Prof. Dr. Peter Löcherbach

Effektivität und Effizienz von Case Management sind belegt

Abstract

Der Ansatz Case Management verspricht Effektivität und Effizienz. In einer Studie bei einer Krankenkasse (BoschBKK) wurden Effekte (effects und impacts) und Kosten einer Patientenbegleitung durch ein quasiexperimentielles Kontrollgruppendesign evaluiert. 1.064 Patienten und mehr als 300 Kooperationspartner (Ärzte und Sozialarbeiter) konnten in die Studie integriert werden. Die Ergebnisse zeigen, dass eine bessere Versorgungsqualität durch Case Management erreicht wird und sich mittelfristig positive Kosten-Nutzeneffekte ergeben.

Keywords

Case Management, Patientenbegleitung, Gesundheitswesen, Bosch BKK, Evaluationsstudie

Der Handlungsansatz Case Management (CM) ist ein derzeit viel diskutiertes Fortschrittsprogramm im humandienstlichen Bereich. Kann der selbstgewählte Anspruch, dass der Ansatz nicht nur Effektivität sondern Effizienz verspricht und dass er auch von ganz unterschiedlichen Professionen genutzt werden kann, eingelöst werden? Am Beispiel der von der KFH-Mainz und dem Centrum für Wirkungsforschung (CAW) Mainz durchgeführten Studie der Bosch BKK wird die Umsetzung von CM untersucht (Löcherbach et al. 2010): Effekte der Patientenbegleitung werden auf der Fallebene (effects und impacts), der Organisationsebene (Kosten) und der Netzwerkebene (Ärzte, Krankenhaussozialdienstes) auf der Grundlage der Daten von 1064 Patienten und mehr als 300 Kooperationspartnern untersucht. Um die Wirkungen von CM nachzuweisen wurde ein quasi-experimentelles Kontrollgruppendesign gewählt und Verlaufs- und Ergebnisdaten über einen längeren Zeitraum (bis 14 Monate nach Abschluss der Intervention) verglichen.

>> Warum der Ansatz CM? Mit Case Management gibt es in Deutschland im Sozial-, Gesundheits- und Versicherungswesen seit über 15 Jahren Erfahrung: CM, so die Theorie, hilft, sektor- und disziplinübergreifend eine individuell passende und rational vertretbare humandienstliche Versorgung in die Wege zu leiten. Politisch wird das Handlungskonzept in Reformprozessen für Lösungen einer zielgerichteten, koordinierten und integrierten, rechenschafts- und abrechnungsfähigen und auf Partizipation von Nutzern ausgerichteten Versorgung empfohlen. Deshalb fand es in neue gesetzliche Regelungen der einzelnen Leistungsbereiche des SGB Eingang – von der Grundsicherung über die gesetzliche Krankenversicherung und die Rehabilitation bei Behinderung bis in die Pflegeversicherung. Insbesondere im Gesundheitswesen spielt CM als Verfahrensweise eine Schlüsselrolle in einer gesteuerten Versorgung („managed care"), weil

- es fallbezogen und fallgruppenbezogen für ein koordiniertes krankheits- bzw. patientenbezogenes Vorgehen steht (service integration)
- für wechselseitige Abstimmung von Versorgungshandeln und gesundheits-/krankheits- und pflegebezogenes Patientenverhalten sorgt
- in der Fallführung ein integriertes Vorgehen systemseitig (continuum of care) insbesondere in der Chronikerversorgung ermöglicht.

Die Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management e.V. (gegründet 2005) hat die Kernpunkte des CM zusammengefasst (DGCC 2008). Zu ihnen gehören: Case Management ist eine spezielle Management-Aufgabe, die als kooperativer Prozess angelegt und verstanden wird. Sie ist immer dann angebracht, wenn eine komplexe zeitlich andauernde Problembewältigung zu managen ist, für die sich mehrere Akteure, zum Teil aus sehr unterschiedlichen Versorgungssystemen, abstimmen müssen. Dazu werden Dienstleistungsangebote mit Behandlungs-, Therapie- und sonstigen Dienstleistungen erhoben, geplant, implementiert, koordiniert, überwacht und evaluiert, um so den individuellen Versorgungsbedarf eines Adressaten mittels Kommunikation und verfügbarer Ressourcen abzudecken. Die Steuerung auf individueller Ebene erfolgt

