

„Nicht überall, wo Case Management draufsteht, ist Case Management drin“

Interview mit Prof. i. K. Dr. phil. Peter Löcherbach



bislang durch die Sektorengrenzen des hiesigen Gesundheits- und Versicherungssystems zu lotsen.

Was ist und tut die DGCC?

Das ist eine Fachgesellschaft, die Case Management in der Praxis, in Ausbildung und Forschung fördert. Wir haben rund 750 Mitglieder, wovon ungefähr 120 Institutionen sind. Einen großen Aufgabenbereich nimmt die Aus- und Weiterbildung von Case Managern ein.

Bilden Sie Case Manager selbst aus?

Nein, wir haben ein Curriculum für die Weiterbildung entwickelt und zertifizieren die Hochschulen und Institute, die danach arbeiten. 65 Institute in Deutschland sind zertifiziert.

Wie werde ich Case Manager nach den Richtlinien der DGCC?

Sie müssen bereits einen Beruf ausüben, aus dem Bereich Pflege, Medizin, der Psy-

ZUR PERSON

Professor Dr. phil. Peter Löcherbach ist seit 1994 Inhaber des Lehrstuhls für Sozialarbeitswissenschaft an der Katholischen Hochschule Mainz. Von 2001 und 2008 war er Rektor der Hochschule. Der Westerwälder (geboren 1957 in Niederfischbach) machte zunächst einen Abschluss in Sozialpädagogik, promovierte in Philosophie, und arbeitete in den 1980er-Jahren in der Psychologischen Beratungsstelle beim Caritasverband Koblenz zur Betreuung von Sucht- und HIV-Patienten. Einer seiner Lehr- und Forschungsschwerpunkte ist das Case Management. Löcherbach ist obendrein Vorstandsvorsitzender der hiesigen Fachgesellschaft zum Thema, der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management (DGCC). E-Mail: peter.loecherbach@kh-mz.de

Im Gespräch mit der ZfOU erklärt der Vorsitzende der Fachgesellschaft für Care und Case Management (DGCC), was nötig ist, um Patienten besser als

chologie, oder der Sozialen Arbeit. Die Qualifikation selber besteht aus einem Modulsystem, das je nach Vorkenntnissen eines Teilnehmers zwischen 210 und 400 Stunden umfasst. Ein Case Manager muss sozialrechtlich fit sein, muss Moderations- und Beratungstechniken beherrschen. Je nach vorheriger Ausbildung müssen unterschiedlich viele Module belegt werden. Im Durchschnitt dauert die Weiterbildung zwischen 1 und 1,5 Jahren. Am Schluss wird eine Arbeit geschrieben und eine Prüfung abgelegt. Mittlerweile gibt es in Deutschland über 7000 Case Manager, die nach den DGCC-Kriterien ausgebildet sind. Und jedes Jahr kommen einige Hundert neu dazu.

Kann man die Weiterbildung berufsbegleitend absolvieren?

Ja. Das Angebot umfasst eine Mischung aus Seminarformen und Abschnitten zum Selbststudium bis hin zu Online-Modulen.

Und die Kosten?

Je nach Art der Ausbildung sind es zwischen 2500 und 3500 Euro. Ich schätze, dass in 70% der Fälle die Kosten der Arbeitgeber übernimmt.

Wo kommen die Leute unter?

In Kliniken, generell im Gesundheitsbereich – auch in Pflegestützpunkten, im Sozial- und Versicherungswesen. Vor ungefähr 10 Jahren wurde Case Management als beschäftigungsorientiertes Fallmanagement auch bei den Arbeitsagenturen eingeführt. Es gibt Stellen in der Kinder- und Jugendhilfe, bei Versicherungen. Momentan beschäftigt sich auch die Deutsche Rentenversicherung mit Fallmanagement. Die Krankenkassen sind eher zögerlich.

Gibt es in Deutschland noch andere Stellen, wo ich ein Zertifikat Case Manager erwerben kann?

Es gibt noch andere Formen, ich nenne das Basiskurse. Mit unserem Curriculum stellen wir sicher, dass jemand, der diese Weiterbildung absolviert hat, auch Case Management kann.

Es gibt auch Unsinn am Markt – etwa Weiterbildungen zum sogenannten Codier-Case Manager. Da hat jemand im Krankenhaus festgestellt – Codieren ist wichtig nach den DRG, und wir brauchen Manager dafür. Jetzt aber zu sagen, wir machen

einen Codierer zum Case Manager, auch wenn der dann weiter vor allem kodiert – das geht ziemlich stark am eigentlichen Case Management vorbei.

Womit wir bei der Frage wären, was Case Management ist.

