

René A. Bostelaar (Hrsg.) · Rudolf Pape et al.

# Case Management im Krankenhaus

Aufsätze zum Kölner Modell in Theorie und Praxis



**pfl**ege



schlütersche

Deutschlands Kliniken müssen sich ändern, wenn sie überleben wollen. Verkrustete Strukturen, nicht mehr zeitgemäße soziale Rollen und schwerfällige Arbeitsabläufe sind mehr als hinderlich, wenn es um Patientenorientierung, Kostenbewusstsein und hohe Qualität geht.

Es gibt ein Mittel, um eine Klinik zukunftsfähig zu machen: Mit Case Management lassen sich Prozesse optimieren, Patienten in den Mittelpunkt stellen und die Kosten effizient managen. Aber Case Management verlangt eine völlige Neuorientierung der gesamten Einrichtung, ihres Personals und ihrer Strukturen.

Die Uniklinik Köln hat sich dieser Herausforderung gestellt und lässt mit diesem Buch andere an diesem Weg teilhaben. Neben kurzen theoretischen Grundaussagen über Case Management im Gesundheitswesen und im Krankenhaus gibt das Buch einen Einblick in die praktische Entwicklung des Case Managements. Beispiele aus vier Fachabteilungen/Kliniken zeigen eindrucksvoll, wie das Kölner Case Management-Modell gelebt wird.

Case Management ist die wichtigste Grundlage für eine zukunftsfähige Gesundheitseinrichtung: Eine Unter-, Fehl- oder Überversorgung wird vermieden, Ressourcen werden effektiv genutzt, Patienten stärker beteiligt. Kurzum: Mit Case Management lassen sich Ökonomisierung und Patientenorientierung in Einklang bringen.

### **Der Herausgeber**

Dipl.-PM (FH) René Alfons Bostelaar ist Pflegedirektor und Mitglied des Vorstands des Klinikums der Universität zu Köln. Er ist Case Management-Ausbilder (DGCC), Koordinator der DGCC-Fachgruppe CM im Handlungsfeld von Gesundheit und Pflege sowie Mitglied im Vorstand der DGCC.

ISBN 978-3-89993-199-0



René A. Bostelaar (Hrsg.) · Rudolf Pape et al.

Case Management im Krankenhaus



René A. Bostelaar (Hrsg.) · Rudolf Pape et al.

# Case Management im Krankenhaus

Aufsätze zum Kölner Modell in Theorie und Praxis

## **AutorInnen und Autoren:**

Dr. rer. cur. Rudolf Pape  
Ludwig Thiry  
Christian Grebe  
Prof. Dr. med. Ralf-Ingo Ernestus  
Claudia Roland  
Cornelia Josten  
Dr. med. Christoph Ostgathe  
Anne Düsterdiek

Dr. phil. Albert Brühl  
Michaela Volkmer  
Magnus Eggers  
Arlette Wetzel  
Dagmar Clauß  
Margaret Bryant  
Martina Höhn-Beste  
René Alfons Bostelaar

schlütersche

### **Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek**

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

ISBN 978-3-89993-199-0

### **Der Herausgeber**

Dipl.-PM (FH) René Alfons Bostelaar ist Pflegedirektor und Mitglied des Vorstands des Klinikums der Universität zu Köln. Er ist Case Management-Ausbilder (DGCC) und Koordinator der DGCC-Fachgruppe CM im Handlungsfeld von Gesundheit und Pflege, Mitglied im Vorstand der DGCC.



© 2008 Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG,  
Hans-Böckler-Allee 7, 30173 Hannover

Alle Rechte vorbehalten. Das Werk ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der gesetzlich geregelten Fälle muss vom Verlag schriftlich genehmigt werden. Ein Markenzeichen kann warenrechtlich geschützt sein, ohne dass dieses besonders gekennzeichnet wurde.

