

## Case Management: eine Methode zur Prozessentwicklung?

Effizienz, Kostendruck und Wettbewerb prägen die Diskussion über Versorgungsleistungen der Kliniken. Mit Case Management kann, so die Hoffnung, der Spagat zwischen knapper werdenden Ressourcen und Anforderungen an eine bestmögliche Patientenversorgung gelingen.

Naseer Khan, Leiter Stabsstelle Case Management, Klinikum der J. W. Goethe-Universität, Frankfurt

Die veränderten Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen sind auch im Klinikum der Johann Wolfgang Goethe-Universität in Frankfurt am Main deutlich spürbar. Im Jahre 2008 etablierte man Case Management (CM) als ein weiteres Instrument, um den steigenden Anforderungen gerecht werden zu können. Die fallspezifische Steuerung der Versorgungsprozesse übernehmen im Klinikum der Sozialdienst und das Qualitätsmanagement. In einem Haus mit 1.247 Planbetten und 220.000 ambulanten Patienten (2009) zeigt aber vor allem die alltägliche Arbeit, dass die komplexen Ablaufprozesse und die Zusammenarbeit der verschiedenen Schnittstellen Optimierungspotential bergen. Auf den Bedarf an einer effektiveren Prozess-

steuerung wurde die Methode des Case Managements in der Uniklinik zugeschnitten. Der Ansatz dafür bot sich aufgrund seiner dezidierten Kunden- und Ressourcenorientierung an.

### Erfahrungen mit organisationsbezogenem Case Management

Im Herbst 2008 erhielt die Stabsstelle Case Management den Auftrag aus einer Fachklinik, die Abläufe in ihrer Hochschulambulanz zu reorganisieren. Handlungsbedarf bestand aus Sicht der Verantwortlichen hinsichtlich langer Wartezeiten für die Patienten, eines hohen Patientendurchlaufs und vieler zeit- und kostenintensiver Wiederbehandlungen.

Um die Arbeitsprozesse nachhaltig verändern zu können, war zunächst eine gründliche Ist-Analyse notwendig. Die Mitarbeiter des Case Managements beobachteten und analysierten sämtliche Prozesse rund um die Versorgungsleistungen in der Ambulanz. Ein besonderes Augenmerk lag dabei auf der Zusammenarbeit der Schnittstellen sowie der interdisziplinären Kommunikation. Diese Punkte erweisen sich als besonders störanfällig für einen reibungslosen Prozessverlauf. Während der Analyse wurden zudem Kennzahlen erhoben, anhand derer das Projekt evaluiert werden konnte. Hierzu zählten bspw. die Fallzahlen pro Quartal und die durchschnittliche Aufenthaltsdauer pro Patient und Behandlungstag. Daneben erfolgten Befragungen der Patienten und Gesprächsforen mit den Mitarbeitern.

Die externe Position des CM-Teams ermöglichte einen vorurteilsfreien, berufsgruppenübergreifenden Blick auf die Organisationseinheit und deren

Abläufe. Gemeinsam mit den verantwortlichen Führungskräften wurden die Daten und Beobachtungen geordnet und priorisiert, um eine Reduktion auf die Kernprobleme zu erzielen. Es zeigte sich, dass vor allem die hohe Anzahl an nicht terminierten Patienten die täglichen Durchlaufprozesse in der Ambulanz auf vielfältige Weise behinderten. Der Arbeitsanfall ließ sich nicht planen, und so kam es u.a. für die terminierten wie auch für die ungeplanten Patienten zu langen Wartezeiten; außerdem führte dies zu einer hohen Arbeitsbelastung für die Mitarbeiter. Dieser Zustand existierte bereits über viele Jahre, und die Patienten und Mitarbeiter hatten sich an die bestehenden Verhältnisse adaptiert.