Wenn Sie eine Definition möchten, würde ich sagen: Case Management ist eine Vorgehensweise, die im Einzelfall Unterstützung, Behandlung und Versorgung organisiert. Punkt. Und wenn Sie wollen können Sie noch dahinter schreiben: Insbesondere, wenn eine abgestimmte und koordinierte Versorgung erforderlich ist.

Auf Deutsch heißt es Fallmanagement?

Man kann es so übersetzen. Wobei betont werden muss, dass der Fall im Case Management nicht die Person ist.

Sondern?

Der Fall ist die Situation. Die müssen wir managen.

Welche Situation?

Wir gehen davon aus, dass Case Management immer dann erforderlich ist, wenn es um komplexe Fälle geht. Und immer dann, wenn verschiedene Dienstleister zusammen arbeiten müssen. Wo ein Arzt, ein Sozialarbeiter, möglicherweise auch noch mehrere Versicherungen beteiligt sind, und wo es nichts nützt, wenn jeder davon nur für sich isoliert sein Programm durchzieht.

Das kann zum Beispiel die Lage eines Patienten sein, der nach einem Unfall trotz erster Reha-Maßnahmen nicht mehr in den gleichen Beruf zurückkann, und der jetzt Beratung und Unterstützung braucht, um eine andere Stelle zu finden. Es kann aber auch die Situation sein, dass jemand arbeitslos, hoffnungslos überschuldet ist, sich in Scheidung befindet und deswegen aus der Arbeitslosigkeit erst recht nicht herauskommt.

Da hilft ein Case Manager, der dann koordiniert?

Ja. Der im Übrigen nicht bestimmt, was zu tun ist. Das ist auch etwas, was oft falsch gesehen wird. Der Case Manager ist vielmehr derjenige, der die Dinge zusammenführt, mit den Beteiligten eine Abstimmung herbeiführt.

Wo kommt das Konzept Case Management her?

Einerseits aus den USA, als es dort seit den 1960er-Jahren zur Auflösung der stationären Psychiatrien kam, man im Ergebnis aber feststellte, dass viele aus der Versorgung rausfielen. Daher wurde ein Case Management entwickelt.

Und der 2. Ansatz führt in die 1980er-Jahre, als Margaret Thatcher in Großbritannien das Care Management verpflichtend einführte, um zu vermeiden, dass es im Gesundheitswesen zu Doppelbehandlungen kommt.

Case Management hat damit 2 Wurzeln. Die eine ist, Menschen, die nicht versorgt werden, wieder in die Versorgung zu bekommen. Und die zweite ist, Versorgung effektiv und effizient zu gestalten – eine ökonomische Komponente. In Deutschland ist das Konzept vor allem durch meinen Kollegen Wolf-Reiner Wendt publik geworden.

Wie sieht ein funktionierendes Case Management in einem Krankenhaus aus?

Das Krankenhaus wird bei der Aufnahme ein Screening, eine Auswahl der Patienten machen, um herauszufinden, welche von ihnen ein Case Management benötigen. Man wird Sie etwa zu Ihren Lebensumständen befragen, welche Möglichkeit besteht, wieder nach Hause zu kommen, oder wie oft Sie im letzten Jahr im Krankenhaus waren. In der Regel erhält die Abteilung für Case Management bei genügend Hinweisen automatisch eine Nachricht, diesen Patienten einmal anzuschauen. Und dann steht im besten Fall am nächsten Tag die Case Managerin bei Ihnen am Bett und unterhält sich mit Ihnen. Sie hat dann die Aufgabe, im Haus und im Umfeld das, was zu arrangieren ist, zu veranlassen, damit Sie auch wieder nach Hause kommen.

Es sind 5 bis 10% der Patienten, die wirklich ein individuelles Case Management brauchen, und die fallen im Moment in der Regel durch das Raster und werden gegebenenfalls nicht nach Hause entlassen – weil es oft kein Case Management gibt.

Wie viele Kliniken machen ein Case Management?

Dazu gibt es noch keine Zahlen. Es wird zunehmend weiter verbreitet, aber es ist noch ein relativ kleiner Anteil. Weil der Begriff nicht geschützt ist, werden Sie in

Krankenhäusern im Übrigen häufiger „Case Management“ begegnen, als dass Sie wirklich ein entsprechendes Angebot bekommen. Es gibt Häuser, die nennen die Mitarbeiterinnen in der Aufnahme Case Managerinnen, es gibt andere, die nennen so ihre Codierer oder ihre Nachsorgemitarbeiter. Längst nicht überall, wo Case Management draufsteht, ist auch Case Management drin. Dabei haben Sie als Patient einen Anspruch darauf.

Wie das?

Im SGB V steht im § 11, Absatz 4, klar geschrieben „Versicherte haben Anspruch auf ein Versorgungsmanagement insbesondere zur Lösung von Problemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche; dies umfasst auch die fachärztliche Anschlussversorgung.“ Das ist die Beschreibung von Case Management.

