachversorgenden Netzwerkteilnehmern und dem Patienten innerhalb von 48 Stunden. Teilweise fährt der Case Manager auch zu dem Patienten nach Hause und trifft sich dort mit dem Hausarzt, dem ambulanten Pflegedienst, dem Physiotherapeuten etc., um die Versorgung anzupassen und Lösungen für neu aufgetretene Problematiken zu finden. Innerhalb eines Re-Assessments wird ungefähr vier Wochen nach der Entlassung die Versorgungssituation überprüft. In der Literatur wird das Modell anhand einer Fallbeschreibung dargestellt, wobei die Begleitung neun Monate umfasste. Das Speyerer Modell ist auch nach der Entlassung weiterhin Ansprechpartner für die Patienten (Geiger und Wilhelm 2013, 245-253; Wilhelm et al. 2013, 706-709; Graefe 2011, 17). Derzeit erfolgt die Bearbeitung der Anforderungen des Rahmenvertrages Entlassmanagement durch eine Arbeitsgruppe mit Personen aus der Geschäftsführung, der Pflegedienstleistung, der Abteilung elektronische Datenverarbeitung und den entlassenden Institutionen (s. Anhang E, S. 60).

4.3 Diskurs: Case Management Modelle und Rahmenempfehlungen der DGCC

Die zwei hier vorgestellten Modelle der Kölner Universitätsklinik und des Diakonissen-Stiftungs-Krankenhauses Speyer bezeichnen ihre Abteilungen jeweils als Case Management. Wie schon erwähnt gibt es einige Literatur über diese beiden Modelle, die jeweils als Projekt gestartet und inzwischen beispielgebend für die Umsetzung in anderen Krankenhäusern geworden sind. Da in Deutschland diverse Modelle in Krankenhäusern bestehen, die sich den Begriff Case Management zu eigen gemacht haben, aber nur Teilaspekte umsetzen (Ribbert-Elias 2017, 134), wird im folgenden Abschnitt literaturgestützt überprüft, ob diese beiden hier vorgestellten Modelle sich nach den Rahmenempfehlungen der DGCC richten und in Anlehnung an das Positionspapier der DGCC Fachgruppe Gesundheit und Pflege arbeiten. Die ausgewählten überprüften Aspekte entsprechen allerdings nicht der Vollständigkeit der Rahmenempfehlungen der DGCC, sondern sind angelehnt an die Ausführungen im Kapitel 3.2.1 (s. S.15-21).

Die Definition der DGCC beinhaltet die Steuerung von Leistungsprozessen und die bedarfsgerechte individuelle Unterstützung, Behandlung, Begleitung, Förderung und Versorgung von Menschen (s. Kap. 3.2.1, S. 16). Die DGCC Fachgruppe hat in ihrem Positionspapier auf verschiedene Ausprägungen in Krankenhäusern hingewiesen. Das KCM steuert primär die internen Prozesse und Behandlungsverläufe der Klienten (s. Kap. 4.1, S. 26ff). Im Speyerer Modell geht es vor allem um die Organisation und Koordination der Behandlung und Versorgung beim und nach dem Übergang in andere Sektoren (s. Kap. 4.2, S. 29f). Beide Abteilungen zielen somit auf einen anderen Schwerpunkt, bleiben aber innerhalb der Definition der DGCC. Eine Mehrdimensionalität, worauf die Definition abzielt, wird in beiden Modellen gewahrt. Das KCM und das Speyerer Case Management Modell sind jeweils durch die Managementebene der Krankenhäuser initiiert und getragen (s. Kap. 4.1, S. 26f; Kap. 4.2 S. 29f). Die auf Projektbasis erstellten Konzepte wurden auf der Organisationsebene als eine „Querintervention zu segmentierten Dienstleistungen“ (Ribbert-Elias 2017, 138) innerhalb der Krankenhäuser implementiert. Das Speyerer Modell geht an dieser Stelle noch weiter, da die Case Manager als eine Querintervention über die Sektoren hinweg agieren und die institutionelle Netzwerkebene somit im Sinne der DGCC ausweiten. Ob alle Hierarchieebenen im Netzwerk involviert werden, kann aufgrund der Literaturrecherche nicht überprüft

werden. Die Einzelfallebene ist durch die Ausprägungsform der Modelle, der Indikation und der Zielsetzungen geprägt.

Zu den vorrangigen Zielen des KCM gehört eine Sicherung der ökonomischen Interessen. Dies geht Hand in Hand mit einer Qualitätssteigerung der Behandlungsverläufe und der Versorgungskontinuität, die eine Verbesserung der Klientenversorgung bewirken sollen (s. Kap. 4.1, 27f). Das Spannungsfeld, in dem die dortigen Mitarbeiter des Case Managements stehen, bezieht sich darauf, die Zielsetzungen des Klinikums und die individuellen Bedarfe ihrer Klienten in Einklang zu bringen. Die von der DGCC beschriebene Klientenpartizipation (DGCC Fachgruppe Gesundheit und Pflege 2013, 4f) erscheint begrenzt, eine nachstationäre Versorgung wird organisiert, aber nicht weiterbegleitet.

Das Speyerer Modell benennt als Ziele unter anderem wirtschaftliche Aspekte, aber primär die Qualitätsverbesserung der Klientenversorgung (Geiger und Wilhelm 2013, 236). Dabei weist die Auswahl der Intake-Kriterien (s. Anhang D, S. 59) auf eine Ausrichtung auf DRG relevante Diagnosen hin und zeigt damit, dass das Speyerer Modell die Klientenversorgung in den Vordergrund stellt, aber Klienten auswählt, die ohne Case Management dem Krankenhaus wiederholt Kosten verursachen würden, zum Beispiel durch Re-Einweisungen.

Die Zielsetzung einer Erlössicherung und –optimierung scheint für viele Krankenhäuser Auslöser für die Überlegung zu sein, das Handlungskonzept Case Management als Lösungsmöglichkeit zu implementieren (Ribbert-Elias 2017, 133f). Da es von Seiten der Kostenträger oder der Politik keine Finanzierungsgrundlage des Konzepts gibt, müssen die ökonomischen Aspekte beachtet werden, sollten aber nicht richtungsweisend sein.

Für das KCM sind in der Literatur keine Intake-Kriterien formuliert, da diese über einen forschungsbasierten Algorithmus alle Klienten entsprechend dem anzunehmenden Pflegeaufwand einstufen. Dieses Instrument dient dazu die Klienten und das Personal auf Grundlage von Klientendaten zu steuern (Grebe 2008, 125f).

Die DGCC benennt fünf Indikationskriterien, die gleichzeitig vorliegen müssen (Mennemann 2015, 3). Beide hier beschriebenen Modelle wählen Kriterien vor allem aus Einrichtungsperspektive und nicht aus der von der DGCC gewünschten Klienten-perspektive.

Weiterhin wird in der Literatur zu beiden ausgewählten Modellen beschrieben, dass sie den Regelkreis des Case Management umsetzen. Da die Schwerpunkte verschieden gewählt sind, werden demzufolge die einzelnen Schritte verschiedenen gewichtet und

ausgerichtet. Hierbei werden die Rahmenempfehlungen der DGCC zu großen Teilen umgesetzt.

Die DGCC weist auf die zeitliche Begrenzung hin, die in Absprache mit dem Klienten in der Phase der Hilfeplanung erfolgen soll (Mennemann 2015, 14). Im KCM ist das Ende des Case Management Prozesses mit der Entlassung vorgegeben. Hier betreut ein Case Manager ungefähr 70 Klienten (s. Kap. 4.1, S. 27), weshalb eine nachstationäre Begleitung schwierig wäre. Der Case Manager delegiert Aufgaben und überwacht die Umsetzung. In der Phase des Monitorings wird zum Beispiel die Methode der Fallbesprechungen genutzt, um den aktuellen Stand der Maßnahmenumsetzung des Hilfeplans zu besprechen (Roland 2008, 54). Eine längerfristige nachstationäre Begleitung und Monitoring der Inanspruchnahme der gemeinsam geplanten Leistungen erfolgt nicht. Im Speyerer Modell wird der Klient begleitet bis die komplexe Problemsituation von Seiten des Klienten eigenständig handhabbar ist. Somit erfolgen ein Monitoring während der Inanspruchnahme und gegebenenfalls eine Anpassung (Geiger und Wilhelm 2013, 250f).

Die Orientierung an den Bedürfnissen des Klienten ist in beiden Modellen ein zentraler Aspekt. Das Speyerer Modell ist mittels einer retrospektiven Kohortenstudie an Klienten mit einem Diabetes-Typ-2 und mit diabetischem Fußsyndrom beziehungsweise peripherer arterieller Verschlusskrankheit evaluiert worden. Unter anderem konnte eine gestiegene Klientenzufriedenheit dabei ermittelt werden (Geiger und Wilhelm 2013, 251f). Dies wurde auch in Erhebungen der Kölner Uniklinik festgestellt (Dahlgaard und Stratmeyer 2014, 130f).

Zusammenfassend enthalten beide Modelle trotz unterschiedlicher Umsetzungsvarianten und Schwerpunkte wesentliche Bestandteile des Case Management Konzeptes. Es konnte nachgewiesen werden, dass sie die Ansprüche der Bezeichnung Case Management im Krankenhaus erfüllen. Beide Modelle zielen auf eine effiziente und effektive Organisation und Umsetzung der Versorgungsleistungen ab und fördern durch ihre Arbeit die Compliance, das Empowerment und das Wohlbefinden der Klienten.

5 Anwendung der Bedingungen des Rahmenvertrages Entlassmanagement auf die Case Management Modelle

Nachdem nun auf theoretischer Basis das Handlungskonzept Case Management beschrieben und mit dem Rahmenvertrag Entlassmanagement vergleichend analysiert wurde sowie zwei Case Management Modelle vorgestellt worden sind, soll nachfolgend anhand einer tabellarischen Übersicht die Frage beantwortet werden, welche Kriterien aus dem Rahmenvertrag diese beiden Modelle schon umsetzen und wo noch Anpassungen stattfinden müssen. Eine ausführliche Vorstellung der Modelle ist in Kapitel 4 ab Seite 26 erfolgt und wird als Grundlage verwendet. Es wird auf die Struktur-, Prozess- und Ergebnisebene und die dazugehörigen Kriterien des Rahmenvertrages eingegangen und überprüft, ob die beiden Modelle diese Bedingungen erfüllen. Weisen beide Case Management Modelle identische Lösungen auf, werden in der Tabelle die Spalten verbunden. Sind Anpassungen nötig, werden diese in kursiv hervorgehoben.

Die Strukturebene

Rahmenvertrag Entlassmanagement	Kölner Case Management Modell	Speyerer Case Management Modell
Krankenhäuser müssen ein multiprofessionelles Team zusammenstellen und verbindliche Regelungen zu den Verantwortlichkeiten festlegen (§ 3 Abs. 1).	In der Abteilung arbeiten weitergebildete Mitarbeiter der Pflege und kooperieren mit dem Sozialdienst und dem Care Dienstleistungs-Centrum. Die Mitarbeiter vermitteln zwischen allen am Versorgungsprozess Beteiligten (s. Kap. 4.1, S. 27).	Das Team besteht aus speziell weitergebildeten Pflegekräften. Hinzu kommt eine Sozialdienstabteilung. Beide Abteilungen kooperieren und arbeiten gemeinsam für die individuelle Patientenversorgung nach der Krankenhausentlassung (s. Kap. 4.2, S. 29).
Der Grundsatz „ambulant vor stationär“ ist für die Anschlussversorgung zu beachten (§ 2 Abs. 3).	In der Literatur zu beiden Case Management Modellen ist diese Vorgabe aus dem Rahmenvertrag Entlassmanagement nicht explizit beschrieben. *Dieser Grundsatz sollte in den jeweiligen Standards ausdrücklich formuliert werden.*	

Rahmenvertrag Entlassmanagement	Kölner Case Management Modell	Speyerer Case Management Modell
Das Krankenhaus verfügt über schriftliche, nachvollziehbare Standards für das Entlassmanagement (§ 3 Abs. 1, 2).	In der Projektphase sind Standards und Behandlungspfade erarbeitet worden, die dem Case Manager in der Praxis als Steuerungsinstrument dienen (s. Kap. 4.1, S. 26). In den Aufgabenstellungen der Abteilung sind die Funktionen des Case Managements - Broker, Gatekeeper und Advocat - abgebildet (s. Kap. 4.1, S. 28).	Eine multidisziplinäre Projektgruppe hat organisatorische und strukturelle Maßnahmen erarbeitet. Darauf aufbauend wurden eine Sollkonzeption einschließlich Stellenplan sowie -beschreibung und eine Case Management Ablaufbeschreibung in Anlehnung an den Expertenstandard Entlassmanagement des DNQP und dem Case Management Regelkreis konzipiert (s. Kap. 4.2, S. 29).
Die Abteilung für ein Entlassmanagement muss einen Entlassplan mit voraussichtlichem Versorgungsbedarf im Anschluss an den Krankenhausaufenthalt erstellen und für jeden Beteiligten zugänglich machen (§ 3 Abs. 3).	Auf Grundlage der Informationen aus dem Assessment wird im Linking ein Versorgungsplan erstellt, dokumentiert und mit allen Beteiligten kommuniziert. Das Monitoring erfolgt durch wöchentliche multidisziplinäre Fallbesprechungen, individuelle Kontakte mit dem Patienten, den Angehörigen und Kollegen (s. Kap. 4.1, S. 27f).	Die Planung der Versorgung ist in der Ablaufbeschreibung in Anlehnung an den Regelkreis des Case Managements verankert und stützt sich auf eine ausführliche Bedarfserhebung (s. Kap. 4.2, S. 29).

