

Edith Weber-Halter

# Praxishandbuch Case Management

Professioneller Versorgungsprozess  
ohne Triage



Edith Weber-Halter  
**Praxishandbuch Case Management**

Verlag Hans Huber  
**Programmbereich Pflege**

*Beirat Wissenschaft:*

Angelika Abt-Zegelin, Dortmund

Silvia Käppeli, Zürich

Doris Schaeffer, Bielefeld

*Beirat Ausbildung und Praxis:*

Jürgen Osterbrink, Salzburg

Christine Sowinski, Köln

Franz Wagner, Berlin

**HUBER**



## Bücher aus verwandten Sachgebieten

### Pflegemanagement

Baartmans/Geng

#### **Qualität nach Maß**

2., vollst. überarb. u. erw. Auflage

2006. ISBN 978-3-456-84319-3

Darley (Hrsg.)

#### **Kommunikationsmanagement**

2006. ISBN 978-3-456-84079-6

Diegmann-Hornig/Jurgschat-Geer/Beine/Neufeld

#### **Pflegebegutachtung**

Lehrbuch für Sachverständige und Gutachter  
in der Pflege

2009. ISBN 978-3-456-84000-0

Ewers/Schaeffer (Hrsg.)

#### **Case Management in Theorie und Praxis**

2., erg. Auflage

2005. ISBN 978-3-456-84272-1

Gebert/Kneubühler

#### **Qualitätsbeurteilung und Evaluation der Qualitätssicherung in Pflegeheimen**

2., überarb. u. erg. Auflage

2003. ISBN 978-3-456-83934-9

Güttler/Schoska/Görres (Hrsg.)

#### **Pflegedokumentation mit IT-Systemen**

2010. ISBN 978-3-456-84800-6

Haubrock/Schär (Hrsg.)

#### **Betriebswirtschaft und Management in der Gesundheitswirtschaft**

5., vollst. überarb. und erw. Auflage

2009. ISBN 978-3-456-84664-4

Heering (Hrsg.)

#### **Das Pflegevisiten-Buch**

2. Auflage

2006. ISBN 978-3-456-84301-8

Herrmann/Kätker

#### **Diversity Management**

Organisationale Vielfalt im Pflege-  
und Gesundheitsbereich erkennen und nutzen

2007. ISBN 978-3-456-84419-0

JCAHO (Hrsg.)

#### **Ergebnismessung in der Pflegepraxis**

2002. ISBN 978-3-456-83826-7

Johnson (Hrsg.)

#### **Interdisziplinäre Versorgungspfade**

2002. ISBN 978-3-456-83315-6

Kelly-Heidenthal/Marthalder

#### **Pflege delegieren**

2008. ISBN 978-3-456-84637-8

Leppert

#### **Fast-Track-Therapie**

2010. ISBN 978-3-456-83808-2

Leuzinger/Luterbacher

#### **Mitarbeiterführung im Krankenhaus**

3. Auflage

2000. ISBN 978-3-456-83434-4

Loffing

#### **Coaching in der Pflege**

2003. ISBN 978-3-456-83841-0

Loffing/Geise (Hrsg.)

#### **Management und Betriebswirtschaft**

#### **in der ambulanten und stationären Altenpflege**

2., vollst. überarb. u. erw. Auflage

2010. ISBN 978-3-456-84662-0

London

#### **Informieren, Schulen, Beraten**

Praxishandbuch zur Patientenedukation

2., durchges. u. erg. Auflage

2010. ISBN 978-3-456-84772-6

Malk/Kampmann/Indra (Hrsg.)

#### **DRG-Handbuch Schweiz**

Grundlagen, Anwendungen, Auswirkungen

2006. ISBN 978-3-456-84280-6

Mischo-Kelling/Schütz-Pazzini (Hrsg.)

#### **Primäre Pflege in Theorie und Praxis**

2007. ISBN 978-3-456-84322-3

Poser/Schlüter

#### **Mediation für Pflege- und Gesundheitsberufe**

2005. ISBN 978-3-456-84248-6

Poser/Schneider (Hrsg.)

#### **Leiten, Lehren und Beraten**

Fallorientiertes Lehr- und Arbeitsbuch  
für Pflegemanager und Pflegepädagogen

2005. ISBN 978-3-456-84207-3

Poser

#### **Netzwerkbildung und Networking in der Pflege**

2008. ISBN 978-3-456-84456-5

Wiedenhöfer/Eckl/Heller/Frick

#### **Entlassungsmanagement**

2010. ISBN 978-3-456-84897-6

Zapp (Hrsg.)

