

# Schnellstart zur Fallsteuerung

Dr. Johannes Nebe, Peter Mast

Die Einführung eines Casemanagements hat im Krankenhaus Freudenstadt im Schwarzwald die Behandlungsabläufe und die Kodierung verbessert und eine kommunikative sowie kooperative Brücke zwischen Management, Medizincontrolling und den klinischen Abteilungen geschlagen. Das Projekt zur Einführung zeigte, dass viel Abstimmungsarbeit erforderlich ist, sowohl zwischen praktischen Anforderungen und theoretischem Hintergrund des Casemanagements als auch zwischen den unterschiedlichen Erwartungen im Krankenhaus. Die ersten Schritte dieses Entwicklungsprozesses sind gut gelungen. Dies belegt auch die begleitende Erfolgsmessung.



Foto:iStock

**D**as Krankenhaus Freudenstadt entschied sich im Jahr 2012 gleichzeitig für die Einrichtung einer Medizinmanagement-Stelle und für die Einführung eines Casemanagements, das auch die fallbegleitende Kodierung übernehmen sollte. Für die Kodierung durch Casemanager spricht, dass

- die Kodierung im Dialog mit den Ärzten der Abteilungen erfolgt und so die Qualität verbessert und der Aufwand gesenkt wird

- Fragen der klinischen Abläufe und der wirtschaftlichen Auswirkungen automatisch gleichzeitig betrachtet werden

- die frühe Kodierung Arbeits-DRG ermöglicht, die zur Fallsteuerung verwendet werden können.

Ein weiteres Ziel in Freudenstadt war, dass die Casemanager für den Medizinmanager die Schnittstelle zu den klinischen Abteilungen bilden und ihn auf diese Weise besonders handlungsfähig machen.

Für seine 350 Planbetten schuf das Krankenhaus Freudenstadt sechs Case-management-Vollzeitstellen und besetzte sie mit ausgebildeten und erfahrenen Krankenschwestern und -pflegern. Vier von ihnen waren zuvor im selben Krankenhaus tätig. Fünf der sechs Casemanager verfügen über Zusatzausbildungen: als Fachwirte im Sozial- und Gesundheitswesen, als Sozialarbeiterin (duale Hochschule), im Pflegemanagement und im Gesundheits- und Sozial-Management (jeweils Master Fachhochschule). Jedoch hatte keiner der künftigen Casemanager Erfahrung im Kodieren oder im Umgang mit dem DRG-System.

Bis zur Besetzung der Medizinmanagement-Position übernahm ein externer Berater die Projektleitung und dabei auch die Aufgabe, die künftigen Casemanager theoretisch und praktisch auf ihre neue Tätigkeit vorzubereiten. Im Rahmen einer siebenwöchigen Blockschulung im Krankenhaus wurden die angehenden Casemanager sowohl in ihren künftigen Aufgaben (Kodierung, DRG-System, Abrechnungsregeln) geschult als auch mit Rahmenbedingungen vertraut gemacht

Das kommunale **Krankenhaus Freudenstadt** ist ein Haus der Grund- und Regelversorgung und eine von drei Einrichtungen der Krankenhäuser Landkreis Freudenstadt gGmbH. Das Krankenhaus verfügt über 416 Betten und sieben Operationssäle. Rund 850 Mitarbeiter versorgen jährlich etwa 16 500 Patienten stationär und 27 500 ambulant. Als akademisches Lehrkrankenhaus der Eberhard Karls Universität Tübingen hat das Krankenhaus Freudenstadt direkten Zugang zur medizinischen Maximalversorgung.

(Fehlbelegungs- und andere MDK-Themen, Funktionen des Sozialdienstes, Patientenaufnahme und -abrechnung, relevante Teile des SGB V).

In den Schulungszeitraum wurden eine zweitägige Klausurtagung und zwei Praxisblöcke von je drei Tagen integriert. Die Praxistage wurden intensiv begleitet und stimulierten neue Sichtweisen und Fragen für die Schulung. Die Klausurtagung fand gemeinsam mit der Geschäftsführung statt und sollte ein gemeinsames Verständnis der Rolle der Casemanager erzielen und eine Stellenbeschreibung konsentieren. Die Casemanager sollten in den ersten Monaten auf die Kodierung und die Steuerung der Verweildauer fokussieren und insofern vorübergehend Zugeständnisse an ihren eigenen Anspruch an die Rolle eines Casemanagers machen. Im Gegenzug sicherte die Geschäftsführung zu, dass sich das Casemanagement in Zukunft inhaltlich weiter zu einem umfassenderen Tätigkeitsspektrum hin entwickeln kann und für diese Entwicklung Zeit gegeben und die Voraussetzungen geschaffen werden: Schulungen, organisatorische Unterstützung und bei Bedarf eine Anpassung des Stellenschlüssels.