<table>
<tr><th>Rahmenvertrag Entlassmanagement</th><th>Kölner Case Management Modell</th><th>Speyerer Case Management Modell</th></tr>
<tr><td>Ein Entlassbrief mit erweiterten Aspekten muss umgesetzt werden. Für eine Weiterleitung an die Weiterversorgenden muss der Patient zustimmen (§ 3 Abs. 7; § 9).</td><td colspan="2">Ein Entlassbrief ist Standard.
Die neuen, zusätzlichen Aspekte müssen in das im Krankenhaus verwendete Dokument eingefügt werden (§ 3 Abs. 7; § 9).</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Das Krankenhaus muss die Telefonnummer eines Ansprechpartners, der bei Rückfragen auch an Wochenenden zuständig ist, festlegen (§ 3 Abs. 7).</td><td>Jeder Mitarbeiter ist telefonisch und per E-Mail zu den individuellen Dienstzeiten zu erreichen. Diese sind auf der Internetseite zu finden (Universitätsklinikum Köln AöR 2017).</td><td>Bisher gibt es zwei Telefonnummern, über die die Mitarbeiter während der Dienstzeiten erreichbar sind (Geisthardt 2017).</td></tr>
<tr><td colspan="2">Es müssen erweiterte Regelungen eingeführt werden.</td></tr>
<tr><td>Medikationsplan: Ein Dokument muss nach § 31a SGB V erarbeitet und umgesetzt werden. Der Patient muss einen Medikationsplan sowie ein Informationsgespräch erhalten (§ 7 Abs. 3).</td><td colspan="2">Im Entlassbrief ist in der Regel ein Medikationsplan enthalten, der dem weiterbehandelnden Arzt zugesendet wird.
Eine Umstellung muss dahingehend erfolgen, dass auch die Patienten selbst ihren Medikationsplan erhalten und dieser in einem Informationsgespräch mit ihnen besprochen wird.</td></tr>
<tr><td>Verordnungen im Rahmen des Entlassmanagements sind neu geregelt und müssen umgesetzt werden (§ 4).</td><td colspan="2">Die Deutsche Krankenhaus Gesellschaft veröffentlicht Formulare und weitere Anpassungsprozesse, die die Krankenhäuser nutzen und umsetzen müssen. Ebenso müssen die Prozesse und Verantwortlichkeiten intern dahingehend überarbeitet werden (§ 4 Abs. 8, § 6 Rahmenvertrag Entlassmanagement 2017).</td></tr>
</table>

Rahmenvertrag Entlassmanagement	Kölner Case Management Modell	Speyerer Case Management Modell
Krankenhäuser müssen über ihr Entlassmanagement auf ihrer Internetseite informieren (§ 3 Abs. 1).	Das Case Management wird in den jeweiligen Fachabteilungen auf der Internetseite vorgestellt. Eine offizielle Telefonliste enthält die Kontaktdaten zu jedem Mitarbeiter (Universitätsklinikum Köln AöR 2017).	Das Case Management ist auf der Internetseite des Krankenhauses präsent und stellt sein Angebot, das Aufgabenfeld und seine Netzwerkpartner vor (Geisthardt 2017).
Übernahme des Entlassmanagements (Standards) in die Qualitätsberichte der Krankenhäuser (§ 3 Abs. 1 Protokollnotiz).	Im Qualitätsbericht 2015 ist bisher kein Case Management enthalten.	Im Qualitätsbericht 2015 wird auf eine vorhandene Case Management Abteilung hingewiesen.
	Das Entlassmanagement sollte im Qualitätsbericht dokumentiert werden.	

Die Prozessebene

Rahmenvertrag Entlassmanagement	Kölner Case Management Modell	Speyerer Case Management Modell
Eine Information und Beratung des Patienten zum Entlassmanagement muss organisiert und durchgeführt werden (§ 7 Abs. 1, 2).	Im Intaking wird der Patient über das Case Management informiert und willigt schriftlich ein (s. Kap. 4.1, S. 27).	Der Patient willigt mit dem Behandlungsvertrag in eine mögliche Unterstützung durch das Case Management ein (s. Kap. 4.2, S. 29).
	Der Standard muss angepasst und die neuen festgelegten Dokumente müssen genutzt werden.	

Rahmenvertrag Entlassmanagement	Kölner Case Management Modell	Speyerer Case Management Modell
Geltungsbereich: „Der Rahmenvertrag gilt für Entlassungen von Patienten aus voll- und teilstationären sowie stationsäquivalenten Behandlungen durch das Krankenhaus“ (§ 1). Eine möglichst frühzeitige Einschätzung jedes Patienten erfolgt anhand eines geeigneten Assessments (§ 3 Abs. 2). Wenn kein Bedarf für Anschluss-versorgung besteht, wird dies in der Patientenakte dokumentiert und eine Einwilligung nach Anlage 1b ist nicht erforderlich. Der Patient erhält dann ein reduziertes Entlassmanagement (Entlass-brief, Verordnungen etc.) (§ 3 Abs. 4).	Jeder Patient des Klinikums wird in der Klärungs- und Assessmentphase durch das Case Management mittels eines eigens entwickelten Assessment – Instruments, KAI-BI®, gescreent und in eine Versorgungsgruppe (Low-, Medium-, Highcare) eingeteilt. Bei geplanten stationären Aufnahmen wird bereits prästationär die stationäre Behandlung geplant und telefonisch besprochen. Bei der Aufnahme willigt der Patient schriftlich zur Einbindung in das Case Management ein (s. Kap. 4.1, S. 27).	In der Klärungsphase werden innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Aufnahme anhand von festgelegten und enggefassten Intake-Kriterien (s. Anhang D, S. 59) Patienten, die ein Case Management benötigen, herausgefiltert. Der Patient willigt in den Versorgungsplan ein (s. Kap. 4.2, S. 29f).
Unterstützung des Entlassmanagements durch die Krankenkasse und die Pflegekasse (§ 10) sowie die Weitergabe des Entlassplans an die Krankenkasse (§ 3 Abs. 5).	*Die Unterstützung kann optional durch den Case Manager angefordert werden.* *Dies sollte im Standard dokumentiert und alle Mitarbeiter darüber informiert werden.*	

Rahmenvertrag Entlassmanagement	Kölner Case Management Modell	Speyerer Case Management Modell
Am Entlasstag sorgen die zuständigen Mitarbeiter für einen reibungslosen Übergang des Patienten in die Anschlussversorgung (§ 3 Abs. 4).	Es findet 24 Stunden vor der Entlassung ein Abschlussgespräch mit dem Patienten und eventuell den Angehörigen statt, um eine Zwischenevaluation durchzuführen. Dem Patienten die Verordnungen, der Arztbrief sowie weitere Dokumente ausgehändigt und er erhält Informationen zum Ablauf der Entlassung (s. Kap. 4.1, S. 28).	Da beschrieben wird, dass bei Bedarf die individuelle Begleitung auch über die Entlassung hinaus von den Case Managern übernommen wird, kann von einer Organisation zum reibungslosen Übergang ausgegangen werden (s. Kap. 4.2, S. 30 und Anhang E, S. 60).

Die Ergebnisebene

Rahmenvertrag Entlassmanagement	Kölner Case Management Modell	Speyerer Case Management Modell
Der Patient und seine Bedürfnisse stehen im Mittelpunkt aller Beteiligten (§ 2). „Das Entlassmanagement erfolgt patienten-individuell, ressourcen- und teilhabeorientiert und trägt in enger Abstimmung mit dem Patienten oder dessen gesetzlichem Vertreter/Betreuer dem individuellen Hilfe- und Unterstützungsbedarf des Patienten Rechnung.“ (§ 2 Abs. 2 Satz. 2)	In der Definition ist festgeschrieben, dass „der individuelle und pflegerische Bedarf eines Patienten [..] vom Case Management mit dem Patienten eruiert und geplant“ (Roland 2008, 52) wird. Ziel ist eine optimale Überleitung des Patienten in den nachstationären Sektor (s. Kap. 4.1, S. 27).	In den Zielen und der Definition ist die Patientenorientierung und Beziehungsgestaltung ein entscheidender Faktor (s. Kap. 4.2, S. 29).

Rahmenvertrag Entlassmanagement	Kölner Case Management Modell	Speyerer Case Management Modell
Die Abteilung stellt den Informations-austausch mit allen Nachversorgern sicher (§ 2 Abs. 1, § 8): ▪ frühzeitiger Kontakt zum Nachversorger (§ 3 Abs. 4) ▪ Weitergabe des Entlassplans an die Krankenkasse vor Einbindung des Leistungserbringers (§ 3 Abs. 6) ▪ zeitnahe Terminierung beim weiterbehandelnden Haus- und Facharzt für Patienten mit komplexem Versorgungsbedarf (§ 8 Abs. 4)	Die Case Manager nutzen und pflegen ein Netzwerk aus internen und externen Institutionen zur Erfüllung einer optimalen Versorgung im Rahmen des Linkings. Zum Beispiel wird der Sozialdienst für eine Pflegeeinstufung, eine Haushaltshilfe, einen Rehabilitationsantrag per Formular angefordert. Ebenso ist das Überleitungsmanagement beispielsweise für die Anforderungen von Hilfsmitteln zuständig. Der Case Manager überwacht und überprüft im Rahmen des Monitorings alle Vorgänge und bleibt der erste Ansprechpartner für den Patienten und seine Bezugspersonen (s. Kap. 4.1, S. 28).	Der Informationsaustausch findet strukturiert entsprechend der Ablaufbeschreibung im Netzwerk statt. Die nachsorgenden Leistungserbringer kommen zum Teil schon während des Krankenhausaufenthalts, um den Patienten kennenzulernen und sich ihm vorzustellen (s. Kap. 4.2, S. 30).
	Die Weitergabe des Entlassplans an die Krankenkasse ist eine Neuerung und muss eingeführt werden.	

Beide Modelle weisen, wie im tabellarischen Vergleich erkennbar wird, teilweise übereinstimmende Strukturen und Prozesse mit dem Rahmenvertrag auf.

Bei der Überprüfung, ob das Kölner Case Management Modell geeignet ist, die Kriterien des Rahmenvertrags Entlassmanagement zu erfüllen, zeigt sich, dass noch einige Anpassungen vorgenommen werden müssen. Der Schwerpunkt des Case Management Modells liegt in der Steuerung des internen Behandlungsverlaufs während des Krankenhausaufenthalts. Benötigen die Patienten eine umfassendere Unterstützung, wird das Case Management ausgeweitet. Die Abteilung arbeitet nach den Rahmenempfehlungen der DGCC (s. Kap. 4.3, S. 31ff). Die Case Manager involvieren beispielsweise die Sozialarbeiter und / oder das Case Dienstleistungs-Centrum GmbH. Diese führen die angeforderten Maßnahmen des Case Managements aus. Der Case Manager koordiniert, delegiert und überwacht. Er fungiert für alle Beteiligten als zentraler Ansprechpartner. Die hinzugezogene Case Dienstleistungs-Centrum GmbH arbeitet nach dem Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege des DNQP (s. Kap. 4.1, S. 28). Zu den nötigen Anpassungen im Hinblick auf die Umsetzung des Rahmenvertrages Entlassmanagement gehören lediglich die Nutzung der einheitlichen Formulare ab Oktober diesen Jahres und die damit einhergehenden Prozessablaufveränderungen sowie der Hinweis auf die Möglichkeit einer verstärkten Einbindung der Krankenkassen. Weiterhin sollten die Patienten einen eigenen Medikationsplan und dazu ein Informationsgespräch erhalten. Durch eine korrekte Medikamenteneinnahme und das dazugehörige Hintergrundwissen wird dem Patienten Sicherheit gegeben und Verantwortung übertragen.