- im Zugang, das heißt in einer theoriegeleiteten und auf Daten und Erfahrung basierenden Fallauswahl
- in der Breite des Assessments, unter Einbeziehung medizinischen, pflegerischen, sozialen und (sozial-)rechtlichen Diagnosen und Bedarfsfeststellungen
- in der Versorgungsplanung und –vereinbarung, die koordinierend die verschiedenen Leistungsangebote und Dienstleister erschließt
- im Monitoring, das eine Leistungssteuerung durch Rückmeldesysteme umfasst

Als den Disziplinen gegenüber neutrale Gestaltungsweise lässt es sich fachgebiets- und sektorübergreifend in der Ablauforganisation von Versorgung einsetzen. Und zwar sowohl im stationären Kontext, als auch beim Hausarzt und in Kontexten ambulanter und häuslicher Pflege.

Das Modell der Patientenbegleitung

Patientenbegleitung in einer Krankenkasse (wie z.B. Bosch BKK) ist eine spezifische Form der Umsetzung von CM.

1. Fallebene: Die operative Ebene des Case Managements, in der BoschBKK als Patientenbegleitung bezeichnet, bezieht sich auf den Aufbau und die Steuerung von Unterstützungsnetzen und auf die Zusammenarbeit mit Patienten im Einzelfall. Sie erfolgt in der praxisorientierten und flexibel auf die jeweilige Situation angepassten Anwendung des Verfahrens mit den oben definierten Prozessschritten zur Deckung des individuell festgestellten Bedarfs. Case Managerinnen gewährleisten Kontinuität der Intervention und tragen die fachliche Verantwortung gegenüber den einzelnen Patienten. Auf der operativen Ebene wird das fallbezogene, individuelle Case Management durchgeführt. Zumindest hier ist die Annahme der Hilfe stark abhängig von der professionellen Beziehung zwischen Case Manager und Patient/Angehörigen. Wie die Studie belegt, ist die Patientenbegleitung umso erfolgreicher, je besser das Aushandeln von durch Experten definierten Bedarfen (z.B. Behandlungsnotwendigkeiten, die Spezialisten definieren) und den jeweiligen Vorstellungen und Wünschen des Patienten gelingt. Die Passung (das Ausbalancieren) von Patientenbedürfnissen und Versorgungsbedarfen ist ein zentraler Wirkmechanismus: Es muss jemand da sein, der hilft, die Dinge auf die Reihe zu bringen, der sich Zeit nimmt, zur Versorgungssituation (Care) zu beraten, abzuwägen,

