

Martin Haut und Stefan Pilz

CM-gesteuerter Workflow in der stationären Gerontopsychiatrie

Ausgehend von den zukünftigen Anforderungen und Problemen klinischer psychiatrischer Versorgung wird das Case Management basierte, innovative Workflowkonzept der gerontopsychiatrischen Versorgung einer psychiatrischen Fachklinik vorgestellt. Das Konzept ist Teil eines umfangreichen Reorganisationsprozesses im gesamten Krankenhausbereich der Klinik, der bereits Anfang 2008 eingeleitet wurde und inzwischen weitgehend abgeschlossen ist.

1. Einleitung

Die Psychiatrie in Deutschland steht vor einem Systemwandel, wie es ihn in diesem Ausmaß zuletzt Mitte der 70er-Jahre nach Veröffentlichung der Empfehlungen der Psychiatrie-Enquete gegeben hat. Damals war die Folge eine deutliche Verbesserung der Versorgung psychisch Kranker. Wohin der mit der Einführung des neuen Entgeltsystems in der stationären Psychiatrie angestoßene Wandel führen wird, ist noch offen. Absehbar war aber schon vor einigen Jahren, dass bei abnehmenden finanziellen Ressourcen und einem zunehmenden Fachkräftemangel – zunächst bei den Ärzten, inzwischen auch in der Pflege – „die interne Prozessreorganisation mit dem Fokus auf einer kontinuierlichen Optimierung und Straffung der Kernprozesse immer mehr an Bedeutung“ gewinnt. (Weatherly u.a. 2011, 69). Es handelt sich für die Kliniken um einen schwierigen Balanceakt, bei dem hohe Qualität bei knappen ökonomischen Mitteln gewährleistet werden muss.

2. Ausgangslage und Ziele

Bereits Ende 2007 gab es in der Klinikleitung der Privat-Nerven-Klinik Dr. med. Kurt Fontheim Überlegungen, die Klinikstrukturen mit Blick auf die beschriebenen Herausforderungen neu zu gestalten. Ziel war es, die Klinik auf dem sehr beweglichen Gesundheitsmarkt nachhaltig inhaltlich zu positionieren.

Anfang 2008 gab es in der Struktur der Klinik zwar schon einen Trend zu Spezialisierung und Fokussierung der Stationen. In knapp der Hälfte der Fälle wurden die Stationen aber noch gemischt belegt und die Spezialstationen waren noch über die gesamte Klinikstruktur verteilt. Dies entsprach der klassischen Weiterentwicklung aus den tradierten Teilstrukturen. Nun wurde erstmals „im Sinne eines „think big“ einmal das ganze System auf den Prüfstand gestellt und neu sortiert“ (Weatherly u.a. 2011, 69). Mit dem hier beschriebenen Gerontopsychiatrischen Zentrum (GPZ) wurde erstmals ein großer inhaltlicher Schwerpunkt mit drei Stationen komplett konzeptionell neu gedacht und entwickelt. Danach sollten die anderen Kompetenzzentren sukzessive folgen, um die Veränderungskapazität der Gesamtorganisation nicht zu überfordern. Das Ziel für dieses Leuchtturmprojekt lautete, das beste GPZ der Region aufzubauen. Gleichzeitig begann man erstmals das psychiatrische Angebot quer zu den tradierten Strukturen patienten- und prozessorientiert über alle bestehenden Versorgungsformen zu denken (ambulant – stationär – teilstationär – Heim – ambulant). Wichtig in der Entwicklungsphase war:

- Eine gemeinsame Sprache bei der Entwicklung des Kernprozesses (Aufnahme, Diagnostik, Behandlung und Entlassung)
- Die strikte Einbindung aller Berufsgruppen bei der Entwicklung der Konzepte (im Kern Medizin

und Pflege, dann der Co-Therapeuten, aber immer mehr auch der Verwaltung)

- Eine Abbildung des Kernprozesses in der gemeinsamen genutzten IT-Landschaft

Die beiden Leitfragen lauteten: 1. Wie bewegt sich ein Patient bei einer optimalen Behandlung idealerweise zeitlich und räumlich durch die Institution? 2. Wie müssen Struktur und Personal um diesen Kernprozess herum organisiert werden, damit er möglichst reibungsfrei und patientenorientiert funktioniert? (Weatherly u.a. 2011, 69).

