

Karin Rumpelsberger, Reinhard Köhler

## Wer sagt, ob „das System“ versagt? Care und Case Management als Motor für stärkere Patienten-/Klienten-Orientierung

Der Betreuungs- und Behandlungsbedarf liegt häufig quer zu den gegebenen Versorgungsstrukturen – das birgt Potential zu Systemversagen. Care und Case Management verfolgen den Anspruch, die in der modernen Gesellschaft unumgänglichen Systemübergänge im Sinne des und mit dem Klienten positiv zu bewältigen. Eine stärkere PatientInnen-Orientierung wäre dazu notwendig und sollte Berücksichtigung finden: bei der Strukturentwicklung der Versorgungssysteme, bei der Personalentwicklung der Professionellen und nicht zuletzt in Bezug auf die Kompetenzentwicklung bei PatientInnen/ KlientInnen. Am Beispiel Rehageld wird gezeigt, welche Lern- und Entwicklungsschritte schon gegangen wurden und welche noch zu setzen wären.

Die Österreichische Gesellschaft für Care- und Case-Management ist ein Verein zur Etablierung von Case und Care Management und fungiert als Netzwerk und Interessensvertretung für Case ManagerInnen und Organisationen, die Case Management anbieten. Sie versteht CM als „Handlungsansatz, der sich vor allem dadurch auszeichnet, dass entlang einer Betreuungsepisode eines Klienten („over time“) und quer zu den Grenzen von Versorgungseinrichtungen und -sektoren sowie Professionen („across services“) ein maßgeschneidertes Versorgungspaket („package of care“) erhoben, geplant, implementiert, koordiniert und evaluiert werden soll“ (ÖGCC 2016, S. 1). Formulierungen wie „maßgeschneidert“ und „quer zu Versorgungssektoren sowie Professionen“ adressieren das Potential zu Systemversagen und verbinden es mit dem Anspruch, ebendieses hintenan zu halten. Case und/oder Care Management sollen bewirken, dass die Systemübergänge im Sinne des Klienten und seines Bedarfes positiv bewältigt werden.

### Was es ist – Begriffsdefinition

Case Management und Care Management werden in Österreich und international in vielfältiger Weise verstanden und eingesetzt. Vorangestellt werden die Begriffsdefinitionen, welchen die ÖGCC folgt (ÖGCC 2016, S. 1). Nach Ewers ist Case Management eine auf den Einzelfall ausgerichtete diskrete, d.h. von unterschiedlichen Personen in diversen Settings anwendbare Methode zur Realisierung von Patientenorientierung und Patientenpartizipation sowie Ergebnisorientierung in komplexen und hochgradig arbeitsteiligen Sozial- und Gesundheitssystemen (Ewers 2005, S. 8). Nach Löcherbach stellt Case Management interprofessionelles Arbeiten in Netzwerken dar, zur optimalen Gestaltung der Versorgung für den Einzelfall. Case Manager sollen und müssen über Kompetenzen verfügen, die gestellten Aufgaben erfüllen zu können und sind daher theorie- und praxisnah auszubilden. Der CM-Prozess umfasst nicht nur die Steuerung von Fallsituationen, sondern auch von Systemen (Löcherbach 2006, S. 309 zit. n. ÖGCC 2016). Während Case Management darauf ausgerichtet ist, für den Einzelfall eine optimale Versorgung zu gewährleisten, zielt Care Management auf die reibungslose, integrierte Ablauforganisation von Versorgungsleistungen durch den Aufbau und die Etablierung von fallübergreifenden, regionalen, organisationsinternen und -übergreifenden Netzwerken, auf die im Einzelfall zurückgegriffen werden kann (Wendt 2006, zit. n. ÖGCC 2016).