#### **Controlling in der Pflege**

2004. ISBN 978-3-456-83846-5

Weitere Informationen über unsere Neuerscheinungen finden Sie im Internet unter:  
[www.verlag-hanshuber.com](http://www.verlag-hanshuber.com) oder per E-Mail unter: [verlag@hanshuber.com](mailto:verlag@hanshuber.com)

Edith Weber-Halter

# Praxishandbuch Case Management

Professioneller Versorgungsprozess  
ohne Triage

Verlag Hans Huber

**Edith Weber-Halter**, Case Managerin FH, diplomierte Gesundheitsschwester, Bern  
Fachstelle Prävention und Chancen Management  
Steinerstrasse 24  
CH-3006 Bern  
info@chancen-management.ch  
www.chancen-management.ch

Lektorat: Jürgen Georg, Dr. Diana Staudacher, Dr. Susanne Lauri  
Bearbeitung: Seidel – Lektorat & Text, CH-Bern  
Herstellung: Peter E. Wüthrich  
Titelillustration: pinx. Design-Büro, Wiesbaden  
Umschlag: Claude Borer, Basel  
Druckvorstufe: Claudia Wild, Konstanz  
Druck und buchbinderische Verarbeitung: Hubert & Co., Göttingen  
Printed in Germany

*Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek*

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



Dieses Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtes ist ohne schriftliche Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Kopien und Vervielfältigungen zu Lehr- und Unterrichtszwecken, Übersetzungen, Mikroverfilmungen sowie die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Verfasser haben größte Mühe darauf verwandt, dass die therapeutischen Angaben insbesondere von Medikamenten, ihre Dosierungen und Applikationen dem jeweiligen Wissensstand bei der Fertigstellung des Werkes entsprechen.

Da jedoch die Pflege und Medizin als Wissenschaft ständig im Fluss sind, da menschliche Irrtümer und Druckfehler nie völlig auszuschließen sind, übernimmt der Verlag für derartige Angaben keine Gewähr. Jeder Anwender ist daher dringend aufgefordert, alle Angaben in eigener Verantwortung auf ihre Richtigkeit zu überprüfen.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen oder Warenbezeichnungen in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen-Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürfen.

*Anregungen und Zuschriften bitte an:*

Verlag Hans Huber  
Lektorat: Pflege  
z. Hd.: Jürgen Georg  
Länggass-Strasse 76  
CH-3000 Bern 9  
Tel: 0041 (0)31 300 4500  
Fax: 0041 (0)31 300 4593  
juergen.georg@hanshuber.com  
www.verlag-hanshuber.com

1. Auflage 2011  
© 2011 by Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern  
(E-Book-ISBN 978-3-456-94969-7)  
ISBN 978-3-456-84969-0

# Inhaltsverzeichnis

Widmung .....	9
Danksagung .....	10
Vorbemerkungen .....	11
Geleitwort .....	12
<b>1. Vorwort .....</b>	<b>13</b>
<b>2. Einleitung .....</b>	<b>21</b>
2.1 Ausgangslage .....	21
2.2 Was ist CM und was bezweckt das Buch? .....	24
2.2.1 Was ist CM? .....	24
2.2.2 Was bezweckt das Buch? .....	26
2.3 Aufbau und Zielgruppe .....	26
2.4 Länderübergreifende Gemeinsamkeiten im CM .....	27
2.5 Ein angepasstes Case Management .....	28
<b>3. Grundlagen .....</b>	<b>31</b>
3.1 Einführung ins CM .....	31
3.1.1 Case Management: Wesen und Geschichte .....	31
3.1.2 Der Versicherungsgedanke .....	33
3.2 Begriffsklärungen: Case Management, Managed Care, Disease Management, Care Management .....	35
3.2.1 Case Management .....	35
3.2.2 Managed Care .....	36
3.2.3 Disease Management .....	36
3.2.4 Care Management .....	36
3.3 Case Management heute – «nach Lehrbuch» .....	37
3.3.1 Definition «Case Management» .....	37