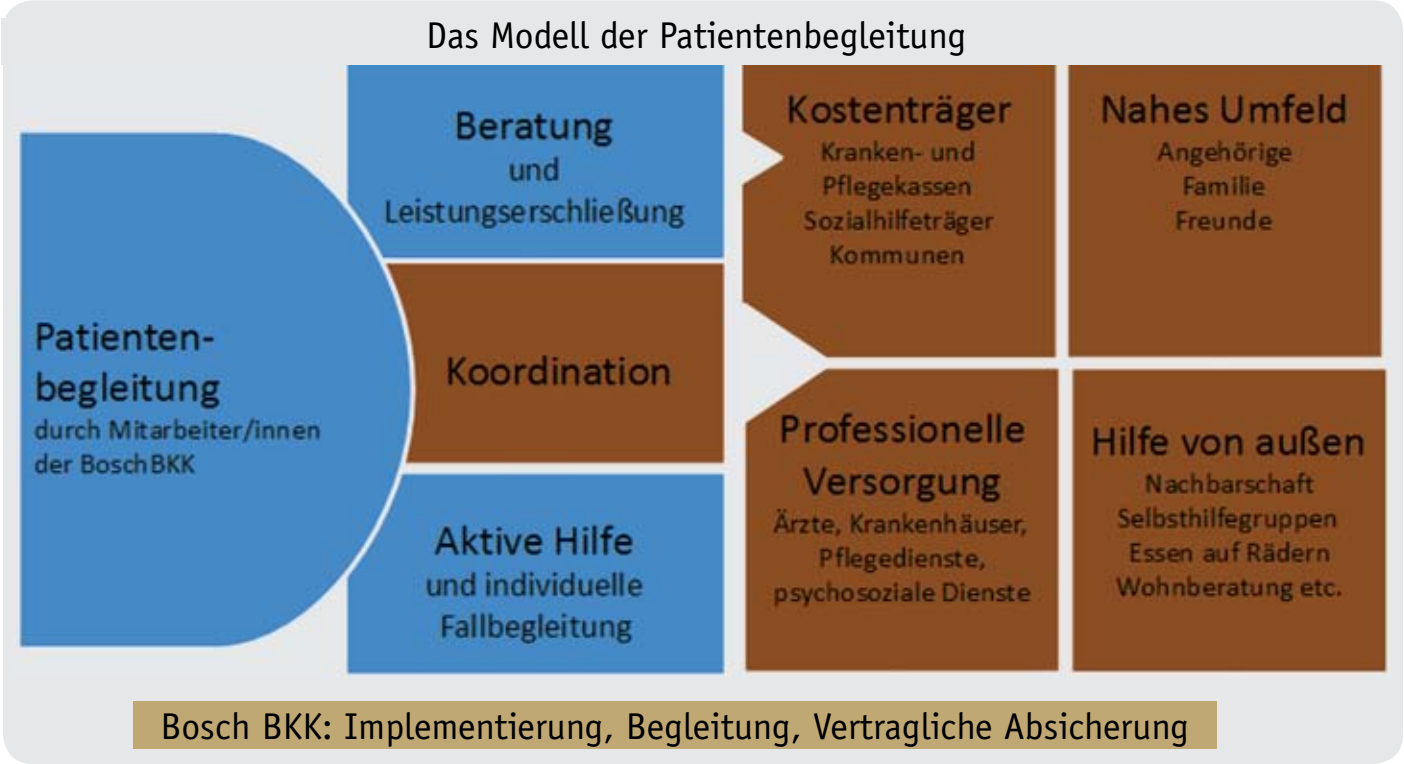


Abb 1: *Das Modell der Patientenbegleitung*

abzustimmen, der dafür Sorge trägt, dass Patienten die Dinge und Prozesse soweit verstehen, dass sie sich nicht ausgenutzt oder benutzt fühlen. Diese besondere Form wird im CM „Care Counselling" genannt und umfasst neben einer umfassenden Beratung auch das Aufgreifen von Befürchtungen und Ängsten, die Erörterung von Widersprüchen und auch die Ermunterung, Rechte als Patient wahrzunehmen. Dies bedeutet auch, Hilfestellung zu geben, um sich mit schwierigen Entscheidungen abzufinden oder auch die eigenen Möglichkeiten zur Verbesserung des Gesundheitsverhaltens verstärkt nutzen zu können. Das braucht Zeit, profundes Wissen und vor allem Beratungskompetenz. Insbesondere dann, wenn die Behandlungsmaßnahmen zur dauerhaften Sicherung eine Umsetzung in den Alltag und eine Integration in die Lebenswirklichkeit der Patienten verlangen. Die Studie belegt zudem, dass eine solche Patientenbegleitung (durchgeführt von Mitarbeitern der Krankenkasse), andere Berufsgruppen entlastet: Ärzte und Sozialarbeiter (im Krankhaussozialdienst – KSD) sehen größte Vorteile in Bürokratieabbau, der effektiveren Abstimmung zwischen Hilfebeteiligten und besserem Informationsstand der Patienten. Ärzte sehen zudem eine spürbare Entlastung bei der psychosozialen Betreuung der Patienten.