Titelbild: KaPe Schmidt/MFK  
Satz: PER Medien+Marketing GmbH, Braunschweig  
Druck und Bindung: Druckhaus »Thomas Müntzer« GmbH, Bad Langensalza

## **Danksagung**

Als wir vor fünf Jahren begonnen haben, das Thema Case Management in der Uniklinik Köln zu diskutieren, wussten wir, dass wir einen schwierigen Weg bis zur Umsetzung und zur Anerkennung im gesamten Unternehmen vor uns haben würden. Trotz vieler Bedenken im Unternehmen haben wir wegweisend ein flächendeckendes und funktionierendes Case Management an der Uniklinik Köln etablieren können. Für die Mitarbeit, die Unterstützung und die Umsetzung, sowie die vielen konstruktiven Diskussionen danke ich vor allen Dingen meinen Mitarbeitern Frau Roland, Frau Clauss, Frau Kaiser, Frau Wetzels und Herrn Dr. Pape. Allen sei gedankt, die dieses Buch ermöglicht und daran mitgewirkt haben. Ein Dank gilt Herrn KP Schmidt (MFK) für die Überlassung der Abbildung auf dem Umschlag des Buches. Für das Korrekturlesen und die stilistischen Hinweise ein herzlicher Dank an Frau Iris Rosenbaum, Frau Gerda Adomeit und Frau Ulrike Busse.

Köln, im März 2008

René A. Bostelaar

# AutorInnenverzeichnis

Dr. rer. cur. Rudolf Pape  
Dipl.-Krankenpfleger  
Wissenschaftlicher Mitarbeiter  
Stabsstelle Pflegedirektion  
Uniklinik Köln  
50924 Köln  
Case Management Ausbilder (DGCC)

Ludwig Thiry  
Erwachsenenbildner M.A.  
Leiter Case Management Weiterbildung  
Zentralbereich Medizinische Synergien (ZMS)  
Uniklinik Köln  
50924 Köln  
Case Management Ausbilder (DGCC)

Christian Grebe, Christian  
Dipl.-Pfleger (FH)  
Geschäftsführer  
Nursing Home Consult GmbH  
Caspar-Schrenk-Weg 14  
79117 Freiburg

Prof. Dr. med. Ralf-Ingo Ernestus  
Kommissarischer ärztlicher Leiter  
Klinik und Poliklinik für Allgemeine Neurochirurgie  
Zentrum für Neurochirurgie  
Uniklinik Köln  
50924 Köln

Claudia Roland  
Leiterin des Case Managements  
Uniklinik Köln  
50924 Köln  
Case Managerin (DGCC)

Cornelia Josten  
Dipl. Pflegewissenschaftlerin (FH)  
Referentin für stationäre Krankenpflege und  
Krankenpflegesschulen  
Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum Köln  
Abteilung Krankenhäuser  
Georgstr. 7  
50676 Köln

Dr. med. Christoph Ostgathe  
Oberarzt  
Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin  
Uniklinik Köln  
50924 Köln

Anne Düsterdiek  
Dipl. Sozialpädagogin  
Wissenschaftliche Mitarbeiterin  
Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin

Uniklinik Köln  
50924 Köln  
Case Managerin (DGCC)

Dr. phil. Albert Brühl  
Dipl.-Psychologe  
Geschäftsführer  
Sozialpsychologisches Institut Köln (SPI KÖLN)  
Arnoldstr. 31  
50679 Köln

Michaela Volkmer  
Projektbetreuung  
Care Dienstleistungs-Centrum GmbH CDC  
Uniklinik Köln  
50924 Köln

Magnus Eggers  
Projektmanager  
Stabsstelle Pflegedirektion  
Uniklinik Köln  
50924 Köln

Arlette Wetzell  
Projektmanagerin  
MedUniServ GmbH  
50924 Köln  
Case Managerin (DGCC)

Dagmar Clauß  
Kommissarische Leiterin des Case Managements  
Uniklinik Köln  
50924 Köln  
Case Managerin (DGCC)

Margaret Bryant  
Pflegepädagogin  
Stabsstelle Pflegedirektion  
Uniklinik Köln  
50924 Köln

Martina Höhn-Beste, MSW  
Leiterin Sozialdienst  
Uniklinik Köln  
50924 Köln  
Case Management Ausbilderin (DGCC)

