

Literatur

Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen (DVSG), Stellungnahme Versorgungsmanagement gemäß § 11 Abs. 4 SGB V, Stand: August 2008, Herunterladbar unter: www.dvsg.org (Fachbereiche – Akutbehandlung – Versorgungsmanagement)

Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen (DVSG), DVSG-Konzept zur Pflegeberatung in Pflegestützpunkten, Stand: Juni 2008, Herunterladbar unter: www.dvsg.org (Fachbereiche – Geriatrie und Altenhilfe – Pflegeberatung)

Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen (DVSG), Grundsatzpapier Sozialarbeit in der medizinischen Rehabilitation, Stand: März 2011, Herunterladbar unter: www.dvsg.org (Fachbereiche – Rehabilitation und Teilhabe – Publikationen)

Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen (DVSG) (2007), Produkt- und Leistungsbeschreibung der Klinischen Sozialarbeit, 2. überarbeitete Auflage, Eigenverlag Mainz

Greuel, M./Mennemann, H. (2006): Soziale Arbeit in der Integrierten Versorgung. Ernst Reinhardt Verlag München Basel

Mennemann, H., Kanth, E., Monzer, M., Podeswik, A. – AG Essentials: DGCC-Rahmenempfehlungen Case Management; verabschiedet vom Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management am 14.01.2008

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2005): Koordination und Qualität im Gesundheitswesen – Gutachten 2005 – Kurzfassung. Stuttgart

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007): Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung – Gutachten 2007 – Kurzfassung.

Wendt, W. R. (2005): Case Management. Stand und Positionen in der Bundesrepublik. In: Case Management – Fall- und Systemsteuerung. Löcherbach, P./Klug, W./Remmel-Faßbender, R./Wendt, W. R. (Hrsg.), 3. Auflage Ernst Reinhardt Verlag München Basel



Positionspapier Case Management und Soziale Arbeit

(Oktober 2008)



Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen e.V. (DVSG)

Bundesgeschäftsstelle
Haus der Gesundheitsberufe
Salzufer 6
10587 Berlin
Telefon: (0 30) 39 40 64-540
Telefax: (0 30) 39 40 64-545
E-Mail: info@dvsg.org

www.dvsg.org

Einleitung

Case Management erhält im Zuge der Ökonomisierung im Gesundheitswesen zunehmende Relevanz. Einerseits ist es begrüßenswert, dass der positive Nutzen des Case Managements erkannt und gewürdigt wird, andererseits besteht aber die Gefahr, dass es zu einer inflationären Nutzung des Begriffs und damit zu einer Aushöhlung des Handlungskonzepts kommt.

Der Veränderungsprozess im Gesundheitswesen hat in den letzten Jahren erheblich an Dynamik zugenommen. Das Spannungsfeld zwischen der gleichberechtigten Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung aller und der gleichzeitigen Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes wird aufgrund begrenzt zur Verfügung gestellter Ressourcen besonders deutlich. Dies stellt insbesondere somatische Kliniken vor erhebliche Probleme, da sie unter den Bedingungen des neuen Fallpauschalensystems (Diagnosis Related Groups – DRG) einerseits gezwungen sind, Patientinnen/Patienten möglichst früh zu entlassen, sofern deren notwendige nachstationäre Versorgung sichergestellt ist. Andererseits befinden sich die Kliniken im Wettbewerb untereinander und müssen um die Patientinnen/Patienten „werben“. Kliniken, die entsprechend am Markt bestehen wollen, müssen ein effektives Patientenmanagement betreiben ohne die individuellen Bedürfnisse und Lebenslagen der Patientinnen/Patienten aus den Augen zu verlieren. Daher gewinnt die Implementierung von Case Management in Kliniken zunehmend an Bedeutung. Nicht zuletzt durch die Aufnahme des sogenannten Versorgungsmanagements (§ 11 Abs. 4



DVSG – Fachverband seit 1926

SGB V) in das Krankenversicherungsrecht wird der Anspruch auf passgenaue Anschlussversorgung auch gesetzlich definiert.