## Methoden und Modelle

Im Rahmen des Ausbildungscurriculums setzten sich die künftigen Casemanager auch mit Casemanagement-Modellen und -Methoden auseinander. Casemanagement ist ein einigermaßen unscharfer Begriff, der in einer Krankenkasse, in der Jugendarbeit oder in der Sozialarbeit unterschiedlich verstanden wird.

Die in der Literatur genannten Grundfunktionen des Casemanagements (Gatekeeper, Broker, Advocacy, Support) sind für die Belange des Kran-

kenhauses kaum anwendbar. Die Diskussion dieser Funktionen macht den Casemanagern aber die Besonderheiten des eigenen Einsatzfelds klarer.

In der Methodik des Casemanagements wird gemeinhin eine umfangreiche Sequenz beschrieben, von „Outreaching“, „Casefinding“ und Kontraktmanagement bis zur Nachsorge. Die Anwendung der Methodik im Krankenhaus ist immer dort schwierig, wo die Prämissen der Methodik nicht erfüllt sind: Zum Beispiel ist „Outreaching“ kaum erforderlich, da der Einsatzort des Casemanagers mit dem Ort des Patienten fast übereinstimmt, und ein „Kontrakt“ zwischen dem Patienten und dem Casemanager kommt nur sehr beschränkt zustande.

Andererseits stecken in der Methodik auch gute Anregungen; so lohnt es sich, darüber nachzudenken, wie die Patienten erreicht („Outreaching“) und wie die „richtigen“ Patienten für die Fallbegleitung ausgewählt werden („Casefinding“) – im Sinne der Behandlung, aber auch im Sinne einer guten Arbeitsökonomie der Casemanager. Aus der Hilfeplanung lässt sich lernen, dass das Casemanagement Aufgaben auch an Patienten, an Angehörige und an weitere Parteien (Stationsmitarbeiter, Krankenhausexterne) delegieren kann. Auch die Ideen des Monitorings, den Casemanagement-Prozess von einer übergeordneten Ebene aus sichernd zu betrachten, und der Evaluation im Sinne einer Ergebnisorientierung sind sehr förderlich.

In der Casemanagement-Lehre ist die Unterscheidung zwischen einer Fallebene und einer Systemebene üblich. Dies ist auch für den Casemanager im Krankenhaus hilfreich, und zwar nicht, weil eine Zuordnung zu nur einer der Ebenen häufig möglich wäre, sondern weil ihm im Gegenteil

