

Knut Dahlgaard, Peter Stratmeyer

Fallsteuerung im Krankenhaus

Effizienz durch Case Management
und Prozessmanagement

Kohlhammer

Kohlhammer

Knut Dahlgaard,
Peter Stratmeyer

Fallsteuerung im Krankenhaus

Effizienz durch Case Management
und Prozessmanagement

Unter Mitarbeit von Sarah Stölting
und Martina Bremer

Verlag W. Kohlhammer

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwendung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechts ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Warenbezeichnungen, Handelsnamen und sonstigen Kennzeichen in diesem Buch berechtigt nicht zu der Annahme, dass diese von jedermann frei benutzt werden dürfen. Vielmehr kann es sich auch dann um eingetragene Warenzeichen oder sonstige geschützte Kennzeichen handeln, wenn sie nicht eigens als solche gekennzeichnet sind.

1. Auflage 2014

Alle Rechte vorbehalten

© 2014 W. Kohlhammer GmbH Stuttgart

Umschlag: Gestaltungskonzept Peter Horlacher

Gesamtherstellung:

W. Kohlhammer Druckerei GmbH + Co. KG, Stuttgart

Printed in Germany

ISBN 978-3-17-022617-3

Das ►**Kapitel 3** des Buches basiert auf den Ergebnissen einer Expertentagung am 24.06.2011 über Modellansätze der verantwortlichen Fallsteuerung in Krankenhäusern, die vom Forschungs- und Transferzentrum der HAW Hamburg »Kooperatives Prozessmanagement im Gesundheitswesen« durchgeführt worden ist. Folgende Personen haben auf dieser Expertentagung Vorträge gehalten, die als Grundlage für die Beschreibung der Modellansätze in ►**Kapitel 3** gedient haben:

Dr. Tobias Bergler,
Ingeborg Buhmann,
Christian de la Chaux,
Axel Düsenberg,
Dr. Oskar Freudenthaler,
PD Dr. Werner Hofmann,
PD Dr. Kai Hübel,
Manuela Krüger,
Jana Lahann,
Vera Lux und
Alexander Straube.

© 2012 KoPM®-Zentrum der HAW Hamburg
Alexanderstraße 1 – 20099 Hamburg
Tel.: 040/42875 7076 – Fax 040/42875 7119
mail@kopm-zentrum.de
www.kopm-zentrum.de

Inhaltsverzeichnis

Einleitung: Zu diesem Band	11
1 Motive und Hintergründe zur Einführung von Fallsteuerung im Krankenhaus	15
1.1 Fallsteuerung im Schnittfeld medizinischer und pflegerischer Krankenhausleistungen	15
1.2 Merkmale einer bedarfsgerechten Versorgung	17
1.3 Fallsteuerung im Spannungsfeld ökonomischer und fachlich-professioneller Interessen	21
1.3.1 Fallsteuerung aus krankenhausesökonomischer Sicht	21
1.3.2 Fallsteuerung aus fachlich-professioneller Sicht	27
1.3.3 Anforderungen an die Fallsteuerung im Krankenhaus	30
2 Vergleichende Analyse von Prozessmanagement und Case Management im Krankenhaus	33
2.1 Prozessmanagement und -organisation	34
2.1.1 Zu Begrifflichkeiten und Konzeptentstehung	35
2.1.2 Prozessorganisation als Rahmen	38
2.1.3 Der Prozess als Managementobjekt	41
2.1.4 Prozessgestaltung	44
2.1.5 Prozessmanagement	48
2.2 Case Management	53
2.2.1 Zu Begrifflichkeiten und Konzeptentstehung	54
2.2.2 Der Fall als Managementobjekt	58
2.2.3 Case-Management-Ebenen	59