Wer ist denn für die Umsetzung des § 11 SGB V an erster Stelle zuständig? An erster Stelle das Krankenhaus?

Ob an erster Stelle sei mal dahingestellt. Beim sogenannten Entlassungsmanagement gibt es jetzt in der Tat eine Verpflichtung bei den Krankenhäusern. 2015 hat das Krankenhausstrukturgesetz Krankenhäuser dafür verantwortlich gemacht, wie die Entlassung vonstatten geht. Das Krankenhaus kann nicht einfach sagen, mich interessiert die nachfolgende Versorgung nicht. Es muss sich kümmern.

In der Realität müssen sich Patienten aber oft selber und auf sich gestellt nach der Entlassung um den nächsten Termin beim Facharzt oder die Suche nach einem Pflegedienst kümmern. Ist dies Fehlen von Versorgungsmanagement dann nicht ein Verstoß gegen das Gesetz?

Von der Intention her haben Sie vollkommen recht. Aber jetzt sagen Sie mal als Verbraucher, Sie haben den Eindruck, kein vernünftiges Versorgungsmanagement bekommen zu haben. An wen wenden Sie sich denn dann?

Weiß ich nicht.

Ich auch nicht. Dabei finden sich an vielen Stellen im Sozialgesetz sogenannte Beziehungsregeln. Da sollen verschiedene Einheiten gut zum Wohl des Patienten zusammenarbeiten. Das ist in der Praxis Case

Management. Aber das klappt oft nicht, auch weil nicht geregelt ist, wer die Koordination bezahlt. Und weil es keine Sanktionen gibt.

Patienten kennen aus der Klinik vielleicht noch eher den sogenannten Sozialdienst?

Er kümmert sich um den Bereich der Reha, um Fragen der Anschlussheilbehandlung, rechtliche Aspekte und auch um die Frage der Edukation von Patienten, damit die wieder zu Hause klarkommen. Der Sozialdienst deckt für mich aber nur einen Teilaspekt von Case Management ab. Meine Empfehlung ist, dass ein Krankenhaus seine Entlassungsabteilung und seinen Sozialdienst zusammenlegen, denn beide zusammen ergeben wunderbar die Kompetenz für eine Case-Management-Abteilung. Sie haben dann Krankenpflege und Sozialarbeit, beide Kompetenzen, bestens vereint.

Wie soll ein Krankenhaus die neue Fusionsabteilung für Case Management finanzieren?

Die Mittel werden aus dem internen Budget, in der Regel von der Pflege, genommen. Das ist ein Problem, denn dann kommt es ja zu Umschichtungen. Auf der anderen Seite deuten manche Hochrechnungen an, dass sich Case Management für ein Haus mittelfristig rechnen kann, weil sich die Verweildauer verkürzen lässt und sich vorzeitige Wiederaufnahmen vermeiden lassen.

Gibt es Belege dafür in Studien?

Ja. Eine der schönsten Untersuchungen dazu gab es vor rund 15 Jahren in Berlin: Patienten, bei denen die Ärzte eine Entlassung nach Hause nicht verantworten konnten, erhielten ein Case Management mit dem Ergebnis, dass von 100 Betroffenen 67 dann doch nach Hause konnten [1].

Weil der Case Manager dafür sorgte, dass die Versorgung auch daheim gesichert ist, über Pflegedienste, Umbauten in der Wohnung und andere Hilfen mehr?

Ja. Case Manager kümmern sich darum, dass die Versorgung funktioniert.

Ist der Case Manager eine Person, die mir zugeordnet wird und die auch noch Mo-

nate nach der Entlassung für mich zur Verfügung steht?

Nein. Wenn Sie ein Case Manager in einem Krankenhaus sind, dann hört die Zuständigkeit natürlich am Tag der Entlassung auf. Ein Case Management, das im Krankenhaus beginnt, muss aber bei Bedarf nach Entlassung von einer Case Managerin im ambulanten Bereich fortgesetzt werden.

Und wo arbeitet die?

Die Uniklinik Mainz hat zum Beispiel eine Vereinbarung mit umliegenden Pflegestützpunkten: Die Case Manager in der Klinik machen die ersten Schritte und übergeben dann strukturiert an die Case Managerin im Pflegestützpunkt. Wenn andererseits jemand schon im ambulanten Setting mit Case Management zu tun hat, dann führt dieser Case Manager das Management auch weiter, wenn die Person ins Krankenhaus geht.

Ein weiteres Positivbeispiel kenne ich für den Kreis Minden-Lübbecke. Dort gibt es ein sogenanntes Lotsentandem im Projekt Case Management und Demenz. Ein Arzt und ein Case Manager bilden ein Tandem für die Demenzbetroffenen. Der Arzt verantwortet die SGBV-Leistungen, der Case Manager kümmert sich um alles andere. Wenn beide gut kooperieren, ist der Patient gut versorgt.