René Alfons Bostelaar  
Dipl.-Pfleger (FH)  
Pflegedirektor  
Uniklinik Köln  
50924 Köln  
Case Management Ausbilder (DGCC)  
Vorstandsmitglied DGCC

---

# Inhalt

<b>Geleitwort</b> .....	11
<i>Wolf Rainer Wendt</i>	
<b>Vorwort</b> .....	13
<i>Rudolf Pape</i>	
<b>1 Einleitung</b> .....	17
<i>Rudolf Pape</i>	
<b>2 Case Management im Gesundheitswesen</b> .....	21
<i>Rudolf Pape</i>	
<b>3 Case Management im Krankenhaus</b> .....	27
<i>Ludwig Thiry, Rudolf Pape</i>	
<b>4 Case Management als Strategie und die Umsetzung in die Praxis aus Sicht des Managements</b> .....	31
<i>Rudolf Pape, René A. Bostelaar</i>	
4.1 Implementierung von Case Management .....	32
<b>5 Flankierende Maßnahmen zum Case Management</b> .....	37
<i>Rudolf Pape</i>	
5.1 Zentrales Wundmanagement .....	37
5.2 Schmerzmanagement .....	38
5.3 Überleitungsmanagement mit dem Care Dienstleistungs-Centrum GmbH (CDC) .....	39
<i>Michaela Volkmer</i>	
5.3.1 Aufgaben des Überleitungsmanagements .....	40
5.3.2 Die Praxis des Überleitungsmanagements .....	41
5.3.3 Kooperationsnetzwerk im Überleitungsmanagement .....	43
5.3.4 Fazit .....	44
5.4 Zusammenschluss von Pflege-Organisationseinheiten .....	45
5.5 Weitere Entwicklungen .....	45
<b>6 Das Kölner Case Management Modell</b> .....	47
6.1 Entstehungsgeschichte .....	47
<i>Rudolf Pape</i>	

6.2	Das Konzept und seine Umsetzung .....	52
	<i>Claudia Roland</i>	
6.2.1	Ziele .....	52
6.2.2	Ablauf .....	52
6.2.3	Ergebnisse aus der Praxis .....	55
6.2.4	Implementierung – Entwicklungen, Wirkungen, Besonderheiten .....	56
6.2.5	Der Case Manager – Anforderungen, Entwicklung .....	57
6.2.6	Fazit .....	59
6.2.7	Ausblick .....	59
6.3	Fallbeispiel aus der Kardiologie .....	60
	<i>Dagmar Clauß</i>	
6.4	Fallbeispiel aus der Orthopädie .....	61
	<i>Arlette Wetzel</i>	
6.4.1	Einzelfallebene .....	62
6.4.2	Systemebene .....	64
6.5	Case Management in der Psychiatrie .....	64
	<i>Magnus Eggers</i>	
6.6	Case Management in der Palliativmedizin .....	68
	<i>Christoph Ostgathe, Anne Düsterdiek</i>	
6.6.1	Definition der Palliativmedizin .....	68
6.6.2	Inhalte der Palliativmedizin .....	69
6.6.3	Ein Netzwerk der allgemeinen und spezialisierten Palliativmedizin .....	70
6.6.4	Organisationsformen der spezialisierten Palliativmedizin .....	71
6.6.5	Komplexität als Ansatzpunkt für das Case Management in der Palliativmedizin .....	72
6.6.6	Case Management an der Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin in Köln (KPPK) .....	73
6.6.7	Phasen des Case Management in der Palliativmedizin am Beispiel der KPPK .....	74
6.6.8	Resümee .....	75
<b>7</b>	<b>Case Management und die Einbindung der unterschiedlichen Berufsgruppen .....</b>	<b>77</b>
7.1	Case Management und Pflege .....	77
	<i>Rudolf Pape</i>	
7.2	Case Management und Medizin am Beispiel der Neurochirurgie .....	82
	<i>Ralf-Ingo Ernestus</i>	
7.2.1	Aufnahmemanagement .....	82
7.2.2	IST-Analyse der fach- und klinikspezifischen Rahmenbedingungen .....	83
7.2.3	Entlassungsmanagement .....	90
7.2.4	Schlussfolgerung .....	90
7.3	Case Management und Sozialdienst .....	91
	<i>Martina Höhn-Beste, Rudolf Pape</i>	