Hintergrund für die verstärkte Einführung von Case Management

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) hat gemäß § 142 SGB V alle zwei Jahre ein Gutachten zu erstellen, in dem er unter Berücksichtigung der finanziellen Rahmenbedingungen und vorhandener Wirtschaftlichkeitsreserven Prioritäten für den Abbau von Versorgungsdefiziten und bestehenden Überversorgungen vorschlägt sowie Möglichkeiten und Wege zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens aufzeigt. Zentrale Aspekte sind dabei jeweils neben effektiverem und effizienterem Einsatz der zur Verfügung stehenden Ressourcen die Wahrung der Nutzerorientierung und des Qualitätsniveaus.

Der Sachverständigenrat hat in seinem Gutachten 2000/2001 auf eine Über-, Unter- und Fehlversorgung im Gesundheitswesen hingewiesen und hierfür Lösungen entwickelt. Diese wurden im Rahmen der Gesundheitsreformen 2004 und 2007 (Gesetz zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung – GMG, Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs der gesetzlichen Krankenversicherungen – GKV-WSG) teilweise umgesetzt und bilden in Verbindung mit dem Pflegeweiterentwicklungsgesetz (PfwG) die Rahmenbedingungen und die Grundlagen für die zukünftigen Strukturen der Patientenversorgung.

Als ein zentrales Problem im Gesundheitswesen erkennt der Sachverständigenrat die fehlende sektorenübergreifende Versorgung der Patienten und die fehlende Vernetzung der im Gesundheitswesen Tätigen und beteiligten Leistungserbringer. Insbesondere zur Sicherstellung der nachstationären Versorgung nach Krankenhausbehandlung wurden daher entsprechende Gesetzesregelungen in den Reformen getroffen.

Bereits mit Einführung der DRGs war eine Systematisierung des Entlassungsmanagements allein schon aus ökonomischen Gründen erforderlich. Die Möglichkeit der Vertragsgestaltung im Rahmen der Integrierten Versorgung (IV) gemäß § 140 a–d SGB V zwischen Leistungserbringern innerhalb des SGB V zusammen mit einer Krankenkasse forciert entsprechende neue Versorgungsformen.

Im Zuge des GKV-WSG wurden Akut- und Rehabilitationskliniken verpflichtet, in Weiterentwicklung des Entlassungsmanagements gemäß § 11 Abs. 4 SGB V ein Versorgungsmanagement einzurichten, das den Versicherten die passgenaue Anschlussversorgung zusichert. Dies erfordert die Implementierung von Case Management in den Kliniken – sowohl auf System-, als auch auf Handlungsebene. In seinem Gutachten 2007 fordert der Sachverständigenrat ferner ein „transsektorales Case Management“¹, das die Fallsteuerung über Sektorengrenzen hinaus sicherstellt.

Anwendungsbereich und Funktionsweise von Case Management

Case Management in der Sozialen Arbeit und im Gesundheitswesen „ist ein Handlungskonzept für Menschen mit vielschichtigen Belastungen, zu deren Bewältigung/Lösung mehrere (interdisziplinäre) Dienste in Anspruch genommen werden (...). Case Management versteht sich als Unterstützungsmanagement, das personenbezogen passgenaue Hilfen in einem größeren Versorgungszusammenhang optimal ermittelt und zugänglich macht. Case Management bedeutet die Übernahme einer effizienten und effektiven fallbezogenen systematischen Prozesssteuerung durch eine Person/Team ...“²

Die Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management (DGCC) benennt in ihren Rahmenempfehlungen folgende Kriterien für den Einsatz von Case Managern:

- Das Vorliegen einer komplexen Bedarfs- und Bedürfnissituation
- eine hohe Akteursdichte
- der Einsatz bei Nicht-Greifen von Regelversorgungspfaden (Subsidiarität),
- die Einwilligung des Adressaten/Klientensystems³

Case Management kommt auf der jeweiligen Fall-/Handlungsebene als auch auf Systemebene zum Tragen. Beides ist eng miteinander verzahnt.