Controlling des Casemanagements

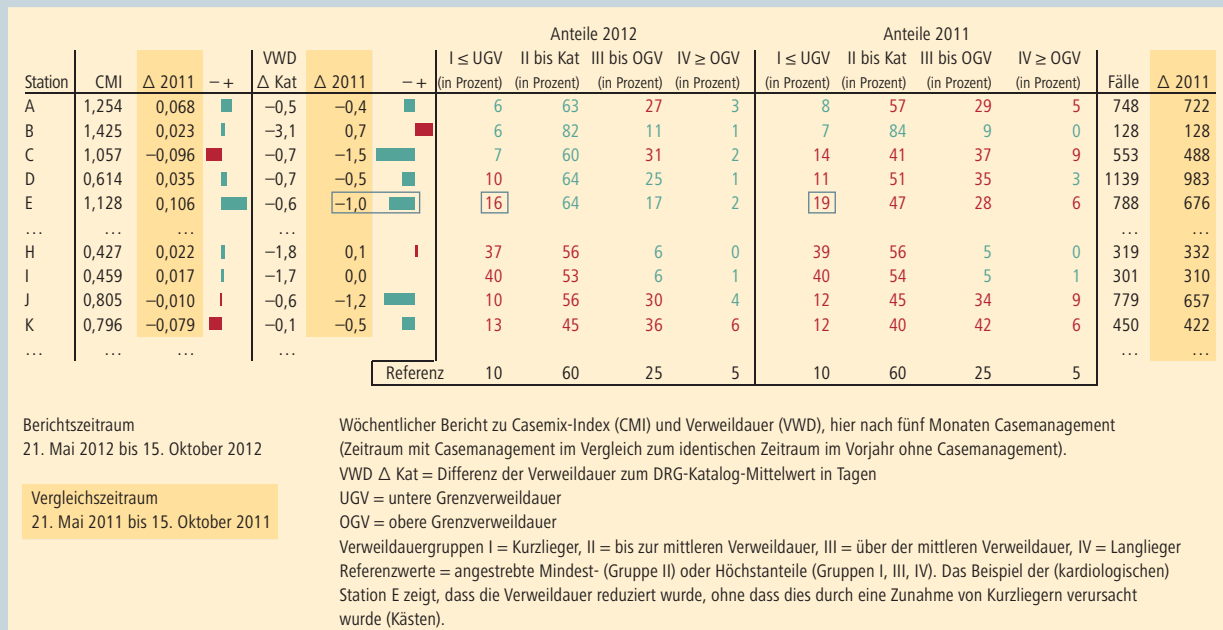


Abb. 1

bewusster wird, dass sich mit den meisten seiner Arbeitsinhalte sowohl Interventionen auf der Ebene der fallbezogenen Hilfe (mit einer Verbesserung der Behandlung im Einzelfall) als auch auf der Ebene des Behandlungssystems, sprich der Organisation, ihrer Strukturen und Prozesse, verbinden. Der Charme des Casemanagements besteht darin, dass es auf *beiden* Ebenen wichtige Beiträge leisten kann.

Die Casemanager wurden in Freudenstadt dem Medizinmanagement unterstellt. Zwar sollte die Herkunft der Casemanager und die Identifikation mit manchen Fachgebieten berücksichtigt werden, darüber hinaus sollte aber auch ihre vielseitige Verwendbarkeit gefördert werden, sei es für die Urlaubsvertretung oder für spätere Zuständigkeitsänderungen.

Zunächst führten die Casemanager einzelne Arbeitslisten. Die Organisation der Fälle und auch die Kennzeichnung der angestrebten Verweildauern gelang dann aber auch innerhalb des Krankenhausinformationssystems. Der externe Berater war darüberhinaus mit einer selbstgefertigten Softwarelösung in der

Lage, jederzeit zentral einen Überblick herzustellen, welche Casemanager welche Fälle noch nicht in der vereinbarten Zeit aufnahmekodiert, mit einer zu erwartenden Zahl von Diagnosecodes versehen oder bei Entlassung noch nicht fertig kodiert hatten.

**Unterschiedliche Erwartungen**

Eine Herausforderung an das Casemanagement im Krankenhaus besteht darin, dass es ganz unterschiedlichen Erwartungen unterliegt:

- Die Geschäftsführung strebt unter anderem an, dass sich die Casemanager aufgrund der positiven wirtschaftlichen Auswirkungen ihrer Arbeit refinanzieren (Erlössteigerung, Verweildauerreduktion, Vermeidung von Aufenthalten in der falschen Versorgungsstufe).
- Die Casemanager bringen Erwartungen an ihre Arbeit und ihre Rolle mit, die durch ihre Ausbildung bedingt ist und durch die Ideale, die sie zum Casemanagement motivieren.
- Die Ärzte erwarten eine Unterstützung in der Verwaltungsarbeit und in den Arbeitsprozessen. Pflege und So-

zialdienst erwarten, dass ihnen Organisations- und Kommunikationsarbeit abgenommen wird.

Die Casemanager müssen diesen Erwartungen gleichzeitig nachkommen, sie zum Teil aber auch modifizieren: die eigenen, indem sie sich Zeit geben, bis ihnen eine schnellere Kodierung mehr Raum für Fallbegleitungsaufgaben schafft, die Erwartungen der Klinikmitarbeiter, indem sie gleichzeitig unterstützen und auf eine bessere Behandlungsqualität hinwirken und gleichwohl Aufgaben an sie delegieren.

Das Management der Erwartungen erfordert Moderation. Diese ist eine der Aufgaben des Medizinmanagers, der die Casemanager führt und ihre Position im Krankenhaus vertritt. Eine weitere Herausforderung für den Medizinmanager ist, dass er die Gruppe der Casemanager, die auch nach ihrer Durchsetzungsfähigkeit und ihrer Selbstständigkeit ausgewählt wurden, zu einem starken Team heranbildet. Dies ist die Bedingung dafür, dass die Casemanager sich selbst organisieren, strukturiert voneinander lernen und ohne ständige Eingriffe des Casemanagements funktionsfähig werden.