3.3.2 Makro-, Meso- und Mikroebene .....	37
3.3.3 Die Theorie des Regelkreis-Modells .....	38
<b>4. Problematik .....</b>	<b>41</b>
4.1 Case Management und die Realität .....	41
4.1.1 Der Anfang: Situation des Versicherungsmarktes in den 1990er-Jahren .....	42
4.1.2 Die Ressourcen werden knapp: CM soll helfen .....	42
4.1.3 Die Ressourcen bleiben knapp: Triage im CM .....	43
4.1.4 Die Nachfrage steigt: Case Managerinnen werden «produziert» .....	44
4.2 Das Regelkreismodell und die Realität .....	46
4.2.1 Zentrum: KlientIn .....	46
4.2.2 Ökonomische Triage: Ressourcen .....	46
4.2.3 Auslesekriterien .....	50
4.2.4 Verfahrensschritte .....	54
4.3 Warum es nicht klappt: Spannungsfelder und Beteiligte .....	58
4.3.1 Spannungsfeld Mikroebene: Patient/Klient und Case Managerin .....	59
4.3.2 Spannungsfeld Mesoebene: Anbieter, Institutionen, Betriebe .....	61
4.3.3 Spannungsfeld Makroebene: Gesellschaft und Politik .....	63
4.3.4 CM im Spannungsfeld der drei Ebenen .....	64
4.4 Warum es nicht klappt: Tabus .....	65
4.4.1 Widerstand verweist auf Tabus .....	65
4.4.2 Tabus im Leben, Tabus im CM .....	69
4.4.3 Fazit und These 1 .....	73
<b>5. Case Management ohne Triage .....</b>	<b>75</b>
5.1 Das Verfahren in der Praxis .....	75
5.1.1 Sieben Praxisbeispiele: Typische CM-Klienten .....	75
5.2 Das Verfahren Case Management ohne Triage .....	114
5.2.1 Wesensmerkmale des CM ohne Triage .....	115
5.2.2 Zentrumsfragen: Schnittmenge der drei Ebenen .....	116
5.2.3 Verantwortung für alle Beteiligten .....	117
5.3 Regelkreismodell des Verfahrens CM ohne Triage .....	119
5.3.1 Verfahrensschritte .....	119
5.3.2 Neue Definition von Case Management .....	125
5.3.3 Fazit und These 2 .....	125

5.4 Spar- und Lernpotenzial im CM .....	127
5.4.1 Massnahmen .....	133
5.4.2 Finanzierung von CM .....	138
<b>6. Folgerung: Ausblick auf das Jahr 2030 .....</b>	<b>153</b>
6.1 Was uns im Jahr 2030 erwartet .....	154
6.2 Die «neue» Case Managerin .....	159
6.2.1 Kontrollinstanz .....	163
<b>7. Nachwort .....</b>	<b>165</b>
Glossar .....	169
Literaturverzeichnis .....	173
Adressenverzeichnis .....	177
Die Autorin .....	178
Sachwortverzeichnis .....	179



# Widmung

«Entwicklung entsteht durch neue Ideen.»

Den Damen Conny Bayard und Maya Lehmann gewidmet. Beide leben mit den Folgen von Hirnverletzungen. Sie kämpfen mutig gegen die widrigen Auswirkungen ihrer chronischen Erkrankungen. Ein sie entlastendes CM ist ihnen heute noch verwehrt.

# Danksagung

«An erster Stelle steht die Loyalität und das müssen wir beachten, auch wenn der Himmel einstürzt. Berechnung und Verträge kommen stets später.»

*Mark Rowlands, britischer Schriftsteller und Professor für Philosophie (\*1962) (Rowlands, 2010: 161)*

Mein herzlicher Dank gilt meiner Lektorin Frau Barbara Seidel, Bern. Sie überzeugte mich sofort, das ursprünglich beendete Manuskript neu zu verfassen und lotste mich zum vorliegenden Buch.

Allen Gesprächspartnern und Probeleserinnen danke ich aufrichtig für ihre Ideen und Kritik. Mutig verschafften sie mir zudem Einblicke in CM-Welten und in die gelebten Werte der gängigen CM-Praxis, was mir sonst verschlossen geblieben wäre. Ihrem Engagement für Case Management und ihrer Offenheit in den Diskussionen ist es zu verdanken, dass das Buch für eine sinnvolle Anwendung und Weiterentwicklung von CM eintritt.