2. Organisationsebene: CM verlangt eine entsprechende Organisationsentwicklung (intra muros oder extra muros). Während im individuellen Case Management geklärt wird, was der Fall ist und über die Fallführung entschieden wird (in Abstimmung mit dem Patienten, im Assessment) und der Fall so Gegenstand gemeinsamer Bearbeitung ist, befasst sich das Case Management auf der Ebene der Organisation mit allen Fällen der Einrichtung (management of cases). Das Management aller Fälle einer Organisation (ob Krankenhaus, Pflegedienst oder Krankenkasse) erfolgt mit Methoden der Prozesssteuerung und –lenkung. Die Organisation sichert die gleichzeitige Versorgung aller Patienten innerhalb des Versorgungsbereiches entsprechend ihrer medizinischen, sozialen, pflegerischen und (sozial-) rechtlichen Erfordernisse. Dazu bedient sich die Organisation ihrer „Standardprogramme". Jede Organisation hat neben den Standardfällen (Problemkonstellationen, die mit den vorhandenen Programmen gelöst und im Ablaufschema gut abzubilden sind) immer auch mit besonderen Problematiken, eben „speziellen Fällen" zu tun. Diese sind gekennzeichnet durch Besonderheiten, die in den „Pfaden" bzw. den im Organisationskonzept hinterlegten standardisierten Vorgehensweisen nur unzureichend abgebildet und daher oft nicht optimal versorgt werden können. Das Management der „besonderen Fälle" setzt nun voraus, diese identifizieren und für das individuelle Case Management rekrutieren und dann begleitend steuern zu können. Die Bosch BKK hat CM als „handlungsleitendes Prinzip" eingeführt. Dies bedeutet, dass die Steuerung von Maßnahmen und die Ablauforganisation dem CM-Konzept folgen: Es findet ein Screening zur Fallauswahl statt. Die dann folgenden Prozesse sind beschrieben (Handbuch), die Mitarbeiter sind qualifiziert, die fachliche Begleitung der Patientenbegleitung ist gesichert, die strukturelle Verankerung in der Organisation ist erfolgt und die erforderlichen Instrumente zur Fallbearbeitung werden standardisiert und größtenteils EDV-unterstützt bereitgestellt. Eine fall- und fallgruppenbezogene Auswertung ist prinzipiell möglich. Das Management im Einzelfall (die Patientenbegleitung) bedarf zur Fallauswahl (Case Finding) eine strukturelle und prozessuale Einbettung (Zugangssteuerung). Durch das Screening vor Beginn der Behandlung, sollen Patienten, die eine intensive und sektorübergreifende Fallbegleitung benötigen, erkannt und diese durch die Delegation bestimmte Case Management Funktionen erhalten. Ihre Einteilung ist nötig, damit der Betrieb der Versorgung seine „Produktionsfaktoren" passend und nach den unterschiedlichen rechtlichen und tatsächlichen Ansprüchen von Nutzern einsetzen kann (Wendt 2009: 45). Screening bedeutet daher, zwischen CM-Fällen (also Patienten, für die eine Patientenbegleitung infrage kommt) und Nicht-CM-Fällen (Patienten, die die „Standardbetreuung" erhalten) anhand bestimmter Kriterien zu unterscheiden. Allgemeines Kriterium für CM-Fälle sollte ein besonderer Unterstützungs- bzw. Hilfebedarf sein, der sich auszeichnet durch eine mehrdimensionale Problemkomplexität (krank-

heitsbezogene, persönliche und soziale Ebene), Probleme im Zugang zu Versorgungsangeboten, ggf. ökonomische Probleme und insbesondere hohe Akteursdichte (vgl. auch Cesta et al. 1998, zit. n. Ewers 2000, 74 f.). So können Datenanalysen die Erstellung von wenigen Screeningkriterien ermöglichen, die zur Identifizierung von Case Management-Fallkonstellationen führen. Wie relevant der Prozess für die Entwicklung eines fundierten Screenings ist, belegen die Erfahrungen der Bosch BKK: In der Studie wurden durch ein EDV-gestütztes Screeningverfahren vier Gruppen gebildet (Schlaganfall, Herz- und Krebserkrankung sowie Ü75): Drei der vier Untersuchungsgruppen wurden über relativ abgrenzbare Diagnosen bzw. Diagnosegruppen gebildet. In der vierten, der Ü75-Gruppe, wurden außer dem Alter (über 75 Jahre) noch zusätzliche Aufgreifkriterien angewendet (interne Auswahlkriterien, die mehrere Diagnosegruppen und externe, z.B. Kooperationsverpflichtungen, umfassten). Dies war für die Konzeption der Studie relevant. Es hat sich gezeigt, dass die Aufgreifkriterien der Ü75-Gruppe aufgrund der Heterogenität dieser Gruppe nicht hinreichend spezifisch für eine fachliche Zuordnung zur Patientenbegleitung waren. Dies erklärt das vergleichsweise schlechtere Abschneiden in der Ü75-Gruppe. Die übrigen drei Gruppen sind offensichtlich für die Patientenbegleitung eher geeignet. Durch die vorgelegten Auswertungen, ergänzt um die Erfahrungen der Patientenbegleiter und weitere (Daten-)Analysen, ist es der Bosch BKK künftig möglich, das Screening zu verfeinern und die Fallgruppen systematisch anzupassen. Es kann ggf. eine Erweiterung der bestehenden Auswahlgruppen (etwa um bestimmte chronische Erkrankungen mit Steuerungsbedarf, jüngere Versicherte, Angehörigenarbeit) erfolgen. Entscheidet sich eine Organisation für die Einführung von Case Management sind die Kernprozesse (Auskunft, Information, Beratung, Versorgungssteuerung, Krisenintervention, Öffentlichkeitsarbeit, Netzwerkaufbau- und –steuerung) und Produkte zu definieren. Die Auswahl der Patientengruppen, für die Case Management infrage kommt, hat zu erfolgen. Die organisatorische Verankerung und die Einbindung ins Qualitätsmanagement sind zu konkretisieren. So sind z.B. Anbindung, (Team- und Kommunikations-) Struktur, Entscheidungsbefugnisse und fachliche Kontrolle festzulegen. Der Entwicklung von institutsbezogenen und professionsübergreifenden „Räumen des gemeinsamen Lernens“ (z.B. Teams, kollegiale Beratungsgruppen, Qualitätszirkel, Supervision) kommt dabei eine wesentliche Funktion zu.