Der Schwerpunkt des Speyerer Case Management Modells liegt in der optimalen Versorgung beim sektorenübergreifenden Übergang nach der Krankenhausbehandlung für spezielle Patientengruppen und gehört daher in die Ausprägung „Case Management in Speziellen Bereichen“ (s. Kap. 3.2.4, S. 20f). Die Case Manager betreuen bei Notwendigkeit die Patienten auch längerfristig nach der Entlassung in der Häuslichkeit bis die organisierte Versorgung selbstständig läuft und die Patienten keine Unterstützung durch den Case Manager mehr benötigen. Das Speyerer Case Management arbeitet nach dem Konzept des Case Managements der DGCC und in Anlehnung an den Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege des DNQP (s. Kap. 4.2, S. 29). Es bestehen viele Übereinstimmungen mit den Kriterien des Rahmenvertrags Entlassmanagement. Die nötigen Anpassungen betreffen überwiegend die gleichen Aspekte wie die des Kölner Case Management Modells. Allerdings filtert das Diakonissen-Stiftungs-Krankenhaus Speyer nach enger gefassten Intake-Kriterien

(s. Anhang D, S. 59), welche Patienten einer Begleitung bedürfen. Demzufolge müsste das Speyerer Modell dahingehend erweitert werden, dass mehr Patienten - nämlich auch die, die nur ein Entlassmanagement benötigen - anhand von Kriterien herausgefiltert werden, wie sie beispielsweise im Expertenstandard für Entlassungsmanagement in der Pflege oder in den Rahmenempfehlungen der DGCC vorgegeben sind. Danach sollte im Verlauf entschieden werden, wie umfassend der Klient nach der Entlassung weiter begleitet werden muss. Denn nicht für jeden Patienten, der ein Entlassmanagement im Rahmen des Rahmenvertrages benötigt, ist eine längerfristige Versorgung durch das Case Management nach dem Speyerer Modell erforderlich.

Für beide Case Management Modelle steht der Klient im Mittelpunkt, wobei die Zielsetzungen der Krankenhäuser bei der Implementierung und Umsetzung des Case Managements unterschiedliche Schwerpunkte setzen (s. Anhang B und C S. 59). Beide sind weitreichender und umfassender in der Patientenversorgung als es die Vorgaben des Rahmenvertrags Entlassmanagement verlangen, wodurch meiner Meinung nach das Konzept und Verfahren Case Management optimal geeignet ist für eine Umsetzung des Entlassmanagements in deutschen Krankenhäusern.

6 Diskussion und Fazit

Ziel dieser Bachelorarbeit war es zu untersuchen, unter welchen Bedingungen Case Management ein sinnvolles Konzept ist, um die neuen gesetzlichen Anforderungen zum Entlassmanagement im Krankenhaus umzusetzen.

Der Gesetzgeber hat erkannt, dass die Entlassung aus dem Krankenhaus für eine aus vielfältigen Gründen zunehmende Anzahl von Erkrankten eine kritische und schwierige Phase darstellt. Zum 01. Oktober 2017 tritt der Rahmenvertrag über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung in Kraft, der flächendeckend harmonisiert und für alle Krankenhäuser verbindlich die Entlassung des Klienten in die nachstationären Bereiche regelt, um eine möglichst lückenlose Versorgung zu gewährleisten.

Im Bereich der Pflege wurde dieses Problem schon in den 90er Jahren identifiziert und mündete nach vielen Einzelprojekten in den Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege des DNQP. Dieser gilt seitdem als Leitlinie für die Pflege im Bereich Entlassungen. Eine Studie von Blum und Reus aus dem Jahr 2014 zeigt, dass nicht alle Krankenhäuser in Deutschland ein Entlassungsmanagement mit schriftlichen Standards umgesetzt haben, obwohl seitens des Klienten bereits seit 2007

ein gesetzlicher Anspruch auf Versorgungsmanagement besteht (SGB V § 11 Abs. 4 Satz 1; Blum und Reus 2014, 628). Ludt et al. haben im Jahr 2014 in einer Studie die Erfahrungen und Wünsche von Klienten hinsichtlich einer sektorenübergreifenden Versorgung ermittelt und dabei festgestellt, dass es gerade an den intersektoralen Schnittstellen zu Kommunikations- und Koordinationsproblemen kommt (Ludt et al. 2014, 359-365). Beide Aspekte unterstreichen meiner Meinung nach die große Relevanz einer gesetzlichen Verpflichtung aller Krankenhäuser zu einem standardisierten Entlassmanagement.

Der Rahmenvertrag Entlassmanagement baut in wesentlichen Teilen auf dem Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege des DNQP auf. Beide zeigen viele Gemeinsamkeiten in den Inhalten (s. Kap. 3.1.3, S.11-15), regeln aber nicht das organisatorische Vorgehen bei der Implementierung in der jeweiligen Einrichtung. „In der Umsetzung [..] stoßen die Einrichtungen der Gesundheitsversorgung häufig an Grenzen, die sowohl in den einrichtungsinternen Strukturen, bspw. dem Qualifikationsniveau der Mitarbeiter, der Ablauforganisation und dem Grad der kooperativen Zusammenarbeit innerhalb der Einrichtungen als auch in den hemmenden politischen und gesetzlichen Rahmenbedingungen wie der sektoralen Finanzierung und den fehlenden finanziellen Anreizen für eine integrierte Versorgung liegen.“ (Dörpinghaus 2008, 39) An dieser Stelle kann das Konzept Case Management mit seinen detaillierten und definierten Leitlinien der DGCC bei der Umsetzung des Rahmenvertrages Entlassmanagement die inhaltliche Grundlage bilden und seine Stärken einbringen. Um das zu belegen, ist mit Hilfe von drei Bausteinen die eingangs gestellte, übergeordnete Frage zielgerichtet und argumentativ überprüft worden.

In einem ersten Schritt zeigen sich auf theoretischer Grundlage zwischen dem Rahmenvertrag Entlassmanagement und dem Konzept Case Management in weiten Teilen übereinstimmende Elemente in der Strukturebene. Die Inhalte der Prozessebene sind in der Theorie nicht vollständig vergleichbar, da der Rahmenvertrag diese zwar darstellt, aber die organisatorische Ausgestaltung den Krankenhäusern selbst überlässt. Die Aufgaben im Verfahren Case Management decken sich zum großen Teil mit denen des Rahmenvertrags Entlassmanagement, gleichwohl viele Elemente des Case Management Konzeptes über die Anforderungen des Rahmenvertrags hinausgehen. Das Ziel der Klientenorientierung und –partizipation in Verbindung mit individueller Unterstützung auf physischer und psychischer Ebene wird von beiden gleichermaßen konsequent verfolgt.

Ein zweiter Baustein der Argumentation bezieht sich auf die in der Einleitung formulierte Teilfrage nach einem positiven Effekt des Konzeptes Case Management auf die Versorgungssituation der Klienten und der Menschen im Klientensystem. Die Lebenssituation und die Struktur unserer Gesellschaft, das Krankheitsspektrum und die Organisation des Gesundheitswesens in Deutschland haben und werden sich weiter verändern. Ebenso steigt die Zahl der Pflegebedürftigen und der alleinlebenden Menschen. Dies sind wichtige Gründe für die Partizipation und die Stärkung des Empowerments der Klienten, aber auch für eine empathische Begleitung, Unterstützung und gegebenenfalls auch Übernahme des Selbstpflegemanagements. Im Case Management wird durch ein multidisziplinäres Netzwerk eine auf die individuelle Situation angepasste Unterstützung und Begleitung organisiert. Der Case Manager initiiert Behandlungen und Unterstützungsmaßnahmen, koordiniert und überwacht diese. Somit wird er zum zentralen Ansprechpartner und Lotsen für den Klienten, dessen Bezugspersonen und alle beteiligten Akteure. Die Klienten erhalten durch die konsequente Begleitung und Unterstützung Sicherheit und Vertrauen in die Behandlung und Versorgung im Krankenhaus und die nachstationären Sektoren. Forschungsergebnisse zur Wirksamkeit von Case Management auf den Klienten und die Menschen im Klientensystem sind aufgrund der verschiedenartigen Modelle, diversen Arbeitsfelder und Forschungsdesigns unübersichtlich und schwierig zu interpretieren. Eine direkte Evaluation der Effekte durch Case Management ist kaum möglich, da meist mehrere Faktoren Einflüsse auf die Klientenversorgung und deren Zufriedenheit haben (Schmid und Schu 2017, 256-265). Einzelne Case Management Modelle, wie die beiden hier vorgestellten Konzepte der Universitätsklinik Köln und des Diakonissen-Stiftungs-Krankenhaus Speyer, ermittelten in ihren jeweiligen eigenen Evaluationen eine verbesserte Klientenzufriedenheit (s. Kap. 4.3 S. 31ff).

Als Basis für den dritten Baustein sind zwei in der Praxis umgesetzte Case Management Modelle überprüft worden. Dabei konnte festgestellt werden, dass diese die Bedingungen der DGCC im Großen und Ganzen erfüllen (s. Kap. 4.3, S. 31ff) und damit für eine Anwendung im Bezug auf die Fragestellung dieser Arbeit geeignet sind. Allerdings lässt sich einwenden, dass durch die heterogene Umsetzung von Case Management im Krankenhaus mit diversen Ausprägungsformen und Ausrichtungen, eine generelle Übertragbarkeit der in dieser Arbeit gewonnenen Ergebnisse auf andere Case Management Modelle nicht möglich ist. Trotz dieser Einschränkung kann gesagt werden, dass die hier gewählten Modelle repräsentativ für die im Positionspapier der DGCC Fachgruppe Pflege und Gesundheit aufgeführten Ausprägungen sind. Somit

können sie sehr wohl als Grundlage für die Überprüfung eines Einsatzes von Case Management im Rahmen des Entlassmanagements beispielgebend herangezogen werden.
Ein Vergleich der Konzepte des Universitätsklinikums Köln und des Diakonissen-Stiftungs-Krankenhaus Speyer mit den Kriterien im Rahmenvertrag Entlass-management zeigt auf den drei Ebenen - Struktur-, Prozess- und Ergebnisebene -, dass Übereinstimmungen und auch Möglichkeiten der Anpassung gegeben sind. Die in dieser Arbeit gewonnenen Erkenntnisse belegen, dass die Umsetzung des Entlass-managements nach dem Rahmenvertrag durch die hier vorgestellten Case Management Modelle möglich ist. Es erwies sich als schwierig, Studien zu finden, die für die Bearbeitung dieses Zusammenhangs geeignet schienen, weshalb zumeist auf Fachliteratur zurückgegriffen werden musste. Grund dafür ist auch, dass der Rahmenvertag Entlassmanagement erst zum Ende diesen Jahres in Kraft tritt und sich dessen Wirksamkeit erst noch herausstellen muss. Es ist demnach festzuhalten, dass in den Bereichen Entlassmanagement und Case Management noch Forschungsbedarf besteht (Schmid und Schu 2017, 267).