<b>8</b>	<b>Qualifizierung von Case Managern</b> .....	95
8.1	Blended Learning in der Weiterbildung .....	95
	<i>Cornelia Josten</i>	
8.1.1	Fazit .....	101
8.2	Das Kölner Curriculum .....	102
	<i>Ludwig Thiry, Margaret Bryant</i>	
8.2.1	Leitbild und Bildungsverständnis .....	103
8.2.2	Formale Grundlagen .....	103
8.2.3	Curriculum .....	104
8.2.4	Entwicklung des Curriculums .....	104
<b>9</b>	<b>Prozess- und Leistungstransparenz im Case Management</b> .....	115
	<i>Albert Brühl</i>	
9.1	Empirische Prüfung von Care und Case Management (CCM) .....	115
9.2	Kennzeichen von Klassifikationssystemen im CCM .....	117
9.3	Entwicklung eines Klassifikationssystems im Care und Case Management .....	118
9.3.1	Klassifikation von Bedarf und Falleistungen am Beispiel: Die Fallgruppen der Sozialarbeit (FDS®) und der Brühl-Index© .....	120
<b>10</b>	<b>Das Assessment-Instrument KAI-BI® als Steuerungsinstrument</b> .....	125
	<i>Christian Grebe</i>	
10.1	Das Instrument .....	126
10.1.1	Das Basisinstrument KAI .....	126
10.1.2	Grundpflegerische Abhängigkeiten .....	127
10.1.3	Behandlungspflegerische Prozeduren .....	128
10.1.4	Dekubitusrisiko .....	128
10.1.5	Sturzrisiko .....	129
10.1.6	Schmerzen .....	130
10.1.7	Kognitiver Status .....	130
10.1.8	Überleitung .....	131
10.1.9	Alarmzeichen für spezifische Risikoabklärungen .....	131
10.1.10	Die KAIGroups und der Bostelaar-Index .....	132
10.2	Einsatz und Anwendungsgebiete des KAI-BI® im Case Management...	133
10.2.1	KAI-BI® in der Personal- und Patientensteuerung .....	133
10.2.2	Weitere Einsatzbereiche .....	134
10.2.3	Pflegedaten und DRGs .....	135
10.3	Die wissenschaftliche Güte – Studien zum KAI-BI® .....	135
10.4	EDV-Unterstützung .....	137
10.5	Ausblick – bestehende Schwächen und Ansätze zur Weiterentwicklung	137

<b>11 Evaluation im Case Management</b> .....	139
<i>Rudolf Pape</i>	
11.1 Formative Evaluation – ständige Verbesserung von Strukturen und Prozessen .....	139
11.2 Summative Evaluation/Outcome – Überprüfen von Ergebnissen mittels valider Instrumente .....	139
11.3 Forschungsbedarf .....	140
<b>12 Fazit und Ausblick</b> .....	143
<i>Rudolf Pape</i>	
<b>Literatur</b> .....	147
<b>Internetadressen</b> .....	152
<b>Abbildungen und Tabellen</b> .....	153
<b>Abkürzungsverzeichnis</b> .....	154
<b>Register</b> .....	156

---

# Geleitwort

Die Versorgung im Krankenhaus ist ein komplexer Prozess, der im Interesse der Patienten und einer wirtschaftlichen Leistungserbringung nicht einfach zu verwalten ist, sondern in seinem Verlauf selber humandienstlich gestaltet sein will. Das heißt, der Prozess stellt fachlich-methodische Anforderungen, denen nur *manageriell*, d.h. auf eine organisierende, steuernde und vernetzende Weise, nachzukommen ist. Deshalb hat das Konzept des *Case Management* Eingang auch in den stationären medizinischen und pflegerischen Behandlungskontext gefunden.