Das Gesundheitswesen insgesamt kann so am Ende auch dank guter Versorgung Kosten sparen?

So ist es. Auf mittlere Sicht fände ich es im Übrigen richtig, Leistungen des Case Managements als Kassenleistung zu finanzieren. Dann wäre auch der Anspruch der Versorgung besser einlösbar. Auch sollten wir neu darüber nachdenken, wer für das Case Management nun generell im Gesundheitswesen zuständig sein soll.

Und wer?

Es gibt verschiedene Möglichkeiten. Eine ist, dass der Case Manager beim Leistungsträger angestellt ist. Sprich: bei Versicherungen oder Krankenkassen.

So etwas gibt es schon. Die BG Kliniken in Deutschland loben sich für ihr Reha-Management. Zuständig ist ein Case-Manager bei der Unfallversicherung, der sich bei jedem Patienten nach einem berufsbedingten Unfall darum kümmert, dass dieser wieder in den Beruf zurückkehren kann.

Ja, und die guten Ergebnisse der DGUV kann ich bestätigen. Aus ähnlichen Motiven prüft jetzt auch die gesetzliche Rentenversicherung, ob es sinnvoll ist, ein Case Management flächendeckend anzubieten.

Sodass demnächst auch ein Skifahrer, der sich in der Freizeit die Knochen bricht, bei der Versorgung als Kassenpatient nach SGB V ein Reha-Management bekommt?

Richtig. Für die medizinisch-berufliche Reha, bei der die Rentenversicherung zuständig ist, könnte es bald solch ein Management geben.

Sollten sich Ihrer Ansicht nach also eher die Versicherer, damit auch die Krankenkassen, um das Case Management kümmern?

Nicht zwingend: Ein Case Manager bei den Leistungserbringern, etwa im Krankenhaus, aber auch bei den Leistungsträgern birgt meiner Meinung nach das Risiko der mangelnden Neutralität des Case Managers. Die vermutlich beste Lösung wäre daher für mich eine andere: Der Case Manager arbeitet bei einer patientennahen Organisation. Bei einer Angehörigengruppe zum Beispiel oder bei Selbsthilfegruppen.

Und wo soll der Vorteil sein?

Hauptaufgabe des Case Managers ist es, patientenorientiert die Versorgung zu sichern – und die neutralste Funktion dafür sehe ich in der patientennahen Organisation. Bei einer Krankenkasse wie auch im Krankenhaus könnte er unter dem Druck stehen, aus Spargründen manche Leistungen doch nicht zu vermitteln.

Wäre Case Management nicht verzichtbar, wenn die vielen Akteure im Gesund-

heitswesen einfach mal öfter zum Hörer greifen würden, aktiver miteinander über den Patienten und sein Wohl kommunizieren?

Das ist immer richtig. Trotzdem nenne ich das eine unterkomplexe Lösung. Denn dort, wo 4 oder 5 verschiedene Behandlungsstränge zusammen geführt werden müssen, da brauchen Sie mehr als einen Griff ab und an zum Hörer. Da muss es eine Struktur für die Kommunikation und eine Verbindlichkeit geben. Und dann brauchen Sie den Case Manager eben auch als unabhängige Vertrauensperson, der die Daten schützt. Als Patient möchte ich, dass alle, die etwas von mir wissen sollten, auch bitte nur das wissen, was notwendig ist. Ich möchte zum Beispiel nicht, dass mein Hausarzt erfährt, dass ich 40 000 Euro Schulden habe. Und ich möchte auch nicht, dass meine Krankenkasse weiß, dass mein Kind in der Schule 3-mal sitzengeblieben ist. Aber ein Case Manager als Person des Vertrauens könnte die Informationen bekommen, um dann die nötige Hilfe in Absprache mit mir zu organisieren.

Der Case Manager ist damit derjenige, der mit dem Patienten überlegt, wie er seine Gesundheit, seinen Job, seine Familie und Finanzen „auf die Reihe kriegt“ – aber nur, wenn dazu Hilfe erforderlich ist.

Wäre Case Management im Gesundheitswesen noch nötig, wenn die Sektorengrenzen fielen?

Da bin ich zurückhaltend. Wir haben ein Gesundheitssystem, das sich jahrzehntelang entwickelt hat. Und zu glauben, mit einem großen Wurf fielen die Sektorengrenzen und dann würde alles gut, ist unrealistisch. Als Realist empfehle ich, die Grenzen durch besseres Case Management zu überwinden.

Literatur

- [1] Wissert M. Ambulante Rehabilitation alter Menschen: Beratungshilfen durch das Unterstützungsmanagement. Freiburg: Lambertus; ISBN: 978374108995 (nur antiquarisch erhältlich)

Das Interview führte Bernhard Epping