Die Herausforderung für das Case Management bestand nun darin, die Prozesse wirksam zu verändern und einen Bewusstseinswandel bei den Beteiligten zu erreichen. Bei der Erstellung der Sollkonzeption wurden daher die Führungskräfte und übrigen Akteure vor Ort intensiv einbezogen. Veränderungsmaßnahmen lassen sich nur mit Unterstützung der Leitungsebene wirksam und nachhaltig umsetzen. Zudem müssen auch den Mitarbeitern Ziel und Nutzen transparent vermittelt werden. In dem konkreten Fall zielte das Sollkonzept primär auf eine Trennung der Prozessverläufe von terminierten und nicht terminierten Patienten; damit waren zugleich Anpassungen der Arbeitsabläufe und der Infrastruktur nötig. Alle hierzu erforderlichen Schritte organisierte und koordinierte das Case Management, die Akteure vor Ort konnten sich indes auf ihre Kernprozesse zur Patientenversorgung konzentrieren.

Die anschließende Implementierung der Sollkonzeption wurde engmaschig durch das Case Management begleitet. Hierin zeigt sich ein Unterschied zum gängigen Projektmanagement. Notwendige Anpassungen konnten zeitnah bearbeitet und umgesetzt werden. Die Mitarbeiter erfuhren dadurch, dass zielgerichtete Veränderungen möglich sind. Befürchtungen und Ängste reduzierten sich hierdurch, was sich positiv auf die Akzeptanz des Projektes durch die Mitarbeiter auswirkte.

Nachdem alle Maßnahmen umgesetzt waren, zog sich das Case Management aus der aktiven Projektbegleitung zurück. Nun oblag es den Führungskräften vor Ort, das Projekt weiterzuführen. Der Grundstein dafür war durch die intensive Zusammenarbeit gelegt worden.

Sechs Monate nach der Implementierung erfolgte eine Projektevaluation. Die erneut erhobenen Kennzahlen wiesen den Erfolg des Projektes aus: Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der terminierten Patienten reduzierte sich um 23 Min. und die Gesamtzufriedenheit der Patienten verbesserte sich von 58% auf 92%. Das Projekt schaffte die notwendigen Voraussetzungen, um eine größere Anzahl neuer Patienten zu akquirieren und damit auch zukünftig wettbewerbsfähig bleiben zu können. Somit hat sich gezeigt, dass mit der Case-Management-Methode eine effiziente und nachhaltige Prozesssteuerung durchaus möglich ist.

[www.kgu.de](http://www.kgu.de)



[management-krankenhaus.de/  
tags/casemanagement](http://management-krankenhaus.de/tags/casemanagement)

## DIN ISO und BAR: QReha schlägt die Brücke

Rehabilitationseinrichtungen stehen nach der Formulierung des § 20 Abs. 2a SGB IX und dessen Konkretisierung durch die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) vor einer Zertifizierungspflicht.

Kliniken, die bis zum 30. September 2012 kein Zertifikat vorweisen können, sollen ab dann nicht mehr von den Leistungsträgern belegt werden. Entsprechend intensiv setzen sich nun Rehaeinrichtungen deutschlandweit mit den Anforderungen der BAR auseinander und prüfen, welches der von der BAR anerkannten Verfahren am besten zu ihrer Einrichtung passt.

Hier bietet sich für Rehaeinrichtungen, die sich gern an der DIN ISO orientieren, eine interessante neue Alternative. Am 28. September 2010 hat die BAR das Verfahren „QReha“ zugelassen, welches die Brücke von der DIN ISO zu den BAR-Anforderungen schlägt.

Dieses Verfahren nimmt Gliederung und Struktur der DIN ISO voll auf und

konkretisiert sie auf den Bereich der Rehabilitation. So fragt das Manual z.B. in Abschnitt 7 (Kundenbezogene Prozesse), inwieweit der Reha-Berater über alle Therapieschritte und -alternativen ausreichend informiert wird. Dabei bleibt das Manual übersichtlich und fasst alle wichtigen Punkte in 60 Fragen zusammen. Der Anforderungskatalog füllt somit kein ganzes Buch, sondern verteilt sich auf sechs Seiten.