2.2.4	Case-Management-Phasen	61
2.2.5	Case-Management-Funktionen	65
2.3	Vergleich der Konzepte Prozessmanagement und Case Management	67
2.4	Zur Anwendung der Konzepte im Krankenhaus	77
2.4.1	Begründung der Notwendigkeit eines Managements	78
2.4.2	Anwendungsmöglichkeiten der Konzepte	81
2.4.3	Resümee und Perspektiven der Fallsteuerung	85
3	Praxiskonzepte und Organisationslösungen	89
3.1	Fallsteuerung im Modellansatz des Primary Nursing	90
3.1.1	Einführung	90
3.1.2	Primary-Nurse-Konzept	93
3.1.3	Expert Care Organisation	101
3.1.4	Diskussion	110
3.2	Case Management als Methode der Fallsteuerung	114
3.2.1	Einführung	114
3.2.2	Regensburger Case-Management-Modell	115
3.2.3	Kölner Case-Management-Modell	124
3.2.4	Diskussion	131
3.3	Semizentrales Modell der Fallsteuerung	135
3.3.1	Einführung.....	135
3.3.2	Fallorientierte Pflegeorganisation mit Care Management	136
3.3.3	Diskussion	144
4	Fazit und Ausblick	147
	Literaturverzeichnis	157

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1.1: Zielperspektiven und Lösungsansätze der Fallsteuerung	31
Abb. 2.1: Verhältnis Prozessmanagement und -organisation	38
Abb. 2.2: Prozesslinie und Steuerlinie	49
Abb. 2.3: Prozessmanagement-Funktionen im engeren Sinn	51
Abb. 2.4: Mehrebenenstrategie Case Management	61
Abb. 2.5: Wechselbeziehung zwischen Fall- und Systemebene Case Management	64
Abb. 2.6: Vergleich Prozessmanagement und Case Management	77
Abb. 3.1: ECO-Konzeptelemente	105
Abb. 3.2: ECO-Kernteam Arzt-Pflege	107
Abb. 3.3: Aufgaben ECO-Pflegefachkraft	108
Abb. 3.4: Entwicklung der postoperativen Verweildauern bei ACB-Herzklappen- oder Aorten-OP am UKR	121
Abb. 3.5: Case Management auf Fallebene (Köln)	128
Abb. 3.6: Entwicklung der Bettenzahlen, Aufnahmen, Terminverschiebungen (Köln)	131
Abb. 3.7: Zusammenarbeit Arzt- und Pflegedienst am FEK	142
Abb. 4.1: Zentralisierungsgrad und Steuerungsfokus	149

Tabellenverzeichnis

Tab. 1.1:	Kombinationsmöglichkeiten im Hinblick auf die Versorgungsgerechtigkeit	19
Tab. 2.1:	Prozessarten	43
Tab. 2.2:	Aktionsträger im Prozess	47
Tab. 2.3:	Prozessmanagement Maßnahmenbündel I	52
Tab. 2.4:	Prozessmanagement Maßnahmenbündel II	53
Tab. 2.5:	Vergleichskriterien Gruppe 1: Grundlagen der Konzepte	68
Tab. 2.6:	Vergleichskriterien Gruppe 2: Gegenstandsbereich der Konzepte	70
Tab. 2.7:	Vergleichskriterien Gruppe 3: Hauptansatzpunkt der Konzepte	71
Tab. 2.8:	Vergleichskriterien Gruppe 4: Managementverständnis der Konzepte	72
Tab. 2.9:	Vergleichskriterien Gruppe 5: Methodische Aspekte der Konzepte	73
Tab. 2.10:	Vergleichskriterien Gruppe 6: Intervention und Steuerung	75
Tab. 3.1:	Differenzierungsmerkmale Primary Nursing und Expert Care Organisation	111
Tab. 3.2:	Pflegeverantwortungsbereiche am Friedrich-Ebert-Krankenhaus	139

Einleitung: Zu diesem Band

Dieser Band nähert sich dem komplexen Thema »Fallsteuerung im Krankenhaus« aus drei verschiedenen Perspektiven:

- einer krankenhaushauspolitisch-fachlichen im ►**Kap. 1**,
- einer manageriell-theoretischen in ►**Kap. 2** und
- einer organisatorisch-praktischen in ►**Kap. 3**.