Es mag überraschen, aber die professionspolitische Personalfrage (wer ist Case Manager oder wirkt im CM mit?) ist nachrangig. Entscheidend im CM-Prozess bleibt, dass unterschiedliche Fachkräfte beteiligt und unterschiedliche Qualifizierungsprofile notwendig sind. Dies verlangt konzeptionelle Arbeit – das „Spezialistentum“ soll nicht bekämpft werden, denn Spezialisten sind ja gerade bei komplexen Fallkonstellationen vonnöten: Es geht um komplexe Probleme, bei denen nicht erwartet werden kann, dass eine allein handelnde Profession oder (wie später aufgezeigt wird: eine allein handelnde Organisation/-einheit) sie löst, sondern dass die Problemlösung in Abstimmung durch die koordinierende Kompetenz des CM erfolgt. Das CM in der Organisation verlangt eine Vernetzung nach innen und nach außen. Diese beiden Prozesse können durchaus von unterschiedlichen Mitarbeitern wahrgenommen werden, wie das Beispiel der Bosch BKK zeigt: Die Kompetenzen zwischen Patientenbegleiter (Schwerpunkt: Patientenarbeit) und Gebietsbevollmächtigten (Schwerpunkt: Netzwerkarbeit) sind definiert.

Auf der Ebene der Organisation stellt sich die Frage, welche Auswirkungen das CM auf das (betriebs-)wirtschaftliche Ergebnis hat. In der Studie wurden dazu die verfügbaren Kostendaten (alle ausweisbaren Kosten der Patienten mit Ausnahme der Leistungsausgaben für die ambulante ärztliche Behandlung) der 1.064 Patienten ausgewertet. Es zeigt sich, dass das Modell zunächst mit Mehrkosten in Form von Aufwendungen für Patientenbegleitungen und Kosten für eine optimierte Versorgung verbunden ist, diese sich spätestens nach ca. einem Jahr in positive Kosteneffekte auf die Leistungsausgaben verändern. Insgesamt wurden ca. ein Jahr nach Beendigung der Patientenbegleitungen signifikante Einsparungen von durchschnittlich 21,5 Prozent ermittelt. Eine konservative „Hochrechnung“ zeigt: Bei einem Mittel von 2.300 Euro liegen mit 95 %iger Sicherheit die Einsparungen im Bereich zwischen ca. 900 Euro und 3.700 Euro und mit 99 %iger Sicherheit zwischen 450 Euro und 4.150 Euro. Den Aufwendungen für die ärztlichen Vertragspartner, für den Verzicht auf die Praxisgebühr für die eingeschriebenen Patienten und für die internen Kosten für die Patientenbegleitung stehen die Einsparungen gegenüber und führen zu dem Ergebnis: Die Verbesserung der Versorgung ist laut Aussagen der Bosch BKK nicht mit Mehrkosten verbunden. Selbst wenn, z.B. im Sinne einer Vollkostenrechnung (unter Beachtung aller Investitionen und direkten und indirekten Kosten) Mehrkosten verbleiben, ergibt sich durch die Einführung einer Patientenbegleitung für die Krankenkasse eine bessere Versorgung und Versorgungsstruktur (Primärziel Qualität vor Sekundärziel Kosteneinsparung) und damit ein angemessenes Kosten-Nutzenverhältnis (Effizienz), das durchaus vertretbar ist.

Literatur

DGCC – Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management (Hrsg.) (2008): Rahmenempfehlungen zum Handlungskonzept Case Management. Heidelberg/München: Economica

Ewers, M./Schaffer, D. (Hrsg.) (2000): Case Management in Theorie und Praxis. Göttingen: Huber.