Das bedeutet nicht, dass eine Zertifizierung nach QReha besonders einfach zu erlangen ist. Das Verfahren beinhaltet alle Anforderungen der BAR, die für sich selbst genommen bereits einen hohen Standard setzen. Hinzu kommt die starke Anlehnung von QReha an die DIN ISO. Hier hat der Verfahrensergeber einen besonderen Weg gewählt. Er eröffnet Einrichtungen, die sich zwar an die DIN ISO anlehnen wollen, aber nicht alle Anforderungen der DIN ISO erfüllen möchten, die Möglichkeit, das Zertifikat „QReha“ zu erlangen. Wer die ISO-Anforderungen vollständig erfüllt

und eine entsprechend umfangreiche Prüfung veranlasst, erhält das Zertifikat „QReha plus DIN ISO“. So haben Einrichtungen, die mit ihrem Qualitätsmanagement noch am Anfang stehen, die Möglichkeit, einen ersten Schritt mit der Zertifizierung nach QReha zu gehen und einen zweiten Schritt mit einer Zertifizierung nach „QReha plus DIN ISO“ folgen zu lassen.

Auch die Preisgestaltung der Verfahren „QReha“ und „QReha plus“ folgt diesem Ansatz. Während bei der „großen“ Zertifizierung nach QReha plus die üblichen Kosten für eine Zertifizierung nach DIN ISO anfallen, liegen die Zertifizierungsgebühren für die Grundzertifizierung nach QReha je nach Einrichtunggröße zwischen 2.000 und 4.000 €. Damit fänden nun selbst die kleinsten Rehabilitationseinrichtungen ein Verfahren, das ihre Finanzkraft aushält, erklärt Rüdiger Herbold, Vorstand der herausgebenden Stelle Zeq. „Da das Verfahren die DIN ISO in sich aufgenommen hat, ist es aber gleichzei-

tig in der Lage, auch in großen Rehabilitationskliniken Organisation und Struktur zu schaffen“, hebt er hervor.

Die ersten Rehabilitationskliniken haben sich bereits gemeldet, um das neue Verfahren für ihre Einrichtung anzuwenden. Ihnen gefallen besonders die klare Struktur und die Konzentration auf das Wesentliche.

Geht es nach dem Verfahrensergeber, wird das Verfahren neben den bereits verbreiteten wie IQMP-Reha, DEGEMED und KTQ-Reha seinen Platz im Markt finden. Die ersten positiven Reaktionen auf die Bekanntmachung von „QReha“ lassen diese Prognose durchaus realistisch erscheinen.

Rüdiger Herbold, Zeq AG Mannheim  
Tel.: 0621/328850-0  
info@zeq.de, www.zeq.de

Medica: Halle 16, Stand C 41



[management-krankenhaus.de/  
tags/zertifizierung](http://management-krankenhaus.de/tags/zertifizierung)

## KOSTENTRÄGER

### SEKTORÜBERGREIFENDE DIREKTVERTRÄGE

Der AOK-Bundesverband fordert für die Krankenkassen die Möglichkeit von Direktverträgen, um die ambulante medizinische Versorgung vor Ort sektorübergreifend zu gewährleisten. „Wir brauchen eine Versorgungsplanung, die sich am Bedarf der Versicherten orientiert und regionale Strukturen berücksichtigt“, so der Vorstandsvorsitzende Dr. Herbert Reichelt. Reichelt appelliert an die Bundesregierung, den Krankenkassen zumindest in Regionen mit Über- oder Unterversorgung Direktverträge anstelle des ausschließlichen Kollektivvertragssystems mit seinem Zulassungsprinzip zu ermöglichen. Demnach ist die derzeitige Bedarfsplanung mit ihrer Orientierung an der Zahl der Leistungserbringer gescheitert. Trotz ständig steigender Zahl an berufstätigen Ärzten werde über Ärztemangel geklagt. Es sei nicht gelungen, Überversorgung in Ballungszentren abzubauen und drohender Unterversorgung auf dem Land wirksam entgegenzutreten.