Von Beginn an ging es auch um die Frage, wer den neu zu definierenden Kernprozess später steuern würde. Eine konzeptgeleitete, systematische Steuerung hatte es bis dahin nicht gegeben. „Die Prozesssteuerung erfolgte ad hoc, an z.T. wechselnde Personen gebunden, ohne klare Taktung und meist nicht auf eine bestimmte Berufsgruppe fokussiert, wengleich die wesentliche Steuerungsverantwortung bei den Ärzten lag. Je komplexer Prozesse jedoch verlaufen können und je kürzer die dafür zu Verfügung stehende Zeit ist (und mittelbar daran gekoppelt das Geld) umso wichtiger ist eine systematische Steuerung.“ (Weatherly u.a. 2011, 69). Aus diesen Vorüberlegungen entstanden in einem intensiven, halbjährigen, extern begleiteten Diskussionsprozess das Workflowkonzept (Basispfad) und die Case Managementsteuerung. Im Gegensatz



zu den vielerorts propagierten diagnosespezifischen klinischen Pfaden entwickelten wir zunächst einen multiprofessionell vernetzten Basisworkflow nach folgenden Kriterien:

- für Patienten und externe Kunden mit Qualitätszusage und Transparenz
- Patientenzufriedenheit mit der Organisation
- entlastend für Ärzte und Bezugspflege
- Case Management steuerbar
- zukunftsfähig im Kontext des neuen Entgeltsystems
- IT-gestützt umsetzbar
- abbildbar in berufsgruppenübergreifenden Dokumenten
- an wesentlichen Entscheidungspunkten der Idee des multiprofessionellen Teams entsprechend (weg vom tradierten arztzentrierten Modell)
- Kooperation an Schnittstellen regelnd (MVZ, PIA, Zentrale, nachstationäre Weiterversorgung, Sozialdienst, Betreuer, Gerichte)
- als Fundament für spezifische Behandlungspfade geeignet

3. Konzept und Implementierung

Ein Projekt von diesen Dimensionen lässt sich nur durch ein stringentes Projektmanagement bewältigen mit dem Ziel, „die hohe Komplexität handhabbar zu machen und die Aktivitäten aller Beteiligten auf dem Weg zum vereinbarten Ziel, immer wieder zu integrieren“ (Weatherly u.a. 2011, 69). Im gesamten Projektverlauf nahmen 80 bis 90 Mitarbeiter teil. Die Projektdauer betrug etwa fünf Jahre (das GPZ-Kernprojekt drei Jahre) und beinhaltete fünf Etappen: 1. Dialog (Jan. – Sept. 2008), 2. erste wesentliche Entscheidungen und Vertiefung (Sept. 2008 – Mai 2009), 3. Beginn der Umsetzung und Weiterbildung „Pfleigestütztes Case Management“ (Juni 2009 – Juni 2010) 4. Start des Case Managements im GPZ, erste Erfahrungen