Zweifellos ist, dass der Rahmenvertrag einen Meilenstein für die Klienten und Menschen des Klientensystems darstellen kann, hin zu einer flächendeckenden, sektorenübergreifenden, klientenzentrierten und einzelfallbezogenen Versorgung zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus in den nachstationären Sektor. Da es keine genaue Vorgabe für die Implementierung gibt, besteht die große Chance, die Vorteile, die das Case Management als komplexes bereichsübergreifendes Konzept bietet, zu nutzen. Die Ergebnisse in dieser Arbeit zeigen, dass Case Management den gestellten Anforderungen eines Entlassmanagements gerecht werden kann und gleichzeitig Klienten- und Ressourcenorientiert arbeitet. Der Case Manager fungiert als Schnittstelle, arbeitet quer zu den anderen Akteuren in der Klientenversorgung und sorgt für eine Verbesserung der individuellen Klientensituation. Durch Case Management erhält der Klient eine für seine Behandlung und Versorgung ebenbürtige Position. Für die Krankenhäuser kann Case Management nach erfolgreicher Umsetzung zur Zufriedenheit der Klienten und durch Mund zu Mund Propaganda zur Imagesteigerung führen. Somit wirkt Case Management auch als Marketinginstrument und kann einen Wettbewerbsvorteil mit daraus folgender Steigerung der Fallzahlen und Sicherung der Erlöse bewirken. So bringt es in der jetzigen Situation des Gesundheitswesens mit begrenzten finanziellen Ressourcen einen bedeutsamen Mehrwert für das Krankenhaus.

Um Case Management erfolgversprechend zu implementieren, ist eine projektbasierte Erarbeitung des Konzepts mit Mitarbeitern verschiedenster Abteilungen hilfreich, da das Verfahren Case Management in viele Bereiche des Krankenhauses eingreift und so diese direkt mit ins Boot geholt werden können. Ein derartiges Konzept könnte aufbauend auf dieser hier vorgelegten Arbeit zum Beispiel im Rahmen einer Masterarbeit erstellt werden. Die Kombination aus Elementen der beiden besprochenen Case Management Modelle könnte unter Einbeziehung der Anforderungen des Rahmenvertrages Entlassmanagement besonders für Klienten mit einer chronischen Erkrankung oder Krebs sinnvoll sein. Beispielsweise haben Menschen mit einer Krebserkrankung zum Teil sehr komplexe Problemlagen und müssen während ihrer Therapie häufig einen stationären Aufenthalt in Kauf nehmen. Es sollte zunächst eine Ist-Analyse in allen betroffenen Abteilungen stattfinden, um die genauen Bedarfe zu ermitteln und darauf aufbauend die Ziele des Case Managements für die Klienten und die Organisation zu definieren. Weiterhin ist die organisatorische Zugehörigkeit von Bedeutung. Als Stabstelle angegliedert an die Klinikdirektion sollte das Case Management unabhängig von den Expertensträngen Medizin und Pflege stehen. Im Konzept müssten die strukturellen Rahmenbedingungen bestimmt und beschrieben werden. Dazu gehören personelle, materielle, finanzielle und fachliche Ressourcen. Ebenso sollten für den Case Management Prozess Intake-Kriterien, Dokumentationsinstrumente, die genauen Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten auch bezüglich einer Kooperation mit dem Sozialdienst festgelegt werden. Für eine übersichtliche und strukturierte Darstellung des Prozessablaufs sollte ein Flussdiagramm erstellt werden und für alle Akteure zugänglich sein. Die Krankenhäuser müssten in der Umsetzung der Anforderungen des Rahmenvertrags Entlassmanagement durch Case Management beachten, dass sie beispielsweise inhaltlich, organisatorisch, finanziell und rechtlich klären müssen, inwieweit der Case Manager nach dem Krankenhausaufenthalt für die Klienten weiter zuständig ist und ob auch die nicht im Krankenhaus therapierten Klienten durch das Case Management unterstützt werden können.

Laut der gefundenen Literatur kann und darf Case Management nicht als Allheilmittel für die Probleme im Gesundheitswesen angesehen werden (Dahlgaard und Stratmeyer 2014, 123), doch im Sinne einer sektorenübergreifenden Versorgung und um Versorgungsbrüche zu vermeiden, scheint Case Management ein sinnvolles Verfahren aus Klienten- und institutioneller Perspektive zu sein. Das Konzept Case Management der DGCC weist insgesamt umfassende und weitreichende Empfehlungen mit

konkreten Hinweisen zur organisatorischen Ausgestaltung auf. Es ist ein Lösungsweg, der jedoch strukturelle und organisatorische Veränderungen in den Krankenhäusern nach sich zieht. Zu den Herausforderungen für die Umsetzung des Verfahrens Case Management in der Realisierung des Rahmenvertrags Entlassmanagement im Krankenhaus zählen unter anderem ein begrenzter Handlungs- und Ressourcenspielraum, die kurze Verweildauer der Klienten und die vielfach geäußerten Arbeitsbelastungen der Pflege und des medizinischen Personals. Sowohl die Haltung der Verantwortlichen als auch die Haltung des Case Managers selbst, der sich in seiner Rolle positionieren und verantworten muss, spielen ebenfalls eine wesentliche Rolle. In dieses Spannungsfeld gehören auch die Klienten, die im Krankenhaus helfende Personen erwarten, die sie ganzheitlich wahrnehmen, bei der Begleitung ihres Versorgungsweges unterstützen und ihnen koordinierend zur Seite stehen.

Case Management und Entlassmanagement sind für sich und in Kombination komplexe Themengebiete, welche auch bedingt durch die Zusammenarbeit vieler Akteure einer gewissen Standardisierung bedürfen, gleichzeitig aber flexibel genug sein müssen, um die individuellen Bedürfnisse und Anforderungen aller Seiten zu berücksichtigen. Case Management ist in der Umsetzung des Rahmenvertrags meiner Meinung nach ein wichtiger und richtiger Schritt für eine umfassende und sektorenübergreifende Versorgungsqualität.

Literaturverzeichnis

Bibliographisches Institut GmbH (2017a): Duden | Pa-ti-ent | Rechtschreibung, Bedeutung, Definition, Synonyme, Herkunft. Hg. v. Dudenverlag. Online verfügbar unter http://www.duden.de/rechtschreibung/Patient, zuletzt aktualisiert am 27.05.2017.

Bibliographisches Institut GmbH (2017b): Funktion. Hg. v. Verlags Bibliographisches Institut GmbH. Online verfügbar unter http://www.duden.de/rechtschreibung/Funktion, zuletzt aktualisiert am 13.05.2017,

Blum, K.; Reus, U. (2014): Entlassmanagement im Krankenhaus - eine Repräsentativbefragung deutscher Krankenhäuser. In: *Das Krankenhaus* (7), S. 627–634.

Breloer-Simon, G.; Dangel, B.; Drauschke, H.; Francois-Kettner, J.; Höhmann, U.; Liedtke, D. et al. (2009): Der Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege - 1. Aktualisierung 2009. In: Doris Schiemann (Hg.): Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege ; [einschließlich Kommentierung und Literaturstudie]. 1. Aktualisierung 2009. Osnabrück: Hochschule Osnabrück (Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege).

Dahlgaard, Knut; Stratmeyer, Peter (2014): Fallsteuerung im Krankenhaus. Effizienz durch Case-Management und Prozessmanagement. 1. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer.

Deimel, Dominik; Müller Marie-Luise (Hg.) (2013): Entlassmanagement. Vernetztes Handeln durch Patientenkoordination. Stuttgart: Thieme.

Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management (2017): Prof. Dr. Wolf Rainer Wendt – Willkommen bei der DGCC! Hg. v. Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management. Online verfügbar unter http://www.dgcc.de/dgcc/der-vorstand-der-dgcc/wendt/.

Deutsche Krankenhaus Gesellschaft (12.01.2017): DKG klagt gegen Entscheidung zum Entlassmanagement. Schiedsspruch nicht im Sinne des Gesetzgebers. Berlin. Odenbach et al. Online verfügbar unter http://www.dkgev.de/media/file/37861.2017-01-12_PM_DKG_zur_Klage_Entlassmanagement.pdf.

DGCC (Hg.) (2015): Case Management Leitlinien. Rahmenempfehlungen, Standards und ethische Grundlagen. Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management. Heidelberg: medhochzwei (Case Management in der Praxis).

DGCC Fachgruppe Gesundheit und Pflege (2013): Positionspapier der Fachgruppe „Case Management im Handlungsfeld Gesundheit und Pflege“ zu Case Management im Krankenhaus. In: *Case Management*, S. 1–7. Online verfügbar unter http://www.dgcc.de/wp-content/uploads/2013/06/130812_Positionspapier_CM_Krankenhaus_FG_Gesundheit-und-Pflege.pdf.

Dörpinghaus, Sabine (2008): Überleitung und Case-Management in der Pflege. Hannover: Schlütersche.

Eckardt, Jörg (2006): Was sind integrierte Behandlungspfade (IBP)? In: Jörg Eckardt (Hg.): Praxishandbuch Integrierte Behandlungspfade. Intersektorale und sektorale Prozesse professionell gestalten. Heidelberg: Economica (Gesundheitswesen in der Praxis), S. 9–39.

Ewers, Michael; Schaeffer, Doris (Hg.) (2005): Case Management in Theorie und Praxis. 2., erg. Aufl. Bern: Huber (Programmbereich Pflege).

Geiger, Sandra; Wilhelm, Norbert (2013): Das "Speyerer Modell" - ein sektorenübergreifendes Case-Management-Projekt im Krankenhaus. In: Dominik Deimel und Müller Marie-Luise (Hg.): Entlassmanagement. Vernetztes Handeln durch Patientenkoordination. Stuttgart: Thieme (kma-Reader), S. 235–253.

Geisthardt, G. (2017): Diakonissen Speyer-Mannheim . Hg. v. Diakonissen Speyer-Mannheim. Online verfügbar unter http://www.diakonissen.de/krankenhaeuser/diakonissen-stiftungs-krankenhaus-speyer/weitere-leistungsangebote/betreuungsangebote.html.

Graefe, Irene (2011): Längst mehr als ein Modell: Case Management in Speyer. In: *HealthCare Journal – Zeitschrift für Fachkreise* (Sonderausgabe), S. 14–17. Online verfügbar unter https://www.bbraun.de/content/dam/b-braun/de/website/produkte-und-therepien/services/healthcare-journal/9998995_HealthCare_Journal_09_11.pdf.bb-.24740014/9998995_HealthCare_Journal_09_11.pdf.

Grebe, Christian (2008): Das Assessment-Instrument KAI-BI als Steuerungsinstrument. In: René A. Bostelaar und Rudolf Pape (Hg.): Case Management im Krankenhaus. Aufsätze zum Kölner Modell in Theorie und Praxis. 1. Aufl. Hannover: Schlüter (Pflege), S. 125–138.

Halbe, Bernd (2015): Änderungen durch das GKV-VSG. Entlassmanagement 3.0. In: *Führen und Wirtschaften im Krankenhaus* (11), S. 960–963.

Heberlein, Ilse; Heberlein, Ingo (2017): Versorgungsübergänge im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung. In: Klaus Jacobs, Adelheid Kuhlmey, Stefan Greß, Antje Schwinger und Jürgen Klauber (Hg.): Schwerpunkt. Die Versorgung der Pflegebedürftigen. Stuttgart: Schattauer (Pflege-Report, 2017).

Jackson, Marilyn F. (1994): Discharge planning: issues and challenges for gerontological nursing. A critique of the literature. In: *Journal of Advanced Nursing.* 19 (3), S. 492–502.

Joosten, Marly (1997): Die Pflege-Überleitung. Vom Krankenhaus in die ambulante Betreuung und Altenheimpflege ; "von der Lücke zur Brücke". 1. Aufl. Bremen: Altera.

Junk, Martina; Messing, Anja; Glossmann, Jan-Peter (2015): Angewandtes Case Management. Ein Praxisleitfaden für das Krankenhaus. s.l.: W. Kohlhammer Verlag.

Kaatsch, P.; et al. (2013): Krebs in Deutschland 2009/2010. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Hg. v. Robert Koch-Institut und Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V. Online verfügbar unter http://www.gekid.de/Doc/krebs_in_deutschland_2009_2010.pdf.

Kähler, Harro Dietrich (2015): Erstgespräche in der fallbezogenen Sozialen Arbeit. 6., überarb. und erw. Aufl. Hg. v. Petra Gregusch. Freiburg im Breisgau: Lambertus.

Klewer, Jörg (2016): Projekt-, Bachelor- und Masterarbeiten. Von der Themenfindung bis zur Fertigstellung. Berlin, Heidelberg, s.l.: Springer Berlin Heidelberg (Studium Pflege, Therapie, Gesundheit).

Korzilius, H.; Osterloh, F. (2017): Übergang Ambulant/ Stationär. Entlassmanagement steht infrage. In: *Deutsches Ärzteblatt* 114 (4), S. 146–148. Online verfügbar unter https://www.aerzteblatt.de/pdf/114/4/a146.pdf.