[www.aok.de](http://www.aok.de)

### ÖKOLOGISCH BEWUSSTE KRANKENKASSE

Die Betriebskrankenkasse BKK advita beschreitet diesen Weg als erste Krankenversicherung unter den gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland und sucht fortan verantwortungsbewusste Versicherte. „Wir wünschen uns, dass unsere Mitglieder Verantwortung für ihre Gesundheit und für die Solidargemeinschaft übernehmen, und wollen sie dabei mit unseren Angeboten unterstützen“, so Norbert Pasternack, Vorstandsvorsitzender der bundesweit agierenden BKK advita. Eine besondere Rolle spielt der ganzheitliche Ansatz in der Prävention, gerade im Bereich der gesunden Ernährung und dort insbesondere wiederum bei der Auswahl unbehaltener, ökologischer Produkte. Die BKK advita stärkt diesen Trend zur gesunden Ernährung und hält ein diesen Kriterien entsprechendes Ernährungsangebot – das bio-gesund-paket – vor.

[www.bkk-advita.de](http://www.bkk-advita.de)

### KRANKENGYMNASTIK UND SCHMERZMITTEL SCHON FÜR KINDER

Die Medizinisierung der Kindheit schreitet voran. Laut Barmer GEK Heil- und Hilfsmittel-Report 2010 erhielten rund 4,7% aller Kinder im Alter bis 13 Jahren Physiotherapie. Gleichzeitig sind unter den häufigsten Diagnosen im Verordnungszeitraum die Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems zu finden, wovon Rückenbeschwerden rund 47% ausmachen. Noch auffälliger: Rund 29% der Kinder mit entsprechender Diagnose erhalten Physiotherapie, 51% auch Schmerzmittel wie Ibuprofen, Diclofenac oder Paracetamol. Barmer GEK Vorstandsvize Dr. Rolf-Ulrich Schlenker: „Kinder mit unspezifischer Rückenschmerzdiagnose und Krankengymnastik-Verordnung müssen stützige machen. Hier drängt sich die Frage auf, inwieweit die Gründe auch im sozialen Umfeld und in erzieherischen Defiziten zu suchen sind.“

[www.barmer-gek.de](http://www.barmer-gek.de)

### VERBRAUCHERSCHUTZ GEHT VOR

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat verschiedene Beschlüsse zur Methodenbewertung getroffen. Dabei kam es zur Übernahme von bisher nur in Krankenhäusern möglichen Methoden in die ambulante Versorgung, aber auch zum Ausschluss bestimmter Verfahren aus dem GKV-Leistungskatalog aufgrund von fehlenden Nutzen nachweisen sowie zum Aussetzen von Entscheidungen, bis relevante Studien zum Nutzen vorliegen. „Nur wenn Untersuchungs- und Behandlungsmethoden ihren Nutzen und ihre Unbedenklichkeit in Studien nachgewiesen haben, gehören sie in die Versorgung. Die Sicherheit von Patienten darf nicht unnötig gefährdet werden“, so Dr. Doris Pfeiffer, Vorstandsvorsitzende des GKV-Spitzenverbandes, einer von vier G-BA-Trägern.

[www.gkv-spitzenverband.de](http://www.gkv-spitzenverband.de)

### VORSICHT BEI ADIPOSITAS-CHIRURGIE

„Operative Eingriffe bei krankhafter Fettsucht sind trotz vieler Fortschritte weiterhin hoch riskant“, so Dr. Ursula Marschall, Leiterin des Kompetenzzentrums Gesundheit der Barmer GEK. Betroffene sollten nicht allein Hoffnungen auf diese Alternative setzen. Viele der bundesweit ca. 10.000 Anträge bei den Kassen scheitern, weil medizinische Voraussetzungen nicht erfüllt werden. So seien oft die Möglichkeiten von Ernährungsberatung, Lebensstiländerungen und Verhaltenstherapie nicht ausgeschöpft. Die Kasse hatte 2009 für 312 Männer und Frauen einen bariatrischen Eingriff ermöglicht. Verglichen mit 2006 stieg die Zahl der Eingriffe um 267%.

Die interdisziplinäre Zusammenarbeit sei nur ein Kriterium für Kliniken, um das Zertifikat der Chirurgischen Arbeitsgemeinschaft für Adipositaschirurgie der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie zu erreichen. Die eigentliche Herausforderung bestehe darin, ein Versorgungskonzept zu entwickeln, das nicht die Chirurgie der Adipositas, sondern deren Prävention in den Fokus rücke.