(Juli – Dez. 2010) 5. Volle Systemintegration in die anderen Zentren, zweiter Weiterbildungsgang „Pfleigestütztes Case Management“ (Jan. 2011 – Dez. 2012). Das interne Projektmanagement wurde dabei harmonisch ergänzt durch eine externe Beratung. Kern des Vorgehens war eine Mischung von Projektarbeit in allen möglichen Gruppenkonstellationen, verbunden mit intensiver Verbindungs- und Öffentlichkeitsarbeit zu den Mitarbeitern vor Ort und ins gesamte Unternehmen hinein. Die Steuerung lag in den Händen einer kleinen Steuergruppe, die immer engen Kontakt zu Klinikleitung hatte. Mehrere auch längere konzeptionelle Auszeiten von Führungskräften (halb- bis mehrtägig, im Kloster oder Tagungshaus) ermöglichten eine umfassende Ist-Analyse sämtlicher Prozesse und Dokumente. Dazu gab es drei berufsgruppenübergreifende Konzipierungsmeetings, in denen Notfall- und Elektivabläufe komplett antizipierend durchgespielt und getestet wurden. Parallel wurde das GPZ zwischen Frühjahr 2008 und Frühjahr 2009 orientiert an den neuen Konzepten umgebaut. Die Implementierung des Workflow- und Case Management-Konzeptes im GPZ erfolgte dann zweistufig: zunächst für den präklinischen Prozess und dann im vollen Umfang. Nicht minder wichtig war im Verlauf die konstante Verlaufsbegleitung durch die Steuergruppe und einen internen GPZ Case Management Arbeitskreis – immer mit der Fragestellung: was ist hilfreich, was hinderlich? Wo besteht Anpassungsbedarf? Diese Verlaufsbegleitung besteht heute noch vierteljährlich.

Im Folgenden wird das Case Management gesteuerte, Workflowkonzept vorgestellt.

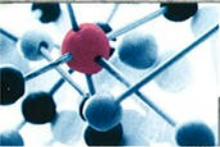
4. Das Case-Management gesteuerte Workflowkonzept

Als Workflow bezeichnet man mehrere, dynamische, abteilungsübergreifende, fachlich zusammenhängende, arbeitsteilige Aktivitäten, die in logischer und zeitlicher Abhängigkeit zueinander stehen (Riggert 2006, 67). Case Management ist ein kooperativer Prozess, in dem Versorgungsanliegenheiten und Dienstleistungen erhoben, geplant, implementiert, koordiniert, überwacht und evaluiert werden, um den individuellen Versorgungsbedarf eines Patienten

Wie bewegt sich ein Patient bei einer optimalen Behandlung idealerweise durch die Institution?

mittels Kommunikation und verfügbaren Ressourcen abzudecken (Definition CMSA). Im Pfleigestützten Case Management übernimmt eine mindestens zweijährig fach- und berufserfahrene, für Case Management zusätzlich qualifizierte Pflegefachkraft hauptamtlich die Managementverantwortung für den gesamten Behandlungsprozess incl. dessen Vor- und Nachbereitung (Weatherly u.a. 2011, 69). Das Pfleigestützte Case Managementmodell der Pilotklinik setzt generalistisch an. D.h. die Versorgungs-koordination aller Patienten erfolgt durch das Case Management. Jede der spezialisierten gerontopsychiatrischen Stationen bietet 20 Patienten einen vollstationären Behandlungsplatz und hat eine/n Case Manager/in für das Case Management der vollstationären Patienten im Team. Diese/r kommuniziert darüber hinaus mit ca. 20 bis 40 für einen stationären Behandlungsplatz angemeldeten, präklinischen Patienten aufnahmeprobereitend.

Das Case Management gesteuerte Workflowkonzept ist die organisatorische Standardvorgehensweise zur Vorbereitung und Realisierung



einer vollstationären gerontopsychiatrischen Versorgung in der Privat-Nerven-Klinik Dr.med. Kurt Fontheim. Präklinischer Ausgangspunkt

Im Erstkontaktgespräch erfasst und bewertet der Case Manager wichtige Informationen und Basisanmeldedaten unter Verwendung einer Checkliste

sind Diagnostik- und Therapiebedarf ausweisende Anmeldekontakte. Patientenmeldungen erfolgen überwiegend telefonisch durch Fremdanmelder (Arztpraxen, Angehörige, Heimeinrichtungen, Betreuer, andere Krankenhäuser u.a.) oder durch den Patienten selbst. Für Anmeldungen von Patienten ab dem 65. Lebensjahr ist das GPZ zuständig.