Lay, Reinhard (2014): Ethik in der Pflege. Ein Lehrbuch für die Aus-, Fort- und Weiterbildung = Ein Lehrbuch für die Aus-, Fort- und Weiterbildung. 2. aktualisierte Auflage. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG.

Löcherbach, Peter; Klug, Wolfgang; Remmel-Faßbender, Ruth; Wendt, Wolf-Rainer (Hg.) (2009): Case Management. Fall- und Systemsteuerung in der Sozialen Arbeit. 4., aktualisierte Auflage. München, Basel: Ernst Reinhardt Verlag (Soziale Arbeit).

Ludt, S.; Heiss, F.; Glassen, K.; Noest, S.; Klingenberg, A.; Ose, D.; Szecsenyi, J. (2014): Die Patientenperspektive jenseits ambulant-stationarer Sektorengrenzen - Was ist Patientinnen und Patienten in der sektorenubergreifenden Versorgung wichtig? In: *Gesundheitswesen (Bundesverband der Arzte des Offentlichen Gesundheitsdienstes (Germany)* 76 (6), S. 359–365. Online verfügbar unter https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/pdf/10.1055/s-0033-1348226.pdf?update=true.

Mennemann, H. et al. (2015): Rahmenempfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management e. V. zum Handlungskonzept Case Management. Verabschiedet vom Vorstand am 14. Januar 2008. In: DGCC (Hg.): Case Management Leitlinien. Rahmenempfehlungen, Standards und ethische Grundlagen. Heidelberg: medhochzwei (Case Management in der Praxis), S. 1–37.

Montgomery, Ulrich (2014): Resolution zur Krankenhausfinanzierung - „Gute medizinische Versorgung gibt es nicht zum Nulltarif“ - Statement Prof. Montgomery. Statement von Herrn Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery Präsident der Bundesärztekammer. Hg. v. Bundesärztekammer und Ulrich Montgomery. Online verfügbar unter http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Krankenhaus_Statement_Montgomery_04092014.pdf.

Monzer, Michael (2013): Case Management. Grundlagen. Heidelberg: medhochzwei-Verl. (Case Management in der Praxis).

Müller Marie-Luise; Deimel, Dominik (2013): Begriffsbestimmung und heute bereits umgesetzte Modelle. In: Dominik Deimel und Müller Marie-Luise (Hg.): Entlassmanagement. Vernetztes Handeln durch Patientenkoordination. Stuttgart: Thieme (kma-Reader), S. 6–11.

Neuffer, Manfred (2013): Case Management. Soziale Arbeit mit Einzelnen und Familien. 5., überarb. Aufl. Weinheim: Beltz Juventa (Grundlagentexte Soziale Berufe).

Pape, Rudolf; Rosenbaum, Iris; Bostelaar, Rene A. (2006): Das Kölner Case Management Modell (KCM) am Klinikum der Universität zu Köln. In: *Case Management* (1), 31–34.

Pötzsch, O.; Rößger, F. (2015): Bevölkerung Deutschlands bis 2060. 13. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. Hg. v. Statistisches Bundesamt (Destatis). Wiesbaden. Online verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressekonferenzen/2015/bevoelkerung/Pressebroschuere_Bevoelk2060.pdf?__blob=publicationFile.

Ribbert-Elias, Jürgen (2017): Case Management im Krankenhaus: Voraussetzungen - Anforderungen - Implementierung. In: Wolf Rainer Wendt und Peter Löcherbach (Hg.): Case Management in der Entwicklung. Stand und Perspektiven in der Praxis. Unter Mitarbeit von Waltraud Baur, Corinna Ehlers und Michael Ewers. 3., neu bearbeitete und erweiterte Auflage. Heidelberg: medhochzwei (Case Management in der Praxis), S. 131–153.

Robert Koch-Institut (2015): Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Hg. v. RKI und Destatis. Berlin. Online verfügbar unter http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesInDtld/GesInDtld_node.html.

Robert Koch-Institut (2014): Chronisches Kranksein. Faktenblatt zu GEDA 2012: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2012«. Hg. v. Robert Koch Institut. Berlin. Online verfügbar unter http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsF/Geda2012/chronisches_kranksein.pdf?__blob=publicationFile.

Roland, Claudia (2008): Das Kölner Case Management Modell. Das Konzept und seine Umsetzung. In: René A. Bostelaar und Rudolf Pape (Hg.): Case Management im Krankenhaus. Aufsätze zum Kölner Modell in Theorie und Praxis. 1. Aufl. Hannover: Schlüter (Pflege), S. 52–59.

Sachverständigenrat (2007): Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Kurzfassung. Hg. v. SACHVERSTÄNDIGENRAT zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Online verfügbar unter http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2007/Kurzfassung_2007.pdf.

Sachverständigenrat (2012): Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. Hg. v. SACHVERSTÄNDIGENRAT zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Online verfügbar unter http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2012/GA2012_Langfassung.pdf.

Schiemann, Doris (Hg.) (2009): Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege ; [einschließlich Kommentierung und Literaturstudie]. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege. 1. Aktualisierung 2009. Osnabrück: Hochschule Osnabrück (Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege).

Schmid, Martin; Schu, Martina (2017): Forschung zu Case Management: Stand und Perspektiven. In: Wolf Rainer Wendt und Peter Löcherbach (Hg.): Case Management in der Entwicklung. Stand und Perspektiven in der Praxis. Unter Mitarbeit von Waltraud Baur, Corinna Ehlers und Michael Ewers. 3., neu bearbeitete und erweiterte Auflage. Heidelberg: medhochzwei (Case Management in der Praxis), S. 225–270.

Simmen, René; Buss, Gabriele; Hassler, Astrid (2010): Systemorientierte Sozialpädagogik. 3. Aufl. Stuttgart: UTB GmbH (UTB M).

Statistisches Bundesamt (2014): Mehr als ein Drittel der Haushalte in Deutschland sind Singlehaushalte. Pressemitteilung vom 28. Mai 2014 - 185/14. Hg. v. Statistisches Bundesamt. Wiesbaden. Online verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2014/05/PD14_185_122pdf.pdf?__blob=publicationFile.

Statistisches Bundesamt (2016): Gesundheit. Todesursachen in Deutschland - 2014. Online verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Todesursachen/Todesursachen2120400147004.pdf?__blob=publicationFile.

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2015): Grunddaten der Krankenhäuser - Fachserie 12 Reihe 6.1.1 - 2015. Online verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Krankenhaeuser/GrunddatenKrankenhaeuser2120611147004.pdf?__blob=publicationFile

Thomae, H. (2017): Rahmenvertrag zum Entlassmanagement. Pflicht zur geplanten Überleitung. In: *Führen und Wirtschaften im Krankenhaus* (1), S. 60–63.

Universitätsklinikum Köln AöR (2017): Die Uniklinik. Uniklinik Köln Medizinischer Fortschritt. Für alle. Hg. v. Universitätsklinikum Köln AöR. Köln. Online verfügbar unter https://www.uk-koeln.de/uniklinik-koeln/die-uniklinik/.

Volkmer, Michaela (2008): Flankierende Maßnahmen zum Case Management. Überleitungsmanagement mit dem Care Dienstleistungs- Centrum GmbH (CDC). In: René A. Bostelaar und Rudolf Pape (Hg.): Case Management im Krankenhaus. Aufsätze zum Kölner Modell in Theorie und Praxis. 1. Aufl. Hannover: Schlüter (Pflege), S. 39–44.

Wendt, Wolf Rainer (2005): Case Management: ein Konzept, viele Anwendungen. In: *Managed Care* 9 (2), S. 7–9. Online verfügbar unter https://www.rosenfluh.ch/media/managed-care/2005/02/Case-Management-ein-Konzept-viele-Anwendungen.pdf.

Wendt, Wolf Rainer (2015): Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen. Eine Einführung. 6., überarb. und erw. Aufl. Freiburg im Breisgau: Lambertus.

Wendt, Wolf Rainer (2017): State of the Art: Das entwickelte Case Management. In: Wolf Rainer Wendt und Peter Löcherbach (Hg.): Case Management in der Entwicklung. Stand und Perspektiven in der Praxis. Unter Mitarbeit von Waltraud Baur, Corinna Ehlers und Michael Ewers. 3., neu bearbeitete und erweiterte Auflage. Heidelberg: medhochzwei (Case Management in der Praxis), S. 3.

Wilhelm, N.; Geiger, S.; Böttrich, G. (2013): Versorgung aus einer Hand. In: *Die Schwester Der Pfleger* 52 (7), S. 706–709.

Wilhelm, Norbert (2013): Das "Speyerer Modell" - ein sektorenübergreifendes Case Management-Projekt im Krankenhaus. In: *Case Management*, 2013 (3), S. 154–156.

Wingenfeld, Klaus (2005): Die Entlassung aus dem Krankenhaus. Institutionelle Übergänge und gesundheitlich bedingte Transitionen. 1. Aufl. Bern: Huber (Programmbereich Gesundheit).

Wingenfeld, Klaus (2008): Stationäre pflegerische Versorgung alter Menschen. In: Adelheid Kuhlmey und Doris Schaeffer (Hg.): Alter, Gesundheit und Krankheit. Handbuch Gesundheitswissenschaften. 1. Aufl. s.l.: Verlag Hans Huber, S. 370–381.

Wingenfeld, Klaus (2011): Pflegerisches Entlassungsmanagement im Krankenhaus. Konzepte, Methoden und Organisationsformen patientenorientierter Hilfen. 1. Aufl. s.l.: Kohlhammer Verlag.

Wingenfeld, K., Joosten, M., Müller, C., Ollendiek, I. (2007): Pflegeüberleitung in Nordrhein-Westfalen: Patientenstruktur und Ergebnisqualität. Unter Mitarbeit von Kleina, T., Grösbrink, S. Bielefeld. Online verfügbar unter https://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/downloads/ipw-137.pdf.

Wissert, Michael (2006): Tools und Werkzeuge beim Case Management: Outreaching – Case Finding – Intaking. Aufgaben der Fallsteuerung und der Systemsteuerung. In: *Case Management* (1), S. 43–46.

Wissert, Michael (2009): Tools und Werkzeuge beim Case Management. Grundfunktionen des Case Managements: Gate Keeper - Funktion. In: *Case Management* (2), S. 89–91.

Wissert, Michael (2010a): Tools und Werkzeuge beim Case Management. Grundfunktionen des Case Management: Advocacy - Funktion. In: *Case Management* (2), S. 91–94.

Wissert, Michael (2010b): Tools und Werkzeuge beim Case Management. Grundfunktionen des Case Management: Broker-Funktion. In: *Case Management* (1), S. 38–40.