[www.barmer-gek.de](http://www.barmer-gek.de)

### FINANZENTWICKLUNG DER KRANKENKASSEN

Die Finanzentwicklung der GKV verläuft schlechter als 2009. Während die Kassen im 1. Halbjahr 2009 einen Überschuss von 1,2 Mrd. € verbuchten, betrug der Überschuss im 1. Halbjahr 2010 nur ca. 112 Mio. €. Für das Jahr 2010 rechnete der Schätzerkreis mit einer Unterdeckung der Kassenausgaben durch die Zuweisungen des Gesundheitsfonds von 3,1 Mrd. €. Der Gesundheitsfonds zahlte für das erste Halbjahr 2010 Zuweisungen in Höhe von insgesamt ca. 85,16 Mrd. € an die Kassen aus, somit 50% des den Krankenkassen zugesicherten Jahresbedarfs an Zuweisungen. Die Einnahmen des Gesundheitsfonds aus Beiträgen und Bundeszuschüssen lagen bei 85,53 Mrd. €. In der zeitlichen Abgrenzung für das 1. Halbjahr 2010 weist der Fonds einen Überschuss von 147 Mio. € aus. So konnte er mit den monatsübergreifenden Auszahlungsverfahren seiner Verpflichtung stets nachkommen.

Die Leistungsausgaben der Kassen stiegen im 1. Halbjahr 2010 um 4,2% je Versichertem. In den größeren Leistungsbereichen verlief die Entwicklung unterschiedlich: Der Zuwachs von 5,4% je Versichertem bei den Ausgaben für ambulante ärztliche Behandlung nach einem Zuwachs von 7,4% im Jahr 2009 zeigt, dass sich die Honorarsituation für Ärzte auch 2010 nachhaltig verbessern wird. Der Anstieg bei den Ausgaben für die Krankenhausbehandlung lag im 1. Halbjahr 2010 je Versicherten bei 4,2%. Auch dieser Zuwachs setzt bereits auf einen Anstieg von 6,6% im Jahr 2009 auf. Der Anstieg der Arzneimittelausgaben (ohne Impfkosten) lag bei rd. 4,8% je Versichertem. Die Steigerungen resultieren ausschließlich aus überproportionalen Zuwächsen bei den Arzneimitteln ohne Festbeträge.

[www.bmg.bund.de](http://www.bmg.bund.de)

## WIR SCHÄTZEN IHR SOZIALES ENGAGEMENT

Ihr soziales Engagement möchte das Team von Management & Krankenhaus Wert schätzen: Melden Sie uns Ihr soziales Projekt, das Sie und/oder Ihr Team in einem deutschen Krankenhaus umgesetzt haben. Wir stellen es in Management & Krankenhaus vor.

Damit aus dieser Idee ein sinnvolles Projekt entstehen kann, das auch erfolgreich umgesetzt wird, braucht die kleine Idee den Einsatz kreativer Mitarbeiter. Es braucht Menschen, die sich für diese Idee begeistern und die sich von Hindernissen nicht abschrecken lassen.

Wiel Einsatz ist vor allem dann erforderlich, wenn es um ein Projekt geht, das über die alltägliche Arbeit im Klinikum hinaus geht und das im sozialen Bereich angesiedelt ist.

Diesen ordnen wir solche Projekte zu, die das Wohl der Patienten oder der Mitarbeiter im Sinn haben und keine monetären Ziele verfolgen.

### Ein soziales Projekt im Krankenhaus kann z.B. sein:

- Musiker gestalten Nachmittage für Patienten.
- Anlaufstellen für die soziale Unterstützung für Patienten wurden eingerichtet.
- Entgeltlos entwickeln Journalisten Radioprogramme für Patienten.
- Ärztlich betreute Freizeiten und Sportprogramme werden für Patienten angeboten.
- Kitas mit flexiblen Öffnungszeiten wurden ins Leben gerufen.
- Kostenfreie Kurse für die Gesundheit der Mitarbeiter wurden eingeführt.
- Kunst im Krankenhaus.
- ...und vieles mehr

Unser Team wählt aus allen Einsendungen das aus Sicht der Redaktion interessanteste Projekt in den Bereichen „zum Wohle des Patienten“ und „zum Wohle der Mitarbeiter“ aus. Wir planen, jeden zweiten Monat das ausgewählte Projekt seiner Kategorie vorzustellen.