Auch vor diesem Hintergrund führte die Klinikleitung ein vom externen Berater konzipiertes **Wiki-Web** ein, ein offenes Autorensystem für Webseiten der Casemanager im Intranet. Es dient als gemeinsamer Informationsspeicher und bietet die Möglichkeit, Kompetenzen oder Rechercheergebnisse einzelner sofort der ganzen Casemanager-Gruppe zugänglich zu machen.

Gleichzeitig mit dem Casemanagement wurde ein zentrales **MDK-Büro** eingerichtet. Die Casemanager wurden an drei Stellen in den Workflow für die MDK-Fälle eingebunden, sodass sie immer Rückmeldungen zur Auswirkung ihrer Kodierung erhalten. Erstens werden sie in alle Fälle einbezogen, für die eine (von ihnen vorbereitete) Stellungnahme der Ärzte erforderlich wird. Zweitens werden sie über positive Gutachten informiert, die auf der Grundlage der Stellungnahmen erfolgen. Drittens werden sie vor jedem möglichen Erlösverlust um ihr Einverständnis gebeten, da sie mehr Hintergründe der Kodierung kennen als die Verwaltungsmitarbeiter.

## Erste Erfolge

Vom ersten Tag der Arbeit an wurde auf den Stationen ein einfaches Berichtswesen für das Casemanagement eingeführt. Die wesentlichen Kennzahlen waren zunächst der Casemix-Index, die Verweildauer und die Aufschlüsselung der Fälle nach Verweildauergruppen. Die Auswertung erfolgte stationsweise. Dies erleichterte eine Zuordnung zu den Casemanagern, entsprach aber noch nicht eins zu eins den Verantwortungsbereichen der Chefärzte. Diese Auswertemöglichkeit wurde parallel bereits vorbereitet. Die Abbildung zeigt die Art der Auswertung. Es ist zu erkennen, dass in einzelnen Bereichen erste, wahrscheinlich noch nicht signifikante Casemix-Index-Verbesserungen erzielt wurden. Bereits deutlich ist aber schon nach fünf Monaten der Trend zu kürzeren Verweildauern. Die Darstellung der Verweildauergruppen belegt, dass die Verweildauerverkürzung nicht aufgrund einer höheren Kurzliegerquote erzielt wird.

Nicht dargestellt ist das Intervall zwischen Entlassung und Rechnungsstellung. Dieser Zeitraum sank in fünf Mo-

naten im Mittel von etwa vier Wochen auf acht Tage, von denen höchstens ein Tag zulasten des Casemanagements geht (da ja während der Behandlung kodiert wird), ein bis zwei Tage für die Abrechnung und die restliche Zeit für die Freigabe seitens der Ärzte benötigt wurden. Im weiteren Verlauf können die Kennzahlen ergänzt werden, um auch die richtige Wahl der Versorgungsstufe, die Qualität der Schnittstellenprozesse und die Zusammenarbeit mit den Einweisern abzubilden.

In diesem Projekt zur Einführung eines Casemanagements im Krankenhaus ließ sich gut demonstrieren, dass dieses Managementinstrument eine Antwort auf viele drängende Fragen eines Krankenhauses geben kann: von der Verbesserung der Behandlungsabläufe über die der Kodierung bis zur sinnvollen kommunikativen und kooperativen Überbrückung des Abstands zwischen Management (auch Medizincontrolling) und den klinischen Abteilungen. Casemanagement ist damit auch eine Antwort auf die hohe Arbeitsteiligkeit im Krankenhaus. Die Akzeptanz und die Zufriedenheit in den klinischen Abteilungen, besonders auch unter den leitenden Ärzten, war in Freudenstadt sehr groß.

Zwar ist der Aufwand der mehrwöchigen Blockschulung erheblich. Aber es wurde hier gezeigt, dass ein Krankenhaus auf diese Weise ein gesamtes Team von Casemanagern ohne Kodiererfahrung innerhalb kürzester Zeit arbeitsfähig machen kann. Die Zahlen deuten darauf hin, dass der Aufwand infolge der zusätzlichen Stellen schon nach kurzer Zeit dank rasch einsetzender positiver ökonomischer Effekte ausgeglichen wird.