Gesetzesverzeichnis:

KHEntgG (2002): Gesetz über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen (Krankenhausentgeltgesetz - KHEntgG) vom 23. April 2002, in der Fassung vom 19.12.2016, in BGBl. I S. 1412, 1422), das zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 19. Dezember 2016 (BGBl. I S. 2986) geändert worden ist" Online verfügbar unter http://www.gesetze-im-internet.de/khentgg/KHEntgG.pdf

GKV-WSG (2007): Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz, GKV-WSG) vom 26. März 2007 im Fünften Buch Sozialgesetzbuch, zuletzt geändert durch Gesetz zur Errichtung eines Transplantationsregisters und zur Änderung weiterer Gesetze vom 11. Oktober 2016 (BGBl. I S. 2233). Online verfügbar unter https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/text.xav?SID=&tf=xaver.component.Text_0&tocf=&qmf=&hlf=xaver.component.Hitlist_0&bk=bgbl&start=%2F%2F*%5B%40node_id%3D%27181593%27%5D&skin=pdf&tlevel=-2&nohist=1

GKV-VStG (2012): Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz, GKV-VStG) vom 22. Dezember 2011 im Fünften Buch Sozialgesetzbuch, zuletzt geändert durch Gesetz zur Errichtung eines Transplantationsregisters und zur Änderung weiterer Gesetze vom 11. Oktober 2016 (BGBl. I S. 2233). Online verfügbar unter https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/text.xav?SID=&tf=xaver.component.Text_0&tocf=&qmf=&hlf=xaver.component.Hitlist_0&bk=bgbl&start=%2F%2F*%5B%40node_id%3D%27177841%27%5D&skin=pdf&tlevel=-2&nohist=1

GKV-VSG (2015): Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz, GKV-VSG) vom 16. Juli 2015 im Fünften Buch Sozialgesetzbuch, zuletzt geändert durch Gesetz zur Errichtung eines Transplantationsregisters und zur Änderung weiterer Gesetze vom 11. Oktober 2016 (BGBl. I S. 2233). Online verfügbar unter https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&jumpTo=bgbl115s1211.pdf#__bgbl__%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl115s1211.pdf%27%5D__1498071925367

Rahmenvertrag Entlassmanagement (2016): (s. auch Anhang F)
Rahmenvertrag über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung nach § 39 Abs. 1a S. 9 SGB V (Rahmenvertrag Entlassmanagement) vom 13. 10. 2016. Online verfügbar unter http://www.dkgev.de/media/file/28261.Rahmenvertrag_Entlassmanagement_gem._%C2%A7_39_Abs._1a_S._9_SGB_V_Anlage.pdf
und Änderungsvereinbarung vom 06. 06. 2017 Online verfügbar unter http://www.dkgev.de/media/file/52941.Anlage_AEnderung_des_Rahmenvertrages_Entlassmanagement_Abschluss_Unterschriftenverfahren.pdf

Anhang

Anhang A: System der Literaturrecherche

- im Katalog: OPAC FRA UAS
- Datenbanken der FRA UAS: Livivo.de
- Online Archiv der Zeitschrift Case Management

verwendete Schlagworte:

- Case Management
- Entlassungsmanagement
- Entlassmanagement
- Patientenperspektive
- Sektorenübergreifend
- gesetzliche Regelung
- gesetzliche Bestimmungen
- Uniklinik Köln
- Speyer
- Krankenhaus
- Effekte
- Auswirkungen
- Bedingungen

Übersicht der Literaturrecherche

Katalog: OPAC FRA UAS		
Suchbegriffe und Suchbegriffskombinationen (eingegrenzt: Zeitraum 2006 - 2017)	Anzahl Treffer	Genutzte Treffer
Case Management	1767	14
Case Management im Krankenhaus	39	5
Case Management im Krankenhaus AND Entlassungsmanagement	15	6
Case Management AND Entlassmanagement	18	6
Entlassmanagement im Krankenhaus	30	9
Entlassmanagement AND sektorenübergreifend	Keine Ergebnisse	
Patientenperspektive	13	0
Patientenperspektive AND sektorenübergreifend	Keine Ergebnisse	
Case Management + gesetzliche Bestimmungen	4	0
Case Management AND gesetzliche Regelungen	31	1

Katalog: OPAC FRA UAS		
Suchbegriffe und Suchbegriffskombinationen (eingegrenzt: Zeitraum 2006 - 2017)	Anzahl Treffer	Genutzte Treffer
Entlassmanagement AND gesetzliche Regelungen	Keine Ergebnisse	
Entlassungsmanagement AND gesetzliche Bestimmungen	2	0
Effekte des Case Managements im Krankenhaus	5	0
Bedingungen Case Management im Krankenhaus	97	7
Case Managements + Auswirkungen auf Klienten	2	0
Auswirkungen + Case Managements im Krankenhaus	9	0
Case Management AND Speyer	32	0
Case Management AND Universitätsklinikum Köln	12	0

Datenbank: Livivo		
Suchbegriffe und Suchbegriffskombinationen (eingegrenzt: Zeitraum 2006 - 2017)	Anzahl Treffer	Genutzte Treffer
Case Management	256142	
Case Management im Krankenhaus	12751	0
Case Management im Krankenhaus AND Entlassmanagement	42	5
Case Management AND Entlassmanagement	60	5
Entlassmanagement im Krankenhaus	208	18
Entlassmanagement AND sektorenübergreifend	3	Zu alt
Patientenperspektive	871	0
Patientenperspektive AND sektorenübergreifend	6	1
Patientenperspektive AND Entlassmanagement	5	1
Case Management AND gesetzliche Bestimmungen	27	2
Case Management AND gesetzliche Regelungen	19	1
Entlassmanagement AND gesetzliche Regelungen	4	0
Rahmenvertrag Entlassmanagement AND Case Management	Keine Ergebnisse	
Entlassungsmanagement AND gesetzliche Bestimmungen	9	2
Case Management AND Speyer	6	3
Case Management AND Universitätsklinikum Köln	13	4
Effekte des Case Managements im Krankenhaus	82	2
Auswirkungen AND Case Managements im Krankenhaus	37	2
Case Managements im Krankenhaus AND Auswirkungen auf Klienten	7	Zu alt
Bedingungen Case Management im Krankenhaus	49	5

Anhang B: Ziele des Kölner Case Management Modells für die Implementierung des Case Managements

- Budget- und Kostensicherung durch Auslastungsoptimierung
- Optimierung der Versorgungskontinuität über den stationären Aufenthalt hinaus
- Optimale Überleitung zur Vermeidung einer Re-Hospitalisierung
- Wettbewerbssteigerung durch Serviceorientierung
- Entlastung der pflegerischen und ärztlichen Mitarbeiter

(Roland 2008, 52)

Anhang C: Ziele des Diakonissen-Stiftungs-Krankenhaus Speyer für die Implementierung des Case Managements

- „Reduzierung des „Drehtüreffekts“ bei Patienten
- Steigerung der Qualität der Patientenversorgung
- Verbesserung der Kosten-Erlös-Situation“

(Geiger und Wilhelm 2013, 236)

Anhang D: Intake-Kriterien des Speyerer Case Management Modells für das gefäßchirurgische Zentrum

- „Diagnose eines Diabetes mellitus mit einem diabetischen Fußsyndrom oder einer peripher arteriovenösen Verschlusskrankheit (pAVK)
- einem gleichzeitigen erhöhtem Pflege- und Unterstützungsbedarf bei eingeschränkter Selbstpflegekompetenz des Patienten
- einer Multimorbidität (mehrere behandlungsrelevante Erkrankungen)
- einer Wiederaufnahme im Krankenhaus innerhalb von 30 Tagen nach der Entlassung“

(Geiger und Wilhelm 2013, 248)

Anhang E: Zusammenfassung des E-Mail Kontakts zum Speyerer Case Management Modell

- Die Arbeitsaufteilung zwischen der Case Management Abteilung und dem Sozialdienst ist in einem gemeinsamen Workshop erarbeitet worden. Die Schnittstelle ist die Behandlungspflegebedürftigkeit des Patienten. Folglich ist eine der beiden Abteilungen hauptverantwortlich in der Fallführung.
- Es werden multidisziplinäre Fallbesprechungen durchgeführt.
- Die Einwilligung zur Unterstützung durch das Case Management gibt der Patient mit der Unterschrift des Behandlungsvertrags.
- Es gibt eine Arbeitsgruppe aus Geschäftsführung, Pflegedienstleitung, elektronische Datenverarbeitung und entlassenden Institutionen, die gemeinsam die Umsetzung der Anforderungen des Rahmenvertrages Entlassmanagement erarbeiten.

(eigene Zusammenfassung)

Anhang F: Rahmenvertrag Entlassmanagement (abgestimmter Entwurf)

Rahmenvertrag

über
ein Entlassmanagement
beim Übergang in die Versorgung
nach Krankenhausbehandlung

nach § 39 Abs. 1a S. 9 SGB V
(Rahmenvertrag Entlassmanagement)

zwischen

dem GKV-Spitzenverband als Spitzenverband Bund der Krankenkassen und als Spitzenverband Bund der Pflegekassen, Berlin,

der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Berlin

und

der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V., Berlin,

Abgestimmter Entwurf

§ 1
Geltungsbereich

Der Rahmenvertrag gilt für Entlassungen von Patienten[1] aus voll- und teilstationären sowie stationsäquivalenten Behandlungen durch das Krankenhaus. Den Vertragspartnern ist bewusst, dass ein Entlass-management andere Leistungen und Leistungserbringer umfassen kann, als im SGB V und im SGB XI erwähnt; diese sind jedoch nicht Gegenstand dieses Vertrages.

§ 2
Zielsetzung

1) Ziel des Rahmenvertrages ist es, die bedarfsgerechte, kontinuierliche Versorgung der Patienten im Anschluss an die Krankenhausbehandlung zu gewährleisten. Hierzu gehört eine strukturierte und sichere Weitergabe versorgungsrelevanter Informationen.

2) Der Patient und seine Bedürfnisse stehen im Zentrum der Bemühungen aller an der Versorgung beteiligten Personen. Das Entlassmanagement erfolgt patientenindividuell, ressourcen- und teilhabeorientiert und trägt in enger Abstimmung mit dem Patienten oder dessen gesetzlichem Vertreter/Betreuer dem individuellen Hilfe- und Unterstützungsbedarf des Patienten Rechnung.

3) Der Anspruch des Patienten auf ein Entlassmanagement im Rahmen der Krankenhausbehandlung besteht gegenüber dem Krankenhaus, während gegenüber der Krankenkasse bzw. Pflegekasse ein Anspruch auf Unterstützung des Entlassmanagements besteht. Hierzu werden die weiteren Einzelheiten in diesem Rahmenvertrag geregelt.

4) Für eine im Rahmen des Entlassmanagements vorgesehene Anschlussversorgung ist der Grundsatz „ambulant vor stationär" zu beachten.

§ 3
Entlassmanagement

1) Das Krankenhaus stellt ein standardisiertes Entlassmanagement in multidisziplinärer Zusammenarbeit sicher und etabliert schriftliche, für alle Beteiligten transparente Standards (z. B. für die Pflege: Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege). Multidisziplinäre Zusammenarbeit beinhaltet für die Belange dieses Vertrages die Zusammenarbeit von Ärzten/psychologischen Psychotherapeuten, Pflegepersonal,

[1] Mit den in diesem Vertrag und seinen Anlagen verwendeten Personenbezeichnungen sind, auch wenn sie nur in einer Form auftreten, gleichwertig beide Geschlechter gemeint.

Abgestimmter Entwurf

Sozialdienst, Krankenhausapothekern und weiteren am Entlassmanagement beteiligten Berufsgruppen. Die Verantwortlichkeiten im multidisziplinären Team müssen verbindlich geregelt werden. Die Krankenhäuser informieren über ihr Entlassmanagement in ihrem Internetauftritt.

Protokollnotiz:

GKV-Spitzenverband und KBV setzen sich dafür ein, dass Informationen über die Standards des Entlassmanagements durch den G-BA in die Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser (Qb-R) und damit in die strukturierten Qualitätsberichte aufgenommen werden.

2) Zur Gewährleistung eines nahtlosen Übergangs der Patienten in die nachfolgenden Versorgungsbereiche wird unter Verantwortung des Krankenhausarztes durch die Anwendung eines geeigneten Assessments der patientenindividuelle Bedarf für die Anschlussversorgung möglichst frühzeitig erfasst und ein Entlassplan aufgestellt. Für Personengruppen mit einem komplexen Versorgungsbedarf nach der Entlassung ist es sinnvoll, Vorkehrungen für ein umfassendes Entlassmanagement im Rahmen eines differenzierten Assessments zu treffen. Dieser komplexe Versorgungsbedarf kann beispielsweise bei Patienten mit neu aufgetretenen, umfassenden Einschränkungen von Mobilität und Selbstversorgung bestehen. Für diese Patientengruppen sind spezifische Standards vorzusehen. Bei der Aufstellung des Entlassplans erfolgt zugleich die Prüfung der Erforderlichkeit von Verordnungen gemäß § 39 Abs. 1a S. 6 SGB V sowie einer unmittelbar nach der Krankenhausentlassung fortdauernden Arbeitsunfähigkeit. Zudem ist die Erforderlichkeit weiterer verordnungs-/veranlassungsfähiger Leistungen (z. B. spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV), Kurzzeitpflege, Haushaltshilfe) zu prüfen.

3) Der Entlassplan umfasst den voraussichtlichen Versorgungsbedarf im Anschluss an die Krankenhausbehandlung. Sofern dem Krankenhaus Informationen zur Versorgungssituation vor der Krankenhausbehandlung vorliegen, berücksichtigt es diese Angaben, um die Kontinuität des Behandlungsprozesses sicherzustellen. Das Krankenhaus leitet die aufgrund des Versorgungsbedarfs im Entlassplan festgelegten, voraussichtlich erforderlichen Maßnahmen frühestmöglich ein. Der Entlassplan muss für alle Mitarbeiter des Krankenhauses, die am Entlassmanagement des jeweiligen Patienten beteiligt sind, in der Patientenakte verfügbar sein.