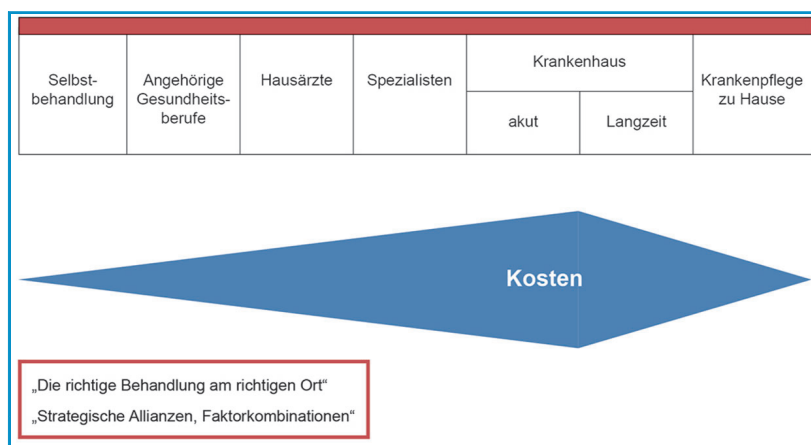


Abb. 1: Die Behandlungskette (Quelle: Baumberger 2001, S. 59)

## Wie stellt sich die Situation für die PatientInnen oder KlientInnen dar?

Aus Sicht der KlientInnen stellt sich der Betreuungs- und Behandlungsbedarf oft quer zu den gegebenen Versorgungsstrukturen dar. Wie auf Abbildung 1 anhand der Behandlungskette zu erkennen ist, durchläuft ein konkreter Fall („Case“) in der Regel mehrere Versorgungssektoren.

Im Gesundheitswesen dominiert nach wie vor eine naturwissenschaftlich-technische Sicht des Behandlungsprozesses. Die Qualität wird hauptsächlich aus professioneller Sicht z.B. anhand von fachlichen Standards beurteilt („technische Versorgungsqualität“). Ein umfassender Qualitätsbegriff umfasst aber auch die Sicht des Patienten (Blum, 1997).

„Patientenorientierung heißt, dass sich die am Behandlungsprozess der Patienten Beteiligten bemühen, die Erwartungen und Bedürfnisse der Patienten kennen zu lernen und sie im Rahmen eines therapiekonformen Betreuungsprozesses zu erfüllen“ (Hauke 1999, S. 52).

## Auswirkungen und Voraussetzungen einer verstärkten Patientenorientierung

Eine echte Stärkung der Patientenorientierung bedingt in vielen Bereichen eine radikale Veränderung von Sichtweisen und Abläufen. Für alle in medizinischen Berufen Tätigen wäre die Kommunikation mit dem Patienten wieder verstärkt zu suchen und komplizierte medizinische Sachverhalte in einer für Laien verständlichen Form darzustellen. Eine durchgängige Patientenorientierung bedingt darüber hinaus Veränderungen und Flexibilisierungen im Versorgungssystem und nicht zuletzt stehen auch die zunehmend mündigen und selbstverantwortlichen PatientInnen vor einer ganz neuen Situation. Care und Case Management können für all diese Bereiche einen wesentlichen Entwicklungsbeitrag liefern – auch und gerade im Sinne der vielzitierten Brückenfunktion (Löcherbach 2020, S. 55). In letzter Konsequenz würde ein so verstandenes Care und Case Management die Utopie verfolgen, die eigene Notwendigkeit immer weiter zurückzudrängen.

### 1 Strukturentwicklung des Versorgungssystems

Im derzeitigen Versorgungssystem herrschen starre Strukturen vor. Der Wechsel zum Beispiel vom stationären Sektor in die ambulante Betreuung oder in eine Rehabilitationseinrichtung ist nicht durchgängig organisiert. Bei einer patientenorientierten Sichtweise würde das „Sich-zuständig-Fühlen“ für einen Patienten nicht an der Schwelle der eigenen Einrichtung/Praxis enden, sondern gerade das Schnittstellen-Management einen wesentlichen Teil der Versorgung ausmachen. Unbestritten ist das

hohe Engagement, das Überleitungs- und Pflege in den Krankenhäusern, Case ManagerInnen der Sozialversicherung, Soziale Arbeit, arbeitsmarktorientiertes Case Management und andere leisten (Case Management, 2/2020), dennoch sind auch sie in ihre institutionellen (und nicht zuletzt finanziellen) Zusammenhänge und Zwänge eingebunden. Ein wichtiger Grund für die starren Strukturen liegt in der aufgesplitteten Finanzierungszuständigkeit für die Sekto-

## Eine echte Stärkung der Patientenorientierung bedingt in vielen Bereichen eine radikale Veränderung von Sichtweisen und Abläufen.