Alle Perspektiven zusammen sollen zu einem abgerundeten Bild dieses komplexen Themas beitragen. Im Folgenden werden die drei Perspektiven und die jeweiligen Hintergründe beschrieben, um den Lesern eine bessere Orientierung zu geben.

Fallsteuerung stellt sich als ein Verfahren für die Organisation der Krankenhausbehandlungsprozesse dar, das von immer mehr Krankenhäusern in seiner Vorteilhaftigkeit erkannt und in unterschiedliche Organisationsmodelle gekleidet wird. Das ►**Kap. 1** klärt zunächst die Motive und Hintergründe für die Einführung der Fallsteuerung im Krankenhaus:

- Dazu werden zum einen Merkmale bestimmt, die zu einer Bedarfsgerechtigkeit der Versorgung gehören – ein wesentlicher Ausgangspunkt für die Fallsteuerung.
- Zum anderen wird untersucht, welche ökonomischen Gründe es für eine Fallsteuerung im Krankenhaus gibt und wie diese sich zu einer fachlich-professionellen Sichtweise verhalten.
- Schließlich wird abgeleitet, welche Anforderungen eine Fallsteuerung im Krankenhaus zu erfüllen hat.

Eine Fallsteuerung ordnet den Behandlungsprozess neu und weist den Akteuren veränderte Aufgaben und Rollen zu. Das ►**Kap.2** setzt sich ausführlich mit zwei Konzepten auseinander, die in den letzten zehn Jahren zu einer theoretischen Fundierung der Fallsteuerung beigetragen haben:

- mit *Prozessmanagement und Prozessorganisation*, die sich – ausgehend von den Prozessen »normaler« Produktions- und Dienstleistungsunternehmen – um eine schnittstellenärmere Kooperation zur Erhöhung von Qualität und Effizienz bemühen, und
- mit dem Konzept des *Case Managements*, das in Sozial- und Gesundheitsorganisationen aus einer Klientenperspektive heraus zu einer bedarfsgerechten Koordination von Leistungen eingesetzt wird.

Diese beiden unterschiedlichen Konzepte werden im ►**Kap.2** zunächst einzeln charakterisiert und dann miteinander verglichen. Die Darstellung ist im besten Sinne des Wortes *theorieorientiert*, denn nichts ist bekanntlich so praktisch wie eine gute Theorie. Schließlich sollen die Leserinnen dieses Kapitels die theoretischen Konzepte für die Fallsteuerung erfassen, um dann die im ►**Kap.3** vorhandenen Praxiskonzepte beurteilen zu können.

Die Darstellung soll auch dazu dienen, dass die Leser mit Hilfe dieses Kapitels eigene Ansätze zur Fallsteuerung aus diesen beiden Konzepten entwickeln können. Wer mit der – trotz der eleganten Darstellung – etwas sperrigen Nomenklatur Schwierigkeiten hat, lese vielleicht erst das ►**Kap.3**; manchmal stellen sich die Dinge einfacher dar, wenn zunächst der Anwendungsbezug geklärt ist.

Das ►**Kap.3** präsentiert fünf unterschiedliche Praxiskonzepte und Organisationslösungen für eine Fallsteuerung im Krankenhaus, die jedoch eine Gemeinsamkeit aufweisen: Alle Ansätze beruhen auf einem erweiterten Aufgaben- und Handlungsspielraum von Pflegenden im Bereich der Fallsteuerung. Die Modellansätze sind

- das *Primary-Nursing-Modell*, das eine dezentrale Fallsteuerung beinhaltet,

- das *Case-Management-Modell*, das von einer eher zentral ausgeführten Fallsteuerung ausgeht, und
- das zwischen diesen beiden Ansätzen sich befindliche *semizentrale Modell*.