4) Stellen die Beteiligten nach Abs. 1 S. 2 im Rahmen des Assessments einen Versorgungsbedarf explizit für die Anschlussversorgung nach Krankenhausbehandlung fest, nimmt das Krankenhaus frühzeitig Kontakt zum weiterbehandelnden und ggf. weiterversorgenden Leistungserbringer auf, um die Überleitung des Patienten anzubahnen. Absatz 6 ist dabei zu berücksichtigen. Für den Entlassungstag sorgt das Krankenhaus

Abgestimmter Entwurf

für die nahtlose Überleitung des Patienten in die Anschlussversorgung. Bei Bedarf nimmt das Krankenhaus hierzu Kontakt mit den Betreuern oder Personensorgeberechtigten oder in Abstimmung mit dem Patienten mit den Angehörigen auf. Wird im Assessment festgestellt, dass der Patient keiner Anschlussversorgung bedarf, ist dies in der Patientenakte zu dokumentieren. In diesen Fällen sind keine weiteren Einwilligungen nach Anlage 1b erforderlich.

5) Bei notwendiger Unterstützung des Entlassmanagements durch die Krankenkasse sind die Einwilligung des Patienten gemäß Anlage 1b und die erforderlichen Informationen aus dem Entlassplan zum frühestmöglichen Zeitpunkt durch das Krankenhaus an die Krankenkasse zu übermitteln. Bei relevanten Veränderungen des patientenindividuellen Bedarfs der Anschlussversorgung werden der Entlassplan aktualisiert und die Krankenkasse bzw. Pflegekasse erneut über die sich daraus ggf. ableitende Unterstützung durch die Krankenkasse bzw. Pflegekasse informiert. Widerruft der Patient seine Einwilligung, ist der Widerruf der Krankenkasse unverzüglich zu übermitteln; je nach Zeitpunkt des Widerrufs entfällt die Übermittlung ergänzender Informationen aus dem Entlassplan.

6) Sobald patientenbezogener Bedarf für eine Unterstützung durch die zuständige Krankenkasse bzw. Pflegekasse festgestellt wird, nimmt das Krankenhaus rechtzeitig Kontakt zur Krankenkasse, bei Bedarf zur Pflegekasse auf. Dies kann insbesondere bei Feststellung eines neuen oder Änderung des bereits bekannten Versorgungsbedarfs in den Bereichen Pflege (z. B. bei Antrag auf Feststellung der Pflegebedürftigkeit sowie zur Einbeziehung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI), Häusliche Krankenpflege (auch außerklinische intensivpflegerische Versorgung) und Haushaltshilfe, Rehabilitation, Hilfsmittelversorgung, häusliche Versorgung sowie bei genehmigungspflichtigen Leistungen der erforderlichen Anschlussversorgung und im Rahmen der Übergangsversorgung (Kurzzeitpflege) der Fall sein. Das Krankenhaus nimmt den Kontakt zur Krankenkasse bzw. Pflegekasse bei genehmigungspflichtigen Leistungen noch vor der Einbindung eines entsprechenden Leistungserbringers auf. Durch die patientenbezogene Abstimmung in den genannten Bereichen leitet die Krankenkasse bzw. die Pflegekasse das Antrags- bzw. Genehmigungsverfahren umgehend ein und nimmt ihre Beratungspflicht gegenüber dem Patienten wahr.

7) Am Tag der Entlassung erhält der Patient und mit dessen Einwilligung der die Anschlussversorgung durchführende Arzt einen Entlassbrief, mindestens jedoch einen vorläufigen Entlassbrief gemäß § 9 dieses Rahmenvertrages. Zusätzlich ist verpflichtend eine Rufnummer eines zuständigen Ansprechpartners für Rückfragen der weiterbehandelnden Leistungserbringer anzugeben. Unter dieser Rufnummer muss zumindest Montag bis Freitag in der Zeit von 09:00 bis 19:00 Uhr, Samstag von 10:00 bis 14:00 Uhr und Sonntag von 10:00 bis 14:00 Uhr ein für das Entlassmanagement des Krankenhauses zuständiger Ansprechpartner für Rückfragen zur Verfügung stehen. Sofern die Anschlussversorgung nicht durch den einweisenden Arzt durchgeführt wird, erhält die-

Abgestimmter Entwurf

ser mit Einwilligung des Patienten ebenfalls den Entlassbrief. Die weiterversorgenden pflegerischen Leistungserbringer erhalten aufgrund der Einwilligung des Patienten die erforderlichen Informationen zur weiteren pflegerischen Versorgung.

8) Besteht die Notwendigkeit, im Rahmen des Entlassmanagements Leistungen nach § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 6 SGB V zu verordnen oder die Arbeitsunfähigkeit festzustellen, erhält der Patient spätestens am Tag der Entlassung die entsprechende Verordnung bzw. die Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit. Der Patient ist über das Erfordernis der rechtzeitigen Inanspruchnahme der verordneten Leistungen zu informieren.

§ 4
Veranlasste Leistungen nach § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 6 SGB V

1) Das Verordnungsrecht nach § 39 Abs. 1a S. 6 SGB V ist auf die Erfordernisse des Entlassmanagements eingeschränkt. Hierfür gelten die Bestimmungen über die vertragsärztliche Versorgung. § 73 Abs. 8 SGB V gilt entsprechend.

2) Die im Rahmen des Entlassmanagements verordneten Leistungen unterliegen dem Wirtschaftlichkeitsgebot gemäß § 12 SGB V. Für die Überprüfung der Wirtschaftlichkeit gilt § 113 Abs. 4 SGB V.

3) Soweit dies für die unmittelbar im Anschluss an die Krankenhausbehandlung folgende Versorgung des Patienten notwendig ist, kann im Rahmen des Entlassmanagements die Verordnung von Arzneimitteln in Form einer Packung mit dem kleinsten Packungsgrößenkennzeichen gemäß der Packungsgrößenverordnung sowie von Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, häuslicher Krankenpflege und Soziotherapie für die Versorgung in einem eingeschränkten Zeitraum erfolgen, wobei die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses in der jeweils gültigen Fassung anzuwenden sind. Bei der Verordnung von Arzneimitteln sind insbesondere auch die Vorschriften des § 115c SGB V und Verträge nach §§ 130a Abs. 8, 130b und 130c SGB V zu beachten. Bei der Verordnung von Arznei- und Heilmitteln gelten die Regelungen zu den Versorgungs- und Wirtschaftlichkeitszielen nach § 84 SGB V entsprechend.

4) Das Krankenhaus gewährleistet, dass der Krankenhausarzt im Rahmen des Entlassmanagements die erforderlichen Verordnungen von veranlassten Leistungen und Medikamenten vollständig und korrekt vornimmt. Das Verordnungsrecht kann durch Krankenhausärzte mit abgeschlossener Facharztweiterbildung ausgeübt werden.

5) Bei der Mitgabe von Arzneimitteln gelten die Regelungen des § 14 Abs. 7 ApoG, zu deren Anwendung im Entlassmanagement das Nähere die Arzneimittel-Richtlinie regelt. Die Abgabe der vom Krankenhausarzt im Rahmen des Entlassmanagements verordne-

Abgestimmter Entwurf

ten Arzneimittel erfolgt in öffentlichen Apotheken. Der Patient hat das Recht der freien Apothekenwahl gemäß § 31 Abs. 1 S. 5 SGB V.

6) Bei allen verordneten Leistungen ist das Recht des Patienten auf freie Wahl des Leistungserbringers sowie § 128 SGB V zu beachten, es sei denn, anderweitige gesetzliche Regelungen stehen dem entgegen (z. B. § 124 SGB V, § 127 SGB V). Der Patient ist ausdrücklich auf das Recht der freien Wahl des Leistungserbringers hinzuweisen. Eine Bevorzugung eines Anbieters ist nicht statthaft. Vereinbarungen oder Absprachen zwischen Krankenhäusern und Apotheken oder sonstigen Leistungserbringern veranlasster Leistungen, die auf eine Zuweisung von Patienten abzielen, sind unzulässig.

7) Da das Entlassmanagement gemäß § 39 Abs. 1a S. 1 SGB V dem Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung dient, ist die Verordnung von Krankenhausbehandlung im Rahmen des Entlassmanagements ausgeschlossen.

8) Die DKG informiert in geeigneter Weise über die bei der Verordnung von Leistungen nach § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 6 SGB V zu beachtenden Bestimmungen; dies gilt insbesondere für die Arznei- und Betäubungsmittelverschreibungsverordnungen.

§ 5
Feststellung und Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit

1) Soweit dies für die unmittelbar im Anschluss an die Krankenhausbehandlung folgende Versorgung des Patienten notwendig ist, kann die Feststellung und Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit durch den Krankenhausarzt erfolgen.

2) Bei der Feststellung und Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit sind die für das Entlassmanagement in der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit und die Maßnahmen zur stufenweisen Wiedereingliederung nach § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 7 SGB V (Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie) getroffenen Regelungen in der jeweils gültigen Fassung anzuwenden.

3) Bei der Feststellung und Bescheinigung von Arbeitsunfähigkeit ist das Muster 1 gemäß Anlage 2/2a Bundesmantelvertrag–Ärzte (BMV-Ä) in der jeweils gültigen Fassung zu verwenden.

§ 6
Vordrucke

1) Für die Verordnung der Leistungen gemäß § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 6 SGB V und die Feststellung der Arbeitsunfähigkeit gemäß § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 7 SGB V gelten Anlage 2/2a des

Abgestimmter Entwurf

BMV-Ä sowie die dazugehörigen und mit der Sonderkennzeichnung „Entlassmanagement" versehenen Muster 1, 8, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 26, 27 und 28 der Anlage 2/2a des BMV-Ä sowie die diesbezüglichen Vordruckerläuterungen und die technische Anlage zur Anlage 4a des BMV-Ä. Für die Sonderkennzeichnung im Rahmen der Herstellung der Vordrucke gelten die in der Technischen Anlage zu diesem Rahmenvertrag (Anlage 2) festgelegten Vorgaben. Für die Verschreibung von Betäubungsmitteln gelten die §§ 9 und 15 der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung und für die Verschreibung von Arzneimitteln mit teratogener Wirkung § 3a der Arzneimittelverschreibungsverordnung. Für die Befüllung des Feldes „Vertragsarztstempel" auf den Vordrucken gelten die Vereinbarungen der Landesebene des vertragsärztlichen Bereichs.

2) Die Weitergabe von Vordrucken an Nichtvertragsärzte ist unstatthaft. Satz 1 gilt nicht für die Weitergabe von Vordrucken nach Absatz 1 an Ärzte im Krankenhaus („Nichtvertragsärzte"), die im Rahmen von § 39 Abs. 1a S. 6 SGB V tätig werden.

3) Das Tagesdatum (Feld „Datum" an Stelle 22 – 29 in Zeile 7 des Personalienfeldes) ist das Ausfertigungsdatum. Die Ausfertigung muss am Entlasstag erfolgen. Ist für die Versorgung mit einem Hilfsmittel im häuslichen Bereich die besondere Expertise oder Umgebung des Krankenhauses erforderlich (zum Beispiel bei der Versorgung mit einem Heimbeatmungsgerät, auf die der Versicherte im Krankenhaus eingestellt wird), kann die Ausfertigung bereits vor dem Entlasstag erfolgen.

4) Für das Entlassmanagement erhält das Krankenhaus auf Antrag von der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung eine versorgungsspezifische Betriebsstättennummer gemäß § 6 Abs. 3 der jeweils aktuellen Fassung der Richtlinie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung nach § 75 Abs. 7 SGB V zur Vergabe der Arzt-, Betriebsstätten- sowie der Praxisnetznummern, soweit dem Krankenhaus eine solche noch nicht zugeteilt wurde. Die Betriebsstättennummer nach Satz 1 ist durch das zuständige Krankenhaus bei der Verordnung von Leistungen und Arzneimitteln nach diesem Rahmenvertrag zu verwenden. Die Betriebsstättennummer muss die eindeutige Zuordnung der nach § 4 genannten Leistungen zum Ort der Veranlassung gewährleisten.

5) Bis zur Einführung einer Krankenhausarztnummer im SGB V verwenden Krankenhäuser auf den Verordnungsmustern nach Absatz 1 im Feld „Arzt-Nr." eine 9-stellige Fachgruppennummer. Die Fachgruppennummer stellt sich wie folgt dar:

- Stellen 1-7: Pseudo-Arztnummer „4444444",
- Stellen 8 und 9: Fachgruppencode gemäß Anlage 3 zur *Vereinbarung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 12 SGB V über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens sowie die erforderlichen Vordrucke für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV-AV)* in ihrer jeweils gültigen Fassung.