Case Management ist als Vorgehensweise *extra muros* entwickelt worden, um in der ambulanten Versorgung von Menschen in sozialen und gesundheitlichen Schwierigkeiten einem komplexen Bedarf abzuhelpfen. Hier wird in jedem Einzelfall ein Bündel (ein *package of care*) aus formellen Dienstleistungen und informellen Unterstützungsmöglichkeiten geschnürt, mit dem sich eine gegebene Problematik bewältigen lässt. *Intra muros*, in einem Krankenhaus, stellt der Handlungsrahmen andere Anforderungen. Hier ist eine Versorgungsumgebung vorhanden und muss nicht erst hergestellt werden. Patienten werden in sie aufgenommen, wenn sie der stationär gebotenen Behandlung bedürfen. Dem *Care Management* des Krankenhauses obliegt es aber im Interesse der Patienten und im wirtschaftlichen Interesse der ganzen Einrichtung, die Behandlungsabläufe zu optimieren. Die Prozesse und Strukturen sind so zu gestalten, dass die Patientenversorgung bestmöglich erfolgt. Dem dient das Case Management im Krankenhaus.

Das Universitätsklinikum Köln ist ein Vorreiter im praktischen Einsatz von Case Management im stationären Rahmen. Es organisiert eine interdisziplinäre Zusammenarbeit auf den Pfaden der Behandlung eines jeden Patienten von der Aufnahme bis zur Entlassung und darüber hinaus in der nötigen Nachsorge. Case Management stellt ein Instrumentarium der Integrierten Versorgung dar; sie wird in den Reformen des Gesundheitswesens verlangt und führt zu einem Wandel im Krankenhausesektor. Insofern sind die Erfahrungen vorbildlich, die bei der Einführung des Case Managements an der Uniklinik Köln gewonnen wurden und die das vorliegende Buch in den Kontexten von Theorie und Praxis darstellt. Der Leser findet die Strategie des Kölner Case Management Modells ebenso erläutert wie die Vielfalt der mit ihm verbundenen operativen Maßnahmen im Umfeld der Diagnostik und Therapie, der Qualifizierung des Personals, der Leistungssteuerung und des Leistungsnachweises.

Die *Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management (DGCC)*, die sich der Qualität, der fachlichen Entwicklung und der Anwendung des Handlungskonzepts Case Management verschrieben hat, begrüßt die Publikation des Kölner Modells mit seinen einzelnen Beiträgen, die wichtige Aspekte einer angemessenen Gesundheitsversorgung im stationären Rahmen beleuchten. Sie seien der weiteren Diskussion in der Fachwelt anempfohlen.



---

# Vorwort

Mit diesem Buch bietet die Uniklinik Köln jedem interessierten Leser die Möglichkeit, sich über das Kölner Case Management Modell zu informieren. Seit gut vier Jahren setzen wir uns mit dieser Thematik im Wechselspiel zwischen Theorie und Praxis auseinander. Mit den Erfahrungen in der praktischen Umsetzung scheint es uns mehr als überfällig, interessierte Personen und Institutionen an unserem Case Management-Konzept teilhaben zu lassen. Interessierte, die diesen Weg beschreiten wollen, können sich Impulse holen, um neue Ideen zu entwickeln.

Bücher über Case Management gibt es viele. Dieses Buch will vorrangig eine Handreichung für Praktiker sein. Deshalb haben wir – so gut es ging – auf theoretische Abhandlungen verzichtet. Bei der Beschreibung der Fachweiterbildung (Kapitel 9) haben wir die Informationen so aufbereitet, dass sie den Anforderungen pädagogischer Experten genügen. Gleiches gilt für das Kapitel 9 (Bildung von Fallgruppen) und das Kapitel 10 (Assessment-Instrument KAI-BI®).

Wenn von Case Management die Rede ist, so sind nicht nur Case Manager gemeint, sondern die Gesamtheit der Personen und Funktionen, die das Handlungskonzept Case Management auf der Organisationsebene umsetzen und leben lassen. Die Vorstellung, Case Management im stillen Kämmerlein betreiben zu können, indem man sich einzig und allein intensiv um den Patienten als Fall kümmern muss, damit die Versorgung optimal wird, ist ein Trugschluss. Damit Case Management funktionieren und seine volle Wirkungskraft entfalten kann, müssen sich das gesamte System, die gesamte Organisation sowie alle beteiligten Personen auf dieses neue Handlungskonzept ausrichten. Diese Vielfältigkeit zeigt sich nicht zuletzt in der Anzahl der Autoren, die an diesem Werk mitgearbeitet haben. Ihnen allen gilt unser herzlicher Dank.