### Anschriften der Verfasser:

Dr. Johannes Nebe MBA  
Geschäftsführer  
nebe leben GmbH  
Tobias-Mayer-Straße 4/1  
73732 Esslingen am Neckar  
E-Mail: jn@nebe-leben.de

Peter Mast  
Geschäftsführer  
Krankenhäuser Landkreis Freudenstadt gGmbH  
Karl-von-Hahn-Straße 120  
72250 Freudenstadt

führen und wirtschaften im Krankenhaus

ISSN 0175-4548

Erscheinungsweise:	2-monatlich
Herausgeber und Verlag:	Bibliomed-Verlag Stadtwaldpark 10 34212 Melsungen Telefon (05661) 7344-0 info@bibliomed.de www.bibliomed.de
E-Mail:	info@bibliomed.de
Internet:	www.bibliomed.de
Geschäftsführer und Verlagsleiter:	Markus Boucsein Stefan Deges
Chefredakteur:	Stefan Deges (verantwort.) stefan.deges@bibliomed.de Telefon (05661) 7344-99
Redaktion:	Mark Sleziona Telefon (05661) 7344-41 mark.sleziona@bibliomed.de Dr. Stephan Balling (Berlin) Telefon (030) 24632072 Florian Albert Nadine Millich
Redaktionsassistentin:	Jutta Groß jutta.gross@bibliomed.de Telefon (05661) 7344-28
Grafik:	Christiane Meurer (verantwort.)
Illustrationen:	Jakob Hinrichs, Berlin
Beilage:	Mitteilungen des Bundesverbandes Deutscher Privatkliniken e.V., Berlin
Herstellung/Druck:	Bernecker MediaWare AG, Melsungen www.bernecker.de
Anzeigen:	Marco Gießler (Leitung) Telefon ((05661) 7344-69 Telefax (05661) 8360 marco.giessler@bibliomed.de Waltraud Zemke Telefon (05661) 7344-81 Telefax (05661) 8360 waltraud.zemke@bibliomed.de
	Gültige Anzeigenpreisliste Nr. 28 vom 1. 1. 2013
Abonnentenservice:	Bibliomed Leserservice 65341 Eltville Telefon (06123) 9238-227 Telefax (06123) 9238-228 bibliomed@vertriebsunion.de
Jahresabonnement:	102,00 Euro inkl. Versandkosten
Einzelpreis:	18,99 Euro + Versandkosten
Studentenabonnements	33 Prozent Nachlass auf den Gesamt-Abonnementpreis für die Dauer des Studiums.
	Preis des Jahresabonnements bei zusätzlichem Bezug der juristischen Fachbeilage „Pflege- & Krankenhausrecht“: 138,40 Euro (Abo-Preise inkl. Versandkosten). Einzelheftpreis der Fachbeilage: 13,99 Euro + Versandkosten. Die Bezugsdauer der Fachbeilage richtet sich nach dem Bezugszeitraum von „f&w“. Mindestbezugsdauer 12 Monate (ausgenommen Einzelhefte). Das Abonnement verlängert sich nur dann um ein weiteres Jahr, wenn es nicht zwei Monate vor Ablauf des Bezugszeitraums schriftlich gekündigt wird.
Postscheckkonto:	Frankfurt/Main Nr. 7830-603 (BLZ 50010060)
Bankkonto:	Kreissparkasse Schwalm-Eder, Melsungen Nr. 0010049500 (BLZ 52052154)
	Die Redaktion übernimmt für unverlangt eingesandte Manuskripte und Bilder keine Verantwortung.
	Nachdruck – auch auszugsweise – sowie die Herstellung von fotografischen Vervielfältigungen sind nur mit ausdrücklicher Genehmigung des Verlages und unter genauer Quellenangabe gestattet.
	Der Verlag behält sich das Recht vor, die veröffentlichten Beiträge (inkl. Tabellen und Abbildungen) auf CD-ROM und ins Internet zu übertragen und zu verbreiten.
	© Bibliomed – Med. Verlags GmbH, Melsungen
Verbreitete Auflage:	4 805
Verkaufte Auflage:	4 147
Druckauflage:	5 825
(IVW I/2013)	
	
	<b>Bibliomed</b> Medizinische Verlagsgesellschaft mbH