Löcherbach, P./Hermsen, T./ Macsenaere M./ Arnold J./ Klein J. (2010): Evaluationsstudie zur Patientenbegleitung der Bosch BKK. Abschlussbericht. Mainz: KFH. In: http://www.kfh-mainz.de/ifib/pdf/Evaluationsstudie_BKK.pdf (abgerufen: 09.11.2010)

Porz, F./ Erhardt, H./ Podeswik, A (2009): Case Management in der Sozialpädiatrie. Das Augsburger Nachsorgemodell. In: Löcherbach et al. (Hrsg.): Case Management – Fall- und Systemmanagement in der Sozialen Arbeit: S. 90 – 113

Mueser, K.T/ Bond, Q.R/ Drake, R.E/ Resnick, S.Q (1998): Models of Community Care for Severe Mental Illness: A Review of Research on Case Management. Schizophrenia Bulletin, Vol. 24, No.1, 1998: 37-74

Schleunig, G./Welschehold, A. (2001): Psychiatrisches Case Management. Modellprojekt Psychiatrisches Casemanagement. Band 133 der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Baden-Baden: Nomos

Schmid, M./ Kuhn, S./ Schu, M./ Vogt, I./ Simmedinger, R./ Schlanstedt, G. (2007): Psychosoziale Interventionen in der Heroinstudie: Implementierung, Durchführung und Wirkung. Sozialmagazin 32, 3, 2007: 16-20

Schmid, M./ Schu, M (2006): Forschung zu Case Management: Stand und Perspektiven. In: Wendt, W.R./Löcherbach, P. (Hrsg.): Standards und Fachlichkeit im Case Management. München: Economics: 285-298.

Thorenz, A. (2006): Case Management zur Optimierung der sektorenübergreifenden Versorgung im Gesundheitswesen. Frankfurt: Lang.

Wendt, WR. (2009): Wo stehen wir im Case Management und wie entwickelt es sich weiter ? In: Wendt, WR./Löcherbach, P. (Hrsg.) Standards und Fachlichkeit im Case Management. Heidelberg/München: Economica: 1-52

Wendt, WR./ Löcherbach, P. (Hrsg.) (2006): Case Management in der Entwicklung - Stand und Perspektiven in der Praxis. Heidelberg/München: Economica

3. Die Einbindung der Case-Management-Organisation in das regionale Hilfesystem: Die Einbindung koppelt das Management der systeminternen Prozesse mit der systemexternen Versorgung. Diese ist für die fall- und institutionsübergreifende Steuerung und Netzwerkbildung erforderlich. Konzeptionelle Fragen der Initiierung von Netzwerken, die Auswahl der Netzwerkpartner und die vertragliche Gestaltung der Kooperation sind zu klären, damit sie dem Ziel der Optimierung von Vernetzung dienlich sind. Hier zeigt sich, wie voraussetzungsvoll die Einbindung von Netzwerkpartnern ist: Auf welcher Basis und mit welchem Benefit lassen sich die Partner überhaupt einbinden? Welche Anreize gibt es für eine Vernetzung? Initiatoren sind gut beraten, diese Fragen im Vorfeld zu klären. Im Bereich der gesetzlichen Krankenkassen können hier künftig Selektivverträge eine gewichtige Rolle spielen. In der Bosch-BKK-Studie ist die Patientenbegleitung Bestandteil von Verträgen nach §§ 73 und 140 SGB V mit regionalen Ärzteverbünden. Entscheidend ist, dass Ärzte so über das Modell informiert sind, einen finanziellen Anreiz zur Kooperation erhalten und zur Mitarbeit verpflichtet werden. Damit ist eine wesentliche Grundlage für die Vernetzung wichtiger Kooperationspartner gebildet. Das System befindet sich noch in der Erprobungsphase und bedarf der Anpassung. Das Anreizsystem kann noch stärker an nachweisbare Leistungen (z. B. Beratungsleistungen, Kooperationsleistungen im Fall, Kooperationsleistungen im Verbund) gebunden werden. Darüber hinaus kann eine vertragliche Bindung mit anderen (Gesundheits-) Anbietern oder Dienstleistern (z. B. Krankenhaussozialdienst) erfolgen. Eine systematische Vernetzung mit angrenzenden und ergänzenden (sozialen) Hilfen sowie mit vorhandenen Netzwerken in der jeweiligen Region wäre der nächste Schritt. Die Patientenbegleitung könnte künftig z. B. sinnvoll mit Pflegestützpunkten kooperieren (wenn diese implementiert sind).