Veränderungen, und gerade solche tief greifende Veränderungen im System einer Organisation, die Case Management mit sich bringt, sind im Detail individuell schwer nachzuvollziehen. Sie erzeugen Unsicherheit und Widerstand im System und bei jedem Einzelnen. Dies zeigte sich bei der Implementierung in allen Fachabteilungen/Kliniken. Es ist nicht einfach, in der täglichen Arbeit den übergeordneten Sinn von tief greifenden Veränderungen zu erfassen.

Die Strukturen in Krankenhäusern und im gesamten Gesundheitssystem sind veraltet und entsprechen nicht mehr den neuen Anforderungen. In oftmals noch feudalistischen Strukturen versuchen wir mit Methoden des 19. Jahrhunderts die Probleme des 21. Jahrhunderts zu lösen. Das kann nicht funktionieren. Alltägliche Hoheitsansprüche und Eigeninteressen einzelner Berufsgruppen widersprechen den notwendig gewordenen prozess- und zielorientierten Veränderungen. Dieses Phänomen haftet besonders den schwerfälligen Organisationen der Unikliniken in Deutschland an, die sich in der Vergangenheit als Landesinstitutionen wenig Sorgen um ihre Finanzierung machen mussten. Sie erinnern in

ihren Strukturen eher an ein antiquiertes Amt als an ein Krankenhaus. Kleine Krankenhäuser, die sich schon seit Jahren mit ihrem »Überleben« auseinandersetzen, haben bereits wesentlich flexiblere Strukturen entwickelt, um im Gesundheitsmarkt zielorientiert zu agieren, Veränderungen einzuleiten und damit überleben zu können.

Wer sich als Mitarbeiter der Uniklinik Köln einmal die Zeit nimmt, den Bericht des Sachverständigenrates zur Begutachtung im Gesundheitswesen zu lesen (die Kurzform reicht aus), wird schnell erkennen, dass die Uniklinik in den letzten Jahren genau die Ziele verfolgt und unterstützt sowie Wege beschreitet, die von den Gesundheitsexperten gefordert werden.

Wir sind auf dem richtigen Weg. Ökonomisierung und Patientenorientierung lassen sich als Kernziele erkennen. Patientensicherheit im Sinn der Qualitätssicherung unter sinnvollem Einsatz der Mittel verlangt neben einer guten Steuerung zusätzlich eine gut funktionierende interprofessionelle Kooperation. Wer Case Management ernsthaft betreibt, kann viele Effekte erkennen, die es als Instrument zusätzlich erzeugt (z.B. Verbesserung der Interaktion und Kooperation, Möglichkeiten zur Organisationsentwicklung, Entwicklung eines höheren Dienstleistungsbewusstseins, Neuverteilung von Verantwortungsbereichen und Aufgaben).

Berufsgrenzen weichen auf, Verantwortungs- und Tätigkeitsbereiche ordnen sich neu. Dieser Vorgang wird sich in den nächsten Jahren fortsetzen müssen, um eine Nachhaltigkeit in der Optimierung des Gesundheitssystems zu erlangen, damit alle Bürger dieses Landes die Leistungen erhalten, die sie benötigen, und die Leistungen damit auch weiterhin für alle finanzierbar bleiben.

Als Handlungskonzept bietet Case Management den Krankenhäusern eine Möglichkeit, Prozesse und Strukturen gemäß den gesundheitspolitischen Anforderungen angemessen und zukunftsorientiert zu erneuern. Erst dann, wenn Case Management von allen Beteiligten gewollt, unterstützt und gelebt wird, kann es seine volle Wirkung entfalten. Solange Patienten sich den Strukturen und Prozessen in einem Krankenhaus unterordnen müssen, fehlt es an ausreichender Kundenorientierung. Es hat dann keine wirkliche Veränderung im Bewusstsein der Leistungserbringer stattgefunden. Alte Strukturen werden weder in Frage gestellt noch zielorientiert nach optimierten Prozessen ausgerichtet. In diesem Fall wird eine ineffiziente Patientenversorgung mit Vergeudung von Ressourcen weiter bestehen.