Diese drei Modellansätze sind auf einer Expertentagung des KoPM®-Zentrums der HAW Hamburg am 24.6.2011 vorgestellt und diskutiert worden. Ziel dieser Expertentagung war es,

- anhand von Impulsreferaten und Materialien aus Referenzkrankenhäusern die unterschiedlichen Modellansätze zu verdeutlichen,
- bei der Darstellung der Modelle durch eine Beschreibung mittels eines einheitlichen Kriterienrasters die spezifischen Eigenheiten der jeweiligen Ansätze nachvollziehbar zu machen und
- zu einer ersten vorläufigen Einschätzung der Bedeutung, Funktionalität und Eignung der Modelle zu kommen.

An dieser Stelle sei den Berichterstatte(r)innen und Berichterstatte(r)n des jeweiligen Krankenhauses für ihre Mitwirkung an dieser Expertentagung herzlich gedankt. Ohne ihre Mitwirkung und ihre Bereitschaft zur Informationsweitergabe wäre die Expertentagung nicht so ein Erfolg und dieser Teil der Veröffentlichung nicht realisierbar gewesen. Unser Dank geht an

- Dr. Tobias Bergler, Universitätsklinikum Regensburg,
- Ingeborg Buhmann, Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf,
- Christian de la Chaux, FEK Friedrich-Ebert-Krankenhaus Neumünster,
- Axel Düsenberg, DRK-Krankenhaus Clementinenhaus Hannover,
- Dr. Oskar Freudenthaler, DRK-Krankenhaus Clementinenhaus Hannover,
- PD Dr. Werner Hofmann, FEK Friedrich-Ebert-Krankenhaus Neumünster,
- PD Dr. Kai Hübel, Universitätsklinikum Köln (AöR),
- Manuela Krüger, DRK-Krankenhaus Clementinenhaus Hannover,
- Jana Lahann, FEK Friedrich-Ebert-Krankenhaus Neumünster,
- Vera Lux, Universitätsklinikum Köln (AöR),
- Alexander Straube, Universitätsklinikum Regensburg.

Um die Lesbarkeit des Textes zu verbessern, haben wir auf eine durchgehende gendergerechte Ausdrucksweise verzichtet. Vielmehr haben wir an einigen Stellen die weibliche Form, an anderen Stellen die männliche Form verwendet; die jeweils andere Gruppe möge sich bitte mit angesprochen fühlen.

Hamburg, im Herbst 2013

Prof. Dr. Knut Dahlgaard

Prof. Dr. Peter Stratmeyer

1 Motive und Hintergründe zur Einführung von Fallsteuerung im Krankenhaus

Peter Stratmeyer

Dieses Kapitel führt grundlegend in das Thema der Fallsteuerung ein. Dabei wird herausgearbeitet, dass Fallsteuerung professionsübergreifend die gesamten Versorgungsprozesse in den Blick nehmen muss (►Kap. 1.1), komplexe Anforderungen an die Krankenhausversorgung stellt (►Kap. 1.2) sowie im Spannungsfeld zwischen einerseits eher wirtschaftlichen Interessen und andererseits fachlich-professionellen Motiven angesiedelt ist (►Kap. 1.3).

1.1 Fallsteuerung im Schnittfeld medizinischer und pflegerischer Krankenhausleistungen

Seit vielen Jahren beklagen Krankenhausverantwortliche und deren Mitarbeiterinnen sowie auch ärztliche und pflegerische Berufsverbände die unzureichend abgestimmten Arbeitsprozesse zwischen Ärzten und Pflegenden im Krankenhaus. Darunter leidet die Wirtschaftlichkeit der Krankenhäuser, die Dienstleistungsqualität wie auch gleichermaßen die Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen. So hat beispielsweise der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) in seinem Jahresgutachten 2007 hier erheblichen Reformbedarf festgestellt¹.

¹ Vgl. dazu Sachverständigenrat 2007.