Auf Handlungsebene ist mit „Case“ nicht der Mensch gemeint, sondern „seine problematische Situation, die es – im Ganzen und im Detail – zu bewältigen gilt. Die problematische Situation ist „der Fall“ und Gegenstand der ziel- und lösungsorientierten professionellen Bemühung.“ Case Management auf der Systemebene beinhaltet die Systemsteuerung (Optimierung der Versorgungsstrukturen). Wendt sieht einen wesentlichen Fortschritt im Verständnis und in der Anwendung von Case Management, „die Steuerung der humandienstlichen Leistungserbringung (als Versorgungsmanagement) auf die Steuerung des Prozesses der Aufgabenbewältigung im Einzelfall (als methodischem Case Management einzelner professionell Handelnder) abzustimmen.“⁴

Case Manager übernehmen je nach Auftrag unterschiedliche Funktionen:

- Die Advocacy-Funktion – die Vertretung der Interessen des Betroffenen
- Die Broker-Funktion – die Vermittlung der passgenauen Hilfen
- Die Gate-Keeper-Funktion – Klärung der Rechtmäßigkeit des Erhalts von Hilfeleistungen
- Die Support-Funktion – die Unterstützung mit Informationen, allgemeiner Beratung und Koordination der Hilfen⁵

Case Management erfolgt systematisiert in folgenden Phasen:

- Kontaktaufnahme (Intake)
- Eine umfassende Beschreibung und Dokumentation der Versorgungs- und Lebenssituation sowie der Bedarfslage des Adressaten/Klientensystems (Assessment)
- Eine Festlegung der Ziele und Unterstützungsleistungen in einem Versorgungsplan (Planning)
- Die Vermittlung und Abstimmung passender Unterstützungs-/ Leistungsangebote (Linking)
- Die Sicherung, Prüfung, Bewertung und Steuerung der Umsetzung (Monitoring)
- Die Bewertung und Abschluss des Case Management Prozesses (Evaluation)
- Den Aufbau und die Pflege eines regionalen, formellen und informellen Netzwerks (Case Management auf Systemebene)⁶

Leitprinzipien des Case Managements sind die Adressatenorientierung und die Mehrdimensionalität des Menschen. Die Adressatenorientierung bedeutet, dass sich alle am Hilfeprozess Beteiligten an der Lebensrealität der Betroffenen orientieren und auf ihn ausgerichtet sind. Case Manager orientieren sich an den Ressourcen und am Bedarf des Adressaten; dieser wird als Experte in eigener Sache in den Hilfeprozess dialogisch einbezogen.⁷

Mehrdimensionalität beinhaltet das Wahrnehmen des hilfsbedürftigen Menschen in seinem sozialen, örtlichen, institutionellen und gesellschaftlichen Lebensumfeld. Die den Unterstützungsprozess auslösende Problemsituation soll im Kontext der Biographie und der aktuellen Lebensumstände des Hilfebedürftigen betrachtet werden.⁷

Bedeutung von Case Management für das Versorgungsmanagement

Zur Verbesserung des Entlassungsmanagements werden (Akut- und Rehabilitations-) Kliniken nach § 11 Abs. 4 SGB V verpflichtet, ein Versorgungsmanagement einzurichten: „Versicherte haben Anspruch auf ein Versorgungsmanagement, insbesondere zur Lösung von Problemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche. Die betroffenen Leistungserbringer sorgen für eine sachgerechte Anschlussversorgung des Versicherten und übermitteln sich gegenseitig die erforderlichen Informationen. Sie sind zur Erfüllung dieser Aufgabe von den Krankenkassen zu unterstützen. In das Versorgungsmanagement sind die Pflegeeinrichtungen einzubeziehen; dabei ist eine enge