Alte Strukturen, soziale Rollen, hierarchische Strukturen und Arbeitsabläufe stellen Probleme in der Organisation dar, die es kritisch zu hinterfragen gilt. Beim Umbau von einer berufsbezogenen zu einer prozessorientierten Organisationsgestaltung müssen sie auf den Prüfstand gestellt werden. Ober- oder Chefarztvisiten zum Beispiel, die einmal pro Woche stattfinden, stehen einer Prozessoptimierung im Weg. Steht der Patient im Mittelpunkt, muss eine Visite zur Entlassungsbeurteilung für jeden Patienten theoretisch stündlich möglich sein. Dies erfordert eine Veränderung der inneren Haltung jedes Einzelnen. Sonst werden Prozesse den alten Strukturen untergeordnet und Veränderung sowie Entwicklung finden nicht wirklich statt.

In der notwendigen Anpassung von Prozessen und Strukturen an die strategische Zielerreichung durch Case Management müssen verkrustete Klinikstrukturen und übergeordnete Strukturen im Gesundheitswesen aufgebrochen werden. Andernfalls kann Case Management keine Gewährleistungsfunktion zur optimierten Patientenversorgung für ein effizientes Gesundheitsmanagement übernehmen. Um dies erreichen zu können, müssen parallel dazu mittelfristig juristische und gesetzliche Änderungen vorgenommen werden.

Case Management stellt ein Change Management-Instrument für Organisationsentwicklungsprozesse dar. Unterstützende Maßnahmen zur Steigerung der Wirksamkeit von Case Management im Sinn der Zielorientierung sind u. a. die Zentralisierung von komplexen Spezialleistungen, die ein spezielles Wissen erfordern. Wissensmanagement unter dem Blickwinkel eines ökonomischen Einsatzes von Ressourcen sind in diesen Fällen sinnstiftende Bedingungen (z. B. Wundmanagement, Schmerzmanagement, Zentrenbildung).

Es ist in Zukunft nicht mehr notwendig und nicht realistisch, Expertenwissen weitflächig über ein Unternehmen, in Form eines sogenannten »Alleskönners«, zu streuen. Spezialisierung und Technisierung verlangen eine differenzierte Aufgabenteilung, die ebenfalls dazu führt, dass Berufsgrenzen aufweichen. Verantwortungsbereiche werden nicht nach Berufsstatus vergeben, sondern nach sinnstiftenden Kriterien, die die zielorientierte Prozessgestaltung ermöglichen. Juristische Konsequenzen daraus und Konsequenzen zur Qualifizierung der Gesundheitsberufe müssen vom Gesetzgeber geregelt werden.

Zurzeit verdoppelt sich das Wissen der Menschheit alle zwei Jahre. Vorbehaltsaufgaben für einzelne Berufsgruppen sind in einer sich schnell verändernden Welt eine starre Festbeschreibung, die unflexibel macht. Deshalb sind sie nicht mehr zeitgemäß und nicht zielführend. Kompetenzpools, in denen sich unterschiedliche Qualifikationen und Funktionen nach sinn- und wertschöpfenden Kriterien schnell neuen Anforderungen anpassen können, gehört die Zukunft.

Erst mit der Diversität eines heterogenen und heterarchen Expertenteams mit gemeinsamen Zielformulierungen lassen sich Veränderungen im Krankenhaus und im gesamten Gesundheitswesen der Zukunft zeitnah und nachhaltig bewältigen. Diese Ausgestaltung und Pflege einer zielorientierten Diversität von Qualifikationen und Funktionen im Gesundheitswesen muss sich zur Selbstverständlichkeit entwickeln.

Hierarchische fachgebundene Strukturen zu zementieren bedeutet Entwicklung zu verhindern. Deshalb haben sie ausgedient. Eine Herausforderung, der wir uns in der Uniklinik Köln stellen.

Köln, im April 2008

Rudolf Pape