Mit der Buchentstehung war es wie in einem CM-Prozess: Teamarbeit und ich als Case Managerin. Die Idee, ich solle doch ein Buch über CM schreiben sowie etliche Arbeiten – Graphiken, Darstellung der CM-Modelle, Suche nach Literatur, Netzwerkmitarbeit – sind der Phantasie und Schaffenskraft vieler Wegbereiter für dieses Buch zu verdanken. Ohne Berechnung auf eigene Vorteile fühlten sie sich wohlwollend der grossartigen CM-Idee verpflichtet und stellten ihre Energie fürs Buch zur Verfügung. Ihnen allen danke ich.

# Vorbemerkungen

CM steht für Case Management.

Im Buch wird vorwiegend die weibliche Form für die ausübende Berufsfunktion benutzt (Case Managerin). Denn die Mehrheit der Personen, die sich in der Schweiz darin weiterbilden lassen, ist weiblich und eine geschlechtsneutrale Bezeichnung gibt es noch nicht. Natürlich sind aber auch alle männlichen Case Manager gemeint.

Für bessere Lesbarkeit verfare ich ähnlich mit anderen Personenbezeichnungen. Je nachdem verwende ich die männliche oder die weibliche Form.

# Geleitwort

Die eidgenössischen Sozialversicherungswerke wie AHV, IV, KVG, Arbeitslosenversicherung sind je einzeln pragmatisch geschaffen und weiterentwickelt worden. Die Grenzen zwischen Bundeskompetenzen und kantonalen Zuständigkeiten wurden im Laufe der Zeit verschoben, sie ergänzen und überschneiden sich. Die Aufgaben und Rollen des Einzelnen, von gemeinnützigen und kommerziellen Organisationen sowie der Gemeinwesen aller Stufen sind ebenfalls vielfältig miteinander verflochten und in steter Bewegung. Je nach Sozialversicherungszweig kommen die Versicherungen enger oder breiter formulierten Verantwortlichkeiten nach. Im Unfallversicherungsbereich sind sie nicht nur für die Heilungskosten und die Rehabilitation, sondern auch für Einkommensausfälle und allfällige Renten zuständig, während im Krankenversicherungsbereich die Heilungskosten im Zentrum stehen. In beiden Bereichen treffen zudem arbeitsvertragliche Pflichten mit Sozialversicherungsregelungen zusammen. So kann (fast) Gleiches für die betroffenen Menschen zu sehr ungleichen Ergebnissen führen, sie können im sprichwörtlichen Sinne zwischen Stuhl und Bank fallen.

Hier kann und soll Case Management als klientenorientierter professioneller Prozess Abhilfe schaffen. Case Management ist deshalb mitunter unbequem. Es überschreitet von seinem Wesen her institutionelle Grenzen und die «Logik» der unterschiedlichen Leistungsfinanzierungs- und Tarifsysteme und stellt damit die einzelbetriebsbezogene «culture du courant normal» («Mainstream-Kultur») in Frage. Nicht nur die Klienten können zwischen Stuhl und Bank fallen, ein Gleiches gilt für das Case Management selber, dessen Finanzierung vielerorts nicht gesichert ist. Als «Kollektivgut» nützt es vielen, auch den Trittbrettfahrern unter Sozialversicherungswerken, Unternehmen und Behörden, die nichts zu seiner Finanzierung beitragen.

Ich wünsche dem vorliegenden Werk eine gute Aufnahme nicht nur im Büchermarkt, sondern in erster Linie durch die Umsetzung der darin vertretenen Grundhaltung und seinen konkreten, auf den vielfältigen Erfahrungen der Autorin beruhenden Handlungshinweisen zur sinnvollen, wirtschaftlichen Problemlösung bei Menschen in komplexen Situationen und bei allen Prozessbeteiligten.

*Dr. Heinz Locher, Berater im Gesundheitswesen, Bern*

# 1 Vorwort

«Von anderer Leut' Leder ist gut Riemen schneiden.»  
*Altes Kürschner-Sprichwort*

## Eine Geschichte aus dem richtigen Leben zum Anfang

Winter 2010, Vorstellungsgespräch in einem öffentlichen Schweizer Spital. Gesucht wird eine Case Managerin, welche das System der Fallkostenpauschale (Swiss DRG) umsetzen soll. Vor dem Chefarztbüro warten die Bewerberin, die Pflegedienstleiterin und der Oberarzt.