Abgestimmter Entwurf

6) Die Verordnungen und Bescheinigungen nach Absatz 1 sind im Rahmen der Bedruckung gesondert zu kennzeichnen. Hierzu ist in die Formulare das einstellige Kennzeichen „4“ an der 30. Stelle der Zeile 6 des Personalienfeldes gemäß des in der Technischen Anlage (Anlage 2) abgebildeten Musterbeispiels für die Bedruckung einzutragen. In den Verordnungen und Bescheinigungen nach Absatz 1 Satz 1 ist in dem Feld „Betriebsstätten-Nr.“ die versorgungsspezifische Betriebsstättennummer (BSNR) des Krankenhauses nach Absatz 4 Satz 1 auf die Vordrucke aufzutragen.

In dem Feld „Arzt-Nr.“ ist das Kennzeichen gemäß Absatz 5 aufzutragen. Im Rahmen des Entlassmanagements gemäß § 39 Abs. 1a SGB V dürfen nur Arzneiverordnungsblätter (Muster 16) verwendet werden, bei denen in der Codierleiste die versorgungsspezifische Betriebsstättennummer des Krankenhauses nach Absatz 4 Satz 1 eingedruckt ist.

7) Es gelten die technischen Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für die Bedruckung. Das Nähere zur Zulassung der Software zur Bedruckung regelt die DKG.

8) Die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen beauftragen die Druckereien, den Krankenhäusern Formulare bereitzustellen. Das Nähere zur Bereitstellung regeln die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen und die Landeskrankenhausgesellschaften mit den Druckereien. Die Bereitstellung der Formulare erfolgt durch die Druckereien auf Bestellung durch die Krankenhäuser. Die Kosten für die Vordrucke werden von den Krankenkassen getragen. Die Kosten für den Versand der Vordrucke werden durch die Krankenhäuser getragen.

§ 7
Information und Beratung des Patienten

1) Das Krankenhaus informiert den Patienten vor dem Assessment gemäß § 3 schriftlich über Inhalte und Ziele des Entlassmanagements und holt, sofern erforderlich, die schriftliche Einwilligung des Patienten für die Durchführung des Entlassmanagements ein. Zur Durchführung des Entlassmanagements gehört die Unterstützung durch die Krankenkasse. Für die Information und Einwilligung des Patienten in das Entlassmanagement sind die bundeseinheitlichen Formulare (Anlage 1a und 1b) zu verwenden. Diese enthalten auch Regelungen für die Einwilligung in die Datenübermittlung vom Krankenhaus an die Krankenkasse und Widerrufsregelungen. Bei Patienten, für die ein gerichtlicher Betreuer bestellt ist oder die durch einen Personensorgeberechtigten vertreten werden, ist der Betreuer oder der Personensorgeberechtigte zu informieren und dessen Einwilligung schriftlich einzuholen.

2) Besteht die Notwendigkeit einer Anschlussversorgung, informiert das Krankenhaus den Patienten über die seinem Krankheitsbild entsprechenden Versorgungsmöglichkeiten und -strukturen für die Anschlussversorgung. Soweit das Erfordernis besteht, nimmt

Abgestimmter Entwurf

das Krankenhaus zusätzlich Kontakt zur Krankenkasse bzw. Pflegekasse auf, damit diese gemeinsam mit dem Krankenhaus das Entlassmanagement organisiert.

3) Handelt es sich bei der notwendigen Anschlussversorgung um genehmigungspflichtige Leistungen, stellt das Krankenhaus dem Patienten die notwendigen Antragsunterlagen zur Verfügung, unterstützt den Patienten bei der Antragstellung und ggfls. der Weiterleitung an die Krankenkasse bzw. Pflegekasse. Für über § 4 hinausgehende genehmigungspflichtige Leistungen stellen die Krankenkassen auf Anfrage die Antragsunterlagen zur Verfügung. Wird der Patient mit einer Medikation entlassen, erhält er einen Medikationsplan. Dieser soll entsprechend der Vorgaben des § 31a SGB V erstellt werden. Der Medikationsplan ersetzt nicht die im Rahmen des Entlassmanagements gemäß Arzneimittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses notwendige Information des weiterbehandelnden Arztes. Die Krankenkassen beabsichtigen, bundeseinheitliche Antragsformulare für die Beantragung von Anschlussrehabilitation (AR) zur Verfügung zu stellen.

4) Dem Recht des Patienten auf freie Arztwahl nach § 76 SGB V sowie den Wahlrechten des Patienten nach § 2 SGB XI (Leistungen der Pflegeversicherung) oder § 9 SGB IX (Leistungen zur Teilhabe) ist bei der Umsetzung des Entlassplans durch das Krankenhaus sowie durch die Krankenkasse bzw. Pflegekasse Rechnung zu tragen.

§ 8
Kommunikation mit den Leistungserbringern der Anschlussversorgung

1) Das Krankenhaus stellt den Informationsaustausch mit den an der Anschlussversorgung des Patienten beteiligten Leistungserbringern sicher.

2) Bei durch den Krankenhausaufenthalt unterbrochenen Leistungen der häuslichen Krankenpflege oder Pflegesachleistungen ist der Pflegedienst oder die stationäre Pflegeeinrichtung des Patienten über den Termin der bevorstehenden Entlassung des Patienten zu informieren. Bezieht der Patient vor der Krankenhauseinweisung Leistungen der häuslichen Krankenpflege oder Pflegesachleistungen, informiert der einweisende Arzt soweit möglich das Krankenhaus bei der Aufnahme im Rahmen der mitgegebenen Unterlagen (z. B. Überleitungsbrief, Medikationsplan, bisherige Angaben zur Verordnung von häuslicher Krankenpflege, Angaben zu Pflegestufe/Pflegegrad) über die Versorgung des Patienten.

3) Das Krankenhaus führt bei Bedarf rechtzeitig vor der Entlassung das Gespräch mit dem weiterbehandelnden Arzt.

4) Für Patienten mit einem komplexen Versorgungsbedarf soll ein zeitnaher Termin bei einem weiterbehandelnden Haus- oder Facharzt vereinbart werden.

Abgestimmter Entwurf

§ 9
Dokumentation an die weiterbehandelnden Ärzte

1) Der Entlassbrief ist zwingender Bestandteil des Entlassmanagements. Er ist zum Zeitpunkt der Entlassung dem Patienten auszuhändigen. Bei stationärer Anschlussheilbehandlung oder stationärer Pflege ist der Entlassbrief mit Einwilligung des Patienten sowohl der stationären Einrichtung als auch dem Hausarzt bzw. dem einweisenden/weiterbehandelnden Vertragsarzt zu übermitteln.

2) Ist zum Zeitpunkt der Entlassung die Mitgabe eines endgültigen Entlassbriefes nicht möglich, muss mindestens ein vorläufiger Entlassbrief ausgestellt werden, in dem alle getroffenen Maßnahmen und Verordnungen nach § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 6 sowie Beurteilungen nach § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 7 SGB V erfasst sind.

3) Der Entlassbrief enthält alle für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgung des Patienten erforderlichen Informationen. Diese sind mindestens:

- Patientenstammdaten, Aufnahme- und Entlassdatum
- Name des behandelnden Krankenhausarztes und Telefonnummer für Rückfragen
- Kennzeichnung „vorläufiger" oder „endgültiger" Entlassbrief
- Grund der Einweisung
- Diagnosen (Haupt- und Nebendiagnosen) einschließlich Infektionen oder Besiedelungen durch multiresistente Erreger
- Entlassungsbefund
- Epikrise (Anamnese, Diagnostik, Therapien inkl. Prozeduren)
- Weiteres Prozedere/Empfehlungen
- Arzneimittel (unter ihrer Wirkstoffbezeichnung/-stärke und Beachtung von § 115c SGB V; Darreichungsform inkl. Erläuterung bei besonderen Darreichungsformen; Dosierung bei Aufnahme/Entlassung mit Therapiedauer, Erläuterung bei Veränderungen, bekannte Arzneimittelunverträglichkeiten) und der Medikationsplan; § 8 Abs. 3a Arzneimittel-Richtlinie ist zu beachten; Information über mitgegebene Arzneimittel
- Alle veranlassten Verordnungen (inklusive nach § 92 Abs. 1 S. 6 SGB V) und Information über Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit
- Nachfolgende Versorgungseinrichtung
- Mitgegebene Befunde

Abgestimmter Entwurf

§ 10
Unterstützung des Entlassmanagements durch die Krankenkasse und die Pflegekasse

1) Die Krankenkasse und die Pflegekasse unterstützt die Durchführung des Entlassmanagements des Krankenhauses nach § 3 in geeigneter Weise, beispielsweise durch die regelhafte Bereitstellung von Informationen zu Versorgungsstrukturen. Aufgabe der Krankenkasse ist es, gemeinsam mit dem Krankenhaus rechtzeitig vor der Entlassung die für die Umsetzung des Entlassplans erforderliche Versorgung zu organisieren, etwa die notwendigen Leistungserbringer zu kontaktieren (z. B. Vertragsärzte, Reha-Einrichtungen, ambulante Pflegedienste, stationäre Pflegeeinrichtungen) und für deren zeitgerechten Einsatz zu sorgen.

2) Bei individuellem Erfordernis unterstützt die Krankenkasse und die Pflegekasse die Umsetzung des Entlassmanagements patientenbezogen, z. B. durch die Pflegeberater nach § 7a SGB XI oder durch die Bereitstellung von Informationen zu Leistungserbringern.

3) Hat das Krankenhaus gemäß § 3 Absätze 5 und 6 die zuständige Krankenkasse bzw. Pflegekasse über das Erfordernis einer genehmigungspflichtigen Anschlussversorgung informiert und die notwendigen Antragsunterlagen übermittelt, stellt die Krankenkasse bzw. Pflegekasse die Antragsprüfung sicher und informiert den Patienten und das Krankenhaus unverzüglich über die getroffene Entscheidung.

4) Die Krankenkasse stellt zu ihren Geschäftszeiten die telefonische Erreichbarkeit eines für die Unterstützung des Entlassmanagements verantwortlichen Ansprechpartners sicher.

§ 11
Verträge auf Landesebene

Die in diesem Vertrag getroffenen Regelungen sind bundesweit verbindlich. Die Vertragspartner nach § 115 Abs. 1 SGB V stellen beim Abschluss von Verträgen nach § 115 Abs. 2 S. 1 Nr. 6 SGB V sicher, dass ergänzende Regelungen dem Sinn und Zweck des Rahmenvertrages entsprechen.

§ 12
Inkrafttreten, Kündigung

1) Dieser Rahmenvertrag tritt zum 01.10.2017 in Kraft. Er kann mit einer Frist von einem Jahr ganz oder teilweise gekündigt werden.

2) Die Vertragspartner verpflichten sich, im Fall einer Kündigung die Verhandlungen über eine Neuvereinbarung unverzüglich aufzunehmen. Falls innerhalb von sechs Monaten

Abgestimmter Entwurf

nach Wirksamkeit der Kündigung keine Einigung erzielt werden kann, entscheidet das gemäß § 118a Abs. 2 S. 2 SGB V erweiterte Bundesschiedsamt nach § 89 Abs. 4 SGB V. Bis zur Neuvereinbarung oder Festsetzung durch das Bundesschiedsamt gilt der bisherige Rahmenvertrag fort.

13
Salvatorische Klausel

Sollten Bestimmungen dieser Vereinbarung unwirksam sein oder werden, bleibt die Vereinbarung im Übrigen dennoch gültig. Anstelle der unwirksamen Bestimmungen haben die Parteien eine solche Ersatzregelung zu vereinbaren, die dem ursprünglichen Regelungsziel möglichst nahekommt.

Abgestimmter Entwurf

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die Bachelorarbeit ohne fremde Hilfe und ohne Benutzung anderer als angegebenen Quellen angefertigt habe und dass ich diese Arbeit weder in gleicher noch in anderer Form einer anderen Prüfungsbehörde vorgelegt habe. Alle Ausführungen der Arbeit, die wörtlich oder sinngemäß aus anderen Texten übernommen wurden, sind als solche gekennzeichnet.

, den

Unterschrift: _____