Folgerungen für die Versorgung

Care Counselling im Case Management verbindet die individuelle Bedarfsdeckung mit der Versorgung. CM kann sowohl von einer personalisierten Vorgehensweise von der Seite des Leistungsträgers (Versicherung) her als auch von der Seite des Gesundheitsdienstleisters her dienen oder intermediär eingesetzt werden

- zur Koordination in einem Ärztenetz,
- bei einem Rehabilitationsmanagement
- im nachgehenden Versorgungsmanagement (§ 11 SGB V)
- im Pflegestützpunkt (hier in Ausprägung eines Care Managements).

CM sollte nicht als isolierte Leistung, sondern als einer Komplexleistung zugehörig betrachtet werden. Ein komplexer Hilfebedarf erfordert vom Versorgungssystem ein entsprechend vielfältiges Angebot. Case Management, und hier schließt sich der Kreis, hat die Aufgabe, fallbezogen integrierte Versorgung zu leisten, indem es eine Schnittstellenfunktion ausübt: von der stationären in die ambulante Versorgung; von der Akutversorgung in die Rehabilitation; von formaler Versorgung in informelle Sorgearbeit unter Nutzung der sonst getrennt voneinander agierenden Behandler und Dienstleister. Die Vernetzung im konkreten Fall ist dabei die eine Sache (die des individuellen Case Managements), die Vernetzung zur fallübergreifenden Angebotssteuerung eine andere (die des Care Managements).

Die fallübergreifende System- und Versorgungssteuerung soll die strukturellen Voraussetzungen im Gemeinwesen für eine bestimmte Adressatengruppe schaffen, um Angebote und Strategien bspw. für die Versorgung der Menschen und ihrer Angehörigen, aber auch in der offenen Arbeit, abzustimmen. Der Übergang zum Care Management (Perspektive von Versorgung, die über die regionale Perspektive hinaus geht) wird deutlich: Fehlversorgung, Unterversorgung und Überversorgung können vermieden werden. Das Modell der Bosch BKK zeigt hier für die medizinisch/pflegerische Versorgung vorbildliche Ansätze.

Case Management ist gewollt und wird politisch unterstützt. Während auf der operativen Ebene das Programm durchaus überzeugt, besteht auf der strategischen und normativen Ebene weiterer Entwicklungsbedarf. Case Management verspricht Effektivität, Effizienz und Qualität. Darauf wird sich gern bezogen. Doch der Ansatz geht davon aus, dass dies in und durch Koordination und Kooperation – konsensuell – erfolgt. Demgegenüber begünstigen finanzielle Anreize (Budgetierungen oder Finanzierungen von Behandlungsleistungen) nach wie

Überblick über die Evaluationsergebnisse

Inhalt	Befund	Zusammenfassung
Versicherte: • Lebensqualität • Problemabbau • Ressourcenaufbau	+	Deutlich positive Veränderungen bzgl. gesundheitszustandsbezogener Ängste und Befürchtungen. Keine bzw. geringe Auswirkungen bei unmittelbarer körperlicher Gesundheitssituation und subjektivem Befinden. Es gelingt, Problemlagen abzubauen und Ressourcen zu fördern. Die Effekte werden von Versicherten, Ärzten, KH-Sozialdiensten und Patientenbegleitern ähnlich positiv eingeschätzt. Speziell stärkere Aktivierung in Bezug auf das Gesundheitsverhalten.
Partner: „Sekundäreffekte“	++	Höhere Entlastung und Verbesserung der Zusammenarbeit aller an der Behandlung beteiligten Personen und Institutionen.
Versicherte: Zufriedenheit	++	Zufriedenheit mit der Krankenkasse deutlich erhöht (insbes. hinsichtlich Beratungskompetenz, Vertrauensverhältnis und Einfühlungsvermögen)
Partner: Zufriedenheit	++	Höhere Zufriedenheit bei Ärzten (und entsprechend den vorliegenden Daten auch bei den Krankenhaussozialdiensten).
Effekte bei Fallzahlen	+	siehe Leistungsausgaben
Effekte bei Falldauern	+	siehe Leistungsausgaben
Leistungsausgaben (Kosten)	+	PB führt kurzfristig zu Mehrkosten. Die Befunde zeigen, dass sich dies mit Zeitverzögerung (spätestens nach einem Jahr) in einen positiven Kosteneffekt umkehrt, der v. a. im Krankenhausbereich anzusiedeln ist. Aufgrund des starken Zusammenhangs mit den Leistungsausgaben sind ähnliche Effekte auch im Bereich von Fallzahlen und Falldauern zu erwarten
Wirkfaktoren	++	Die entscheidenden Erfolgsfaktoren: „Passung“ zw. Bedürfnislage und Versorgungsbedarf des Patienten herstellen Sonstige: umfangreiche, gezielte Interventionen mittlerer Dauer, frühzeitige Einleitung der Patientenbegleitung, Atmosphäre und „Intensität“ der Kontakte, hohe „Kooperativität“ aller Beteiligten u.v.m. Ausbaufähig ist bspw. noch der persönliche Kontakt der Patientenbegleiter zu den behandelnden (Haus-)Ärzten.