Zusammenarbeit mit den Pflegeberatern und Pflegeberaterinnen nach § 7 a SGB XI zu gewährleisten. Das Versorgungsmanagement und eine dazu erforderliche Übermittlung von Daten dürfen nur mit Einwilligung und nach vorheriger Information des Versicherten erfolgen.“

Die Umsetzung erfolgt im Rahmen von IV-Verträgen gemäß § 140 a–d SGB V, von zweiseitigen Verträgen auf Landesebene zwischen Krankenkassenverbänden und der Landeskrankenhausgesellschaft im Rahmen des § 112 SGB V oder im Rahmen von dreiseitigen Verträgen gemäß § 115 SGB V zwischen Krankenkassen, Krankenhäusern und Vertragsärzten.

Zur Umsetzung eines erfolgreichen Versorgungsmanagements sind folgende Anforderungen zu erfüllen:

Auf Handlungsebene:

- Eruiieren der Patienten, die ein umfassendes Versorgungsmanagement benötigen (Screening-Verfahren)
- umfassendes multiprofessionelles Assessment
- Identifikation des individuellen Bedarfes inklusive individueller Risikofaktoren
- Eruiierung der passgenauen Maßnahmen vor dem Hintergrund der jeweiligen Angebots- und Leistungssystematiken (Frührehabilitation, AHB, Geriatrische Rehabilitation, Ambulante Rehabilitation, Mobile Rehabilitation, ...)
- Ggf. (erneute) Klärung von Einzelfragen zur Herstellung bzw. Förderung der Compliance
- Einleitung der erforderlichen Maßnahmen in Abstimmung mit dem Patienten (und ggf. seinem sozialen Umfeld)
- Konkrete Überleitung der erforderlichen Informationen, Unterlagen, Befunde
- Feedback über die Umsetzung und die Ergebnisse der eingeleiteten Maßnahmen

Auf Einrichtungsebene:

- Festlegung der Standardprozesse über Sektorengrenzen hinaus
- Festlegung der Verantwortlichkeiten je Prozessschritt
- Identifikation möglicher medizinischer, pflegerischer, sozialer „Risikofaktoren“
- Festlegung von Screening-Verfahren
- Festlegung des Vorgehens bei Standardabweichung
- Entwicklung von Checklisten
- Entwicklung von Evaluationsinstrumenten
- Identifikation von Bruchstellen und Weiterentwicklung
- Verbindliche Vereinbarungen zwischen Kooperations-/Versorgungspartnern.⁸

Die genannten Anforderungen entsprechen den Modulen des Case Managements auf Handlungs- und Systemebene. Wesentlich für die Umsetzung ist eine klare Autorisierung und Beauftragung der Umsetzung von Seiten des Trägers.

Aufgrund der aktuellen Entwicklungen in der Versorgungslandschaft ist die Perspektive positiv einzuschätzen, denn Versorgungsmanagement kann nur dann nachhaltig sein, wenn Patienten gleichberechtigt in den Gesamtprozess einbezogen und ihre individuellen Lebenslagen mit den jeweiligen Ressourcen, Unterstützungspotenzialen, Bewältigungsstrategien, Risiken und Einschränkungen in der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft berücksichtigt werden.

Dies erfordert multiprofessionelles, sektorenübergreifendes und vernetztes Handeln unter zwingender Beteiligung der Sozialen Arbeit sowie die Implementierung von Case Management Strukturen in allen Bereichen.

¹ SVR-Gutachten (2007), S. 24

² Remmel-Faßbender (2006); Vortrag a, 06.02.2006 Veranstaltungsreihe DVSG, DBSH, ASFH: Soziale Arbeit und Ökonomisierung

³ DGCC Rahmenempfehlung (2008), S. 4

⁴ Wendt (2005), S. 15, 16

⁵ Greuß/Mennemann (2006), S. 101

⁶ Rahmenempfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management (2008), S. 6

⁷ Greuß/Mennemann (2006), S. 103/104

⁸ DVSG (2008)