ren, aber auch die Anreize, die von einem Honorierungssystem nach Einzelleistungen bei den niedergelassenen ÄrztInnen ausgehen, tragen ihren Teil dazu bei. Solange in der Honorierung die technische Einzelleistung dominiert, wird es schwierig sein, in den Köpfen der handelnden Personen die Patientenorientierung, Vernetzung und ganzheitliche Betrachtung zu verankern. Mit dem Ansatz der Primärversorgungseinheiten (PVE) zeigt die Entwicklung in eine erfreuliche Richtung: „Primärversorgungszentren und -netzwerke sind für die PatientInnen die erste Anlaufstelle für alle Fragen rund um das Thema Gesundheit und Krankheit. In einer PVE arbeiten mindestens drei Allgemeinmediziner gemeinsam mit einem Team aus Diplomkrankenpflege, Ordinationsassistenten, Physio-, Logo-, Ergo- und Psychotherapie, Diätologie und Sozialberatung. Auch eine Kinderärztin oder ein Kinderarzt sowie eine Hebamme können Teil des Teams sein.“ (ÖGK, S. 1). Derzeit ist jedoch nur ein geringer Teil der Bevölkerung davon erfasst, weil es erst wenige Primärversorgungseinheiten in Österreich gibt und die klassische Arztordination der weitaus häufigere Fall ist.

Zentral für das Gelingen einer stärkeren Patientenorientierung ist, inwieweit bereits bei der Entwicklung neuer Modelle die PatientInnen eingebunden werden. Diese Rolle können z.B. Interessenvertretungen, Selbsthilfegruppen, aber auch engagierte BürgerInnen einer Region o.Ä. übernehmen.

### 2 Personalentwicklung der Gesundheitsberufe

Für die Personalentwicklung der Gesundheitsberufe wird es vor allem darum gehen, verstärkt Kompetenzen und Fähigkeiten im kommunikativen Bereich zu erwerben. Ein Arzt/eine Ärztin, der/die Entscheidungen im Dialog mit dem Patienten finden will, muss ein hohes Maß an sozialer Kompetenz mitbringen. „Ein Mangel an Kommunikation (...) beeinflusst die Mitarbeit (des Patienten) negativ. Wenn der Arzt formell, zurückweisend (...) ist, wird die Interaktion als nicht einladend zur Mitarbeit empfunden. Die Mitarbeit ist größer, wenn der Patient seine Erwartungen erfüllt sieht, wenn der Arzt die Befürchtungen des Patienten erkennt und respektiert und er dem Patienten mitfühlende

Informationen über dessen Zustand und Fortschritte geben kann...“ (Cloetta, Bisegger, Vitello 1998, S. 6).

Das Training dieser Fertigkeiten ist in den Lehrplänen medizinischer Fakultäten bisher nicht ausreichend verankert und es hängt letztlich neben den Rahmenbedingungen des Systems auch stark von der einzelnen Persönlichkeit ab (ist in letzter Konsequenz also kontingent), ob er oder sie nach Abschluss der Ausbildung in der Lage sein wird, eine patientenorientierte Medizin zu verwirklichen.

## Für die Personalentwicklung der Gesundheitsberufe wird es vor allem darum gehen, verstärkt Kompetenzen und Fähigkeiten im kommunikativen Bereich zu erwerben.

Die in anderen Gesundheitsberufen Tätigen (Pflegepersonal, PhysiotherapeutInnen, LogopädInnen etc.) haben hier einen gewissen Vorsprung, weil es in der Ausbildung zu keiner so starken „Vertechnisierung“ und Objektivierung der Behandlung kommt wie im Bereich der ärztlichen Medizin.

### 3 Kompetenzentwicklung bei PatientInnen

Auch auf die PatientInnen kommen neue und zum Teil schwierige Aufgaben zu. Sie müssen lernen, ihre Erwartungen und Fragen zu formulieren und mit Antworten, die vielfach Wahrscheinlichkeiten über Erfolg und Risiken von Behandlungsstrategien beinhalten, umzugehen. Das für die Personalentwicklung Gesagte zum Thema kommunikative Fähigkeiten trifft analog auf die PatientInnen zu.