Legende: ++ positiv; + tendenziell positiv

vor Einzelinteressen, Konkurrenzdenken und kurzfristige Einsparungen im Quasimarkt des Gesundheitswesens. Dieser, wie der folgende Widerspruch, bedarf der Bearbeitung: Politik (normative Ebene) bezieht sich gern auf das Case Management, leistet aber wenig zur Überwindung der strukturellen Barrieren, indem sie zwar Vernetzung fordert, für deren Ausgestaltung wenig Anreize setzt. Das aktuelle Beispiel der Pflegestützpunkte (SGB XI) zeigt, dass Gesetzesvorgaben nicht unbedingt dazu führen, das neue Versorgungsangebot flächendeckend vergleichbar zu implementieren, die Länderunterschiede lassen erst gar nicht zu, dass Pflegestützpunkte überhaupt in der Bevölkerung wahrgenommen werden.

Dabei untermauern aktuelle Ergebnisse aus Modellprojekten und Forschungsvorhaben in Deutschland (und auch in den Mutterländern des CM – USA und Großbritannien) folgende Tendenz: Je mehr (qualitative) Case-Management-Elemente auf der Einzelfall-, Organisations- u. Systemebene implementiert sind, desto besser fallen die Ergebnisse aus (vgl. Schmid/Schu 2006, Mueser et al. 1998, Schleuning 2001, Thorenz 2006, Schmid et al. 2007, Porz et al. 2009). Es bleibt dennoch derzeit häufig den Protagonisten überlassen, in ihrem Zuständigkeitsbereich Wirkungen und Wirtschaftlichkeit von CM zu belegen: Die Bosch-BKK-Studie zeigt, dass eine Optimierung der Patientenversorgung nicht notwendigerweise mit Mehrkosten verbunden ist sondern dass sich der Mehraufwand für das CM, zumindest für die Krankenkasse, nach einem Jahr amortisiert – aufgrund von Effizienzsteigerung. Die Ergebnisse zeigen insgesamt, dass durch das Modell der Patientenbegleitung weitestgehend vier Ziele erreicht werden konnten:

1. Kundenzufriedenheit
2. Effektivität u. Qualitätssteigerung
3. Effizienzsteigerung
4. Imagegewinn und bessere Systemakzeptanz

Effectiveness and efficiency has been proved

The case management approach promises effectiveness and efficiency. A scientific evaluation study about patients' assistance offered by a health insurance company (Bosch BKK) demonstrated the effects and impacts of this form of personalized support. The study included 1064 patients and more as 300 physicians and social workers as partners in cooperation. The results turn out that Case Management brings about a better quality of care and positive economic efficiency.

Keywords

Case Management, Patients assistance, public health system, Bosch BKK, Scientific evaluation study

Die Bosch BKK zeigt, wie die Implementierung einer Patientenbegleitung gelingen sowie die Patientenversorgung optimiert werden kann und setzt auf mittel- und langfristige finanzielle Effekte. Die Untersuchungsergebnisse bestätigen die eingeschlagene Richtung und geben Hinweise für die Weiterentwicklung, sowohl krankenkassenintern als auch hinsichtlich der Neuorganisation des Patientenversorgungssystems im Allgemeinen. Gesundheitspolitik bleibt aufgefordert, durch Gesetze deutlichere Anreize zu setzen sowie diese und andere integrierte Versorgungsformen wirksam zu unterstützen. <<

Prof. Dr. Peter Löcherbach
ist Professor für Sozialarbeitswissenschaft im Fachbereich Soziale Arbeit an der Kath. Fachhochschule Mainz und stellv. Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management (DGCC). Forschungs- und Veröffentlichungsschwerpunkte: Case Management (Ausbildung, Anwendung und Wirkungsforschung)
Kontakt: loecherbach@kfh-mainz.de