Machen Sie Ihr Projekt bekannt, wenn es frühestens ab 1. Juli 2009 in einer deutschen Klinik verwirklicht wurde. Informieren Sie uns über Ihr Projekt per Mail an [christiane.rothermel@wiley.com](mailto:christiane.rothermel@wiley.com).

**GIT VERLAG**  
A Wiley Company

[www.gitverlag.com](http://www.gitverlag.com)

# Das wirkt: Lobmanagement!

Lobmanagement in der Dr. Becker Klinik Möhnesee bedeutet nicht „Führen durch Lob“, sondern das Gegenstück zum Beschwerdemanagement. Bei Letzterem wird die geäußerte Unzufriedenheit von Kunden aufgegriffen, um die Kundenzufriedenheit wiederherzustellen und das Auftreten neuer Beschwerden zu vermeiden. Dies hat auch Nachteile: Erhalten doch Unzufriedenheit und negative Kritik einen hohen Stellenwert, denn jeder Patient weiß, dass er mit negativer Kritik viel Aufmerksamkeit erreicht. Die Mitarbeiter investieren daher viel Zeit ins Bearbeiten von Beschwerden, befassen sich also mit Unerfreulichem. Das wiederum hat zur Folge, dass viele Arbeitsabläufe, die gut und erfolgreich funktionieren, weniger beachtet werden und so die Arbeitsmotivation sinkt.

## Mitarbeiter sind zufriedener

Lobmanagement bedeutet dagegen, systematische Zustimmung, positives Feedback, Anerkennung oder Dankbarkeit – eben Lob – der Patienten zu erfassen und an die Mitarbeiter der Abteilung weiterzugeben. Die Dr. Becker Klinik hat sich dies seit Längerem auf die Fahnen geschrieben.

Die Klinik führte zu Beginn des letzten Jahres eine „Lobsprechstunde für Patienten“ ein. Ein hierzulande bisher in dieser Form einzigartiges Angebot. In dieser Sprechstunde können Patienten sich dem Chefarzt gegenüber lobend über alle Aspekte ihrer Behandlung äußern. Die positiven Rückmeldungen gibt er umgehend an die Mitarbeiter weiter – vor allem wurden immer wieder die der Mitarbeiter sowie die gute Organisation der Abteilung genannt.

Die Mitarbeiter freuen sich darüber zu erfahren, dass Freundlichkeit, Kompetenz und gute Organisation von den Patienten gewertschätzt werden und werden zufriedener ... was wiederum die Patienten spüren.

Darüber hinaus werden die Mitarbeiter regelmäßig über gute Ergebnisse aus den Patientenfragebögen informiert. Persönlich in den Fragebögen gelobte Mitarbeiter erhalten eine kopierte Version vom Chefarzt.

## Beschwerdequote bei 0,3 %

Auf Patientenseite hat die neu konzipierte Sprechstunde darüber hinaus einen therapeutischen Nutzen. Einerseits lenkt der Patient seine Wahrnehmung auf etwas Positives, er vollzieht so einen wertvollen „Perspektivwechsel“. Tenor bei den 20 Rehabilitanden,

die im ersten Jahr die Sprechstunde besuchten, war, dass „man erst dadurch merkt, dass man sonst viel mehr meckert als lobt“. Andererseits bietet die Sprechstunde Gelegenheit, sich im Loben zu üben. Im Gegensatz zur Kompetenz, Beschwerden zu äußern, können viele Menschen eher weniger gut loben.

Die Beschwerdequote in der psychosomatischen Abteilung der Dr. Becker Klinik Möhnesee lag in 2009 bei einem verschwindend geringen Anteil von 0,3%. Der Chefarzt vermutet, dass dies evtl. auch auf die Lobsprechstunde zurückzuführen ist, weil sich die Rehabilitanden selbstkritischer sehen und dadurch evtl. weniger zu vor-schneller Kritik neigen.