Damit die (potentiellen) PatientInnen in die Lage versetzt werden (mit) zu entscheiden, müssen die Informationsmöglichkeiten zielgruppenorientiert erweitert werden. Die neuen technologischen Möglichkeiten bieten sich dafür an, weil mit relativ geringem Aufwand eine große Reichweite erzielt werden kann.

Aber auch weniger technologische Möglichkeiten der Patientenbeteiligung sind zu forcieren, um alle Bevölkerungsschichten zu erreichen. Gesundheitskonferenzen zu konkreten Problembereichen der Versorgung binden die Interessen der PatientInnen gezielt ein.

Zentraler Erfolgsfaktor für das Gelingen einer stärkeren Patientenorientierung sind aber nicht Initiativen, Konferenzen und Programme. Entscheidend ist vielmehr, ob die Neuorientierung im Alltag gelebt wird – und zwar sowohl von den LeistungsanbieterInnen als auch von den PatientInnen.

## Was es nicht ist – Systemreflexionen zum Rehabilitationsgeld

Mit der Neueinführung des Rehabilitationsgeldes 2014 (Sozialrechtsänderungsgesetz 2012) wurde zum ersten Mal ein Case Management in der Krankenversicherung eingeführt: Nach dem 01.01.1964 geborene Versicherte, die

vorübergehend berufsunfähig bzw. invalid sind, bekommen seit diesem Zeitpunkt keine befristete Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspension mehr, sondern es wird zeitlich befristet Rehabilitationsgeld ausbezahlt. Für die Durchführung und Betreuung der KlientInnen wurde vom Gesetzgeber der zuständige Krankenversicherungsträger beauftragt. Ermutigend daran ist, dass ein unterstützendes Case Management erstmals verpflichtend als Begleitmaßnahme im Gesetz vorgesehen wurde (§ 143 a-c des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes). Kritisch zu bemerken ist jedoch, dass das „wahre“ Motiv für die Einführung womöglich in einer Verlagerung der Geldempfänger weg von der Pensionsstatistik hin zu einer neuen Rehageldstatistik lag. „Der RH (Rechnungshof, Anm. d. Verf.) wies darauf hin, dass aufgrund der Nichtberücksichtigung der

Beziehenden von Rehabilitationsgeld der im Regierungsprogramm als Ziel gesetzte Anstieg des Pensionsantrittsalters auf 60,1 Jahre bereits im Jahr 2015 erreicht war; unter Einberechnung der Rehabilitationsgeldbeziehenden jedoch noch nicht. Auch in diesem Fall wäre jedoch ein stärkerer Anstieg als in den Vorjahren zu beobachten (auf rd. 59,1 Jahre)“ (Rechnungshof 2017, S. 65). Laut der Begleitmaterialien zum Gesetz sollten 90 Prozent der Zielgruppe wieder in das Erwerbsleben zurückgeführt werden. Tatsächlich lag die Quote der Genesungen nach einem Jahr bei rund zwölf Prozent, wobei nur rund zwölf bis 25 Prozent dieser Personen wieder erwerbstätig waren (Rechnungshof 2017, S. 10). Wie der Rechnungshof feststellte, liegt ein Grund dafür darin, dass die Annahme einer 90-prozentigen Gesundungsrate (ohne zusätzliche Kosten der Betreuung) unrealistisch bzw. nicht begründet war (Rechnungshof 2017, S. 23).

## Erfolgsfaktoren für ein gelingendes Case Management am Beispiel Rehageld

### 1 Netzwerkaufbau intern und extern

Die zuständigen Krankenversicherungsträger haben gemeinsam ein Konzept zur Durchführung des Case Managements für Rehabilitationsgeldbeziehende ausgearbeitet (Rumpelsberger, Zoufal 2015, S. 79). Dieses wurde jedoch unterschiedlich bei den Krankenversicherungsträgern in die Praxis umgesetzt. Ein Grund dafür war, dass die Anzahl an ausgebildeten Case ManagerInnen je Träger unterschiedlich war.

Der externe Netzwerkaufbau ist eine Grundvoraussetzung für ein gelungenes Case Management. Durch gemeinsame Fallbesprechungen konnte die Qualität der Betreuung ständig verbessert werden.

### 2 Zielgruppe definieren

Am Anfang der Umsetzung der neuen Leistung aus der Pensionsversicherung wurden viele Personen, die zuvor