Die Bewerberin steht unmittelbar vor dem Oberarzt: «Guten Tag».

Er wendet sich wortlos ab und geht telefonieren.

Die Pflegedienstleiterin schaut besorgt auf die Uhr. «Wir haben schon etliche Verspätung auf dem Zeitplan ...»

«Sind alle da?», ruft in gereiztem Ton der Chefarzt aus seinem Büro.

«Ja».

Die Bewerberin betritt als letzte den grosszügigen Raum.

«Die Bewerberin will ich nicht. Die soll rausgehen!», knurrt der Chef, von dem nur der Rücken zu sehen ist.

Nach weiteren zehn Minuten Warten auf dem Gang wird die Bewerberin nun vorgelassen.

Der Oberarzt blättert im Bewerbungsdossier.

«Sie waren tätig in ...? Uh, in der kantonalen Gesundheitsdirektion?! Wie kamen Sie dazu? Womit haben Sie sich denn beschäftigt?!»

Er hört gar nicht zu, als die Bewerberin antwortet.

«Wo sehen Sie bei uns die grössten Einsparpotentiale?»

«In einer optimalen Prozesssteuerung, angefangen beim ...»

«Dass wir uns gleich verstehen», unterbricht der Chefarzt. Dabei beugt er sich vor und spricht betont deutlich und langsam, wie zu einem Kind: «Bei dieser Stelle geht es nur ums Rechnen, verstehen Sie? Um Zahlen. Und um die Prozessoptimierung. Für uns, für unser Spital». Nach einer kurzen Pause: «Es geht uns nicht ums Sparen für den Staat und schon gar nicht für die kantonale Gesundheitsdirektion. Denen schenken wir keinen Fünfer! Es geht nur um uns.» Er gibt dem Oberarzt das Zeichen, fortzufahren.

«Nochmals, wo sehen Sie in unserem Spital das grösste Einsparpotenzial?»

«Wie bringen sie die Anästhesie- und Operationskosten runter?!», fährt der Chef erneut dazwischen.

«Durch ...»

Auch er hört nicht zu. Er winkt ab.

«Was verstehen Sie von IT? Mit welchem Programm haben Sie die Statistiken ausgewertet?» – «Wie? Ohne Computerprogramm?!»

«Aber die Anästhesie- und Operationskosten sind gar nicht die teuersten Posten», sagt die Case Managerin. «Schauen Sie, hier, der Posten mit den Arzneimitteln und den Blutersatzprodukten, der ist um das x-fache höher ...»

Die drei schauen sich verdutzt an: «Au ja, stimmt, haben wir gar nicht realisiert.»

«Nochmals! Wie bringen Sie die Anästhesie- und Operationskosten runter?!», wiederholt der Chefarzt.

Jetzt oder nie, die Bewerberin legt los: «Nun, wenn Sie so fragen ... Die radikalste Art, Kosten einzusparen, ist, indem man Tabus angeht. Als Nebeneffekt spart es automatisch Kosten ein und ...»

«Was?!»

«Ich weiss, es tönt unglaublich. Aber indem man bei den Tabus ansetzt und dort, wo eine Operation den Patienten mehr belastet, als dass sie ihm Lebensqualität erbringt, überprüft man im Team die Operationsindikation. Der Patient gehört ebenfalls ins Team, man bespricht das im beratenden Gespräch auch mit ihm. Wenn zudem der Eingriff nur unter Zeitdruck des gestressten Personals stattfindet und weil niemand die Frage zu stellen wagt, ob die Operation denn überhaupt sinnvoll sei, wo doch alle Beteiligten sehen, dass es offenkundig aussichtslos ist, so können Sie bei den Anästhesie- und Operationskosten sehr viel Geld einsparen.»

Die Pflegedienstleiterin nickt diskret als Zeichen der Anerkennung, der Oberarzt schaut irritiert zur Bewerberin und der Chefarzt fährt energisch mit der Hand einmal durch die Luft, als ob er eine lästige Fliege verscheucht. Er murmelt: «So ein absurder Vorschlag!»

Dann laut, wie ein Pistolenschuss: «Es kommt uns nicht im Traum in den Sinn, jede Operationsindikation zu überprüfen!»

Die Stille ist kaum auszuhalten. Der Oberarzt doppelt nach: «Finden Sie es gut, dass unsere Patienten früher nach Hause gehen?»

«Klar, ihr Spital spart seit der Einführung der Fallkostenpauschale bereits knappe zwei Tage Spitalaufenthalte und ...»

«Finden Sie das gut?!»

Die Bewerberin denkt: «Ich weiss schon, was ich sagen müsste, um in die engere Wahl zu kommen, aber das ist nicht im Sinne eines ganzheitlichen CM». Nun spricht auch sie sehr schnell: «Ja, sehr gut. Erstens entspricht es dem allgemeinen Patientenwunsch. Wenn es gesundheitlich und pflegerisch verantwortbar ist, unterstütze ich dies nach Kräften. Allerdings muss vorgängig der Übergang umfassend geplant sein, sonst landen die Patienten im Nu wieder im Spital. Und das kostet. Zweitens senken kürzere Spitalaufenthalte die Gefahr des Hospitalismus. Und drittens sparen Sie CHF 1489,- pro Spitaltag ein, das macht in zwei Tagen bereits CHF 2978,-. Bedenken Sie: eine Menge Geld! Dieses kann man draussen für die anderen Leistungserbringer einsetzen, die werden das kaum ausschöpfen und ...»

«Ooh, so viel? Wussten wir gar nicht, dass wir so viel kosten», amüsiert nicken sie einander zu. Der Chefarzt: Wir funktionieren aber haargenau wie in der Privatwirtschaft. Das ist heute so, das muss die künftige Case Managerin ohne Wenn und Aber umsetzen. Dafür ist die da. Mit den Patienten hat die Case Managerin rein gar nichts zu tun. Haben Sie wirklich begriffen, worum es uns geht? Wir suchen die beste Case Managerin. Symbolisch gesprochen eine, die die beste Slamlomfahrerin ist, die kein einziges Tor auslässt, die am schnellsten durchs Ziel gleitet! Wir müssen zu uns schauen. Uns schenkt man nichts, im Gegenteil! Ungefragt schickt man uns alle, alle Patienten, rund um die Uhr, vor allem die, die die Privatspitäler nicht wollen. Die landen dann bei uns. Und das sind nicht die Angenehmsten ...»

«Oh nein, wirklich nicht!», pflichtet die Pflegedienstleiterin eifrig bei. Sie strahlt den Chef an: «Alle landen sie bei uns ...»

Ja, ja, die Alten, die Süchtigen, die Ausländer, die Mühsamen, die Chronischkranken und die Psychischkranken, die Sterbenden, kurz, die Unattraktiven, jene, die

so viel kosten und nichts einbringen, weil sie nur allgemein versichert sind, denkt die Bewerberin.

«Wo erblicken Sie Sparpotenzial?»

Die Bewerberin gibt sich einen Ruck: «Ich wiederhole: bei der rechtzeitigen Entlassung aus dem Spital, die beginnt allerdings beim Eintritt und führt über die Planung. Auch und vor allem bei den Patienten, die über die Notfallstation eintreten, das sind laut Statistik in ihrem Spital immerhin 48 %. Und in einer optimalen Versorgungsqualität während der Hospitalisation sowie der Nachbetreuung seitens Spital-Case-Managerin während einer gewissen Zeit zu Hause. Nur die Leistungen organisieren und zu steuern reicht erfahrungsgemäss nicht, die Umsetzung muss kontrolliert werden. Eine qualitativ hochstehende Versorgung spart als Nebeneffekt automatisch Kosten ein und ...»

Der Chefarzt unterbricht belehrend: «Sie, die mit ihren sozial-, therapeutisch-beratenden Ansätzen mit den Patienten arbeiten und dabei noch für die andern sparen, haben nicht begriffen, dass heute auch im Gesundheitswesen die Uhren der Privatwirtschaft ticken. Dass der Spitaldirektor alljährlich die hohle Hand machen darf und erhält, was er für sein Spital wünscht, das galt noch für gestern. Die Zeiten haben sich eben geändert!»

Die Pflegedienstleiterin nickt leise lächelnd, legt den Kopf etwas schief: «Tja, das ist heute so.»

Die Bewerberin verabschiedet sich freundlich. Zur Pflegedienstleiterin, die sie nach draussen begleiten will: «Danke, ich finde den Ausgang. Ich kenne Ihr Spital aus früherer Tätigkeit bestens» und für sich: Kaum zu glauben, dass wir etwa zur selben Zeit an derselben Krankenschwesternschule denselben Ethikunterricht besucht haben sollen.

Als die Case Managerin energischen Schrittes das Spital verlässt, schneit es dicke Flocken. Der Boden ist schon ganz bedeckt. Der Schnee erinnert sie an die weissen Leintücher, die sie als Schwesternschülerin über die Verstorbenen legen musste, bevor sie in den Lift geschoben wurden, um Vorbeikommenden den Anblick des Todes zu ersparen.

Das ist genau die Einstellung, die Kostensenkungen erfolgreich verhindert, sinnt sie, während sie auf der glitschigen Pracht herumrutscht. Ein Interview in einer Fachzeitschrift fällt ihr ein, das sie zwei Tage zuvor gelesen hatte. Die interviewte Fachperson äusserte die Überzeugung, dass DRG nur einseitig den stationären Bereich betrachte. Ausgehend vom Netzwerk müsse man aber den Prozess gesamthaft anschauen – von der Arztpraxis über das Spital bis hin zur postakuten Versorgung. Er hoffe, dass künftig über Entschädigungssysteme diskutiert würde, die den gesamten Patientenpfad im Auge behalten würden. Zum Schluss bemerkt

er noch, dass in jedem Fall für jedes Modell irgendjemand bezahlen müsse. Wenn noch mehr Geld in das Gesundheitssystem fliesse, werde es an einem andern Ort, zum Beispiel im Bildungssystem, fehlen. Und da stelle sich für ihn auch als Bürger die Frage, ob diese Umschichtung von Finanzen vertretbar sei.

Zufälligerweise hat diese Aussage der ärztliche Direktor eben jenes Spitals gemacht, das die Case Managerin gerade verlassen hatte. Öffentlich Wasser predigen und tatsächlich Wein trinken?

### Warum ich dieses Buch schrieb

In der Praxis unseres Gesundheitssystems wird die Kuh gemolken, bis sie blutet. Dies hat bis heute erfolgreich jede Kostensenkung verhindert, auch im und um das CM (Case Management). Menschen mit dieser Haltung sind mir haufenweise begegnet während meiner jahrelangen Tätigkeit als Pflegefachperson, später dann als Case Managerin: Patienten/Klienten, bei Versicherern, in Arztpraxen, Spitälern, Sozialdiensten und Heimen, bei ambulanten Pflegeorganisationen, als Politiker oder Verantwortliche in Weiterbildungsstätten. Sie alle bemängelten Rahmenbedingungen, forderten Anreize, sahen mangelnde Verantwortung, beklagten das System oder schimpften auf die Politik. Schuld waren immer «die anderen». Frustriert resignierten sie und kümmerten sich fortan umso verbissener um ihre eigenen Interessen.

CM sollte die grosse Rettung bringen für ausufernde Kosten, überforderte Sozialarbeiterinnen, Ärzte und Pflegenden, hilflose Patienten und wachsende Versicherungskosten. In der Theorie ist CM grossartig und löst alle Probleme mit Leichtigkeit. In der Praxis? Schwindende Ressourcen haben dazu geführt, dass im CM potenzielle Klienten nicht dem Verfahren zugeführt werden, wenn kein «return of investment» erfolgt. Dies bedeutet: Wenn keine Aussicht besteht, dass die entstehenden Kosten bald wieder eingespielt werden, erhalten die Bedürftigen kein CM. Sie werden aussortiert oder wie es in der Branche heisst: «austriagiert». CM soll also nichts anderes sein als schöne Parolen, die die irrwitzige Realität des Systems nur hübsch verkleiden? Im CM dominieren zu oft persönliche Interessen, Gärtchendenken, betriebswirtschaftliche Kennzahlen oder Machtansprüche. Von einer moralischen Verpflichtung der Verantwortlichen konnte auch schon «früher» nicht die Rede sein. Insofern ist heute Gesundheit oder CM ein «business» wie andere auch. Woran liegt das? Wen man auch fragt, jeder fürchtet finanzielle Einbussen oder Qualitätsverlust wegen der Sparmassnahmen im Gesundheits-, Sozial- und Versicherungssystem. Aber zu sparen ist niemand bereit. Nicht bei sich und nicht zuerst. Obwohl allen klar ist: Die finanziellen Ressourcen sind nicht unendlich, aber die Anforderungen werden weiter wachsen. Stattdessen hofft man auf CM als Allheilmittel.