Wird ein stationärer Behandlungsbedarf angemeldet, erfolgt gemäß Zuweiserdiagnose und Rechtsgrundlage der Behandlung die Weiterleitung des Anmeldenden an das Case Management der geschützten Akutaufnahmestation oder einer weiteren spezialisierten Station des GPZ.

Sollte der Anmeldende eine ambulante Behandlung anstreben, wird dies durch die Gerontopsychiatrische Ambulanz des Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) der Klinik geprüft und organisiert. Das MVZ entscheidet über Sinn und Realisierbarkeit einer ambulanten Therapie. Bei stationärem Behandlungsbedarf erfolgt wiederum die Fallübergabe an das Case Management, das dann die Aufnahmevorbereitung koordiniert. Umgekehrt organisiert das MVZ die ambulante Behandlung, wenn sich dies in Patientenkontakten des Case Managers empfiehlt. Professionelle Anmelder mit einem klaren Therapieauftrag für ein vollstationäres Setting werden direkt an den Case Manager des GPZ weitergeleitet. Dies betrifft z.B. Notfallzuweisungen auf der Grundlage rechtlicher Unterbringungsbeschlüsse.

Im Erstkontaktgespräch erfasst und bewertet der Case Manager wichtige Informationen und Basisanmel-

dedaten unter Verwendung einer Checkliste (Mindesterfassungsstandard). Bei Anmeldungen außerhalb der Case Management-Arbeitszeit ruft der Case Manager den elektiv aufzunehmenden Patienten innerhalb von 48 Stunden zurück. Im Erstgespräch erfolgt der Aufbau einer Vertrauensbeziehung zum Patienten.

Wichtige Inhalte sind:

- Vorstellung des Case Managers mit Name, Funktion, Kurzdefinition der Case Manager-Funktion
- Klärung der aktuellen Situation des Patienten
- kriteriengeleitete Einstufung als Notfall- oder Elektivpatient, wenn dies unklar sein sollte in Rücksprache mit Oberarzt oder Arzt vom Dienst
- Einstufung als regionaler oder überregionaler Patient im Kontext der sektoralen Versorgungszuständigkeit der Klinik
- Einschätzung von Indikation und Dringlichkeit des stationären Behandlungsbedarfs
- Klärung bisheriger Vorbehandlung bzw. Diagnostik
- Erfassung der Rechtsgrundlage der Behandlung
- Nennung des Anmeldeortes bzw. der Zielstation
- Mitteilung wichtiger Kontaktdaten für Nachfragen sowie einer voraussichtlichen Wartezeit
- bei Wartezeit: Kommunikationsabsprachen bei drohender Verschlechterung im Sinne des Risikomanagements
- Beantwortung von Fragen des Patienten.

Wegen des sektoralisierten Versorgungsauftrags der Klinik haben regionale Patienten Aufnahmevorrang. Wartelistenadministration, Belegungsmanagement und Aufnahmedisponierung erfolgen vollständig digitalisiert. Bereits präklinisch erhält jeder Patient eine elektronische Patientenakte.

Sobald ein Aufnahmetermin vergeben werden kann, meldet sich der Case Manager beim Patienten, um mit diesem das konzeptbasierte Aufnahmevorgespräch zu führen. 98 % der Aufnahmevorgespräche erfolgen im GPZ telefonisch. Das Gespräch ist auf Wunsch auch als direktes Vor-Ort-Gespräch in der Klinik möglich. Es dauert 25-30 Minuten und beinhaltet:

- eine aktuelle Situationsanalyse
- die Erfassung des Vorerkrankungsspektrums (Diagnoseliste)
- eine aktuelle Risikoerfassung (Suizidalität, somatische Dekompensationen etc.)
- die Überprüfung der Stimmigkeit der Zielstation als richtiges Behandlungssetting
- eine Einschätzung der Behandlungsmotivation
- die Erfassung der Vormedikation
- eine Abfrage bisheriger Therapien
- die subjektive Erwartungs- und Zielperspektive des Patienten (optional seiner Angehörigen) zur bevorstehenden Therapie
- die Mitteilung der voraussichtlichen Behandlungsdauer
- Absprachen zur genauen zeitlichen Aufnahmeorganisation
- die Nennung der Bezugstherapeuten (Medizin, ggf. Psychologischer Dienst und Pflege)
- eine Auseinandersetzung mit den Fragen und Ängsten der Patienten und Angehörigen.

Darüber hinaus wird im Aufnahmevorgespräch der Therapieauftrag unter Verwendung des folgenden Spektrums von acht klassischen, klinischen, gerontopsychiatrischen Therapieaufträgen bestimmt:

- Differentialdiagnostik: valide, medizinisch-pflegerische Diagnosestellung
- Krisenintervention
- Entlastung der Angehörigen
- Wiederherstellung max. möglicher Funktionsfähigkeit mit Rückkehr in die Häuslichkeit



- Bewältigung von Behinderung
- Erarbeitung eines sozialen Unterstützungskonzeptes
- Vorbereitung für den Heimbereich
- Begleitung Sterbender.

Der Case Manager erfasst alle präklinischen Informationen und Maßnahmen incl. zugefaxter Vorbefunde im Krankenhausinformationssystem (KIS), so dass diese bereits präklinisch verfügbar sind. Bei Ankündigung von Notfallpatienten verbinden sich Erstkontakt- und Aufnahmevergespräch.

Am Aufnahmetag erhält der Patient im ersten persönlichen Kontakt mit seinem Case Manager wichtige Informationen zur Organisation der Behandlung. Die partnerschaftliche Arbeitsbeziehung zwischen Case Manager, Patient und Angehörigen bzw. wichtigen Bezugspersonen wird dabei weiter vertieft.

Inhaltlicher Schwerpunkt des Aufnahmetages ist das interprofessionelle Assessment. Hierfür wurde u.a. ein interprofessionell genutzter, elektronisch verfügbarer Assessment- und Aufnahmebogen entwickelt, in dem alle therapiebeteiligten Professionen (Case Management, ärztlicher und psychologischer Dienst, Sozialdienst, Pflege, etc) versorgungsrelevante Informationen mit dem Ziel eines mehrdimensionalen systemischen Gesamtbildes der Lebens- und Gesundheitssituation des Patienten aus ihren professionseigenen Assessments zusammentragen und dokumentieren. Bereits präklinisch dokumentiert das Case Management bei Aufnahme vorbereitenden Kontakten relevante Assessmentinformationen in diese Dokumente.

Nach Abschluss der Aufnahme- und Diagnostikaktivitäten folgt die Überprüfung, Präzisierung und Anpassung des Therapieauftrages durch den Facharzt (i. d. R. Oberarzt).

Ist eine sozialdienstliche Akutintervention nötig, wird bereits am Aufnahmetag der Sozialdienst in das

Assessment eingebunden.

Innerhalb der ersten 48 – 72 Stunden erfolgt die medizinisch-psychologische Basis- und erweiterte Diagnostik sowie die Diagnostik der Ergo-, Kreativ- und Physiotherapie. Spezial- und Kreativtherapeuten stimmen gemäß des Therapieauftrags eigene Therapieziele und Interventionen mit dem Patienten ab und entscheiden diese eigenverantwortlich. Im Ergebnis der Diagnostik und Befunderhebung stehen ein vollständiges Behandlungszielportfolio, eine Meilensteinplanung und das Gesamttherapieprogramm. Die Umsetzung des Programms erfolgt unter Case Managementsteuerung.

Nach dem pflegerischen Assessment, bestehend aus Pflegeanamnese und Pflegediagnosestellung gemäß POP®-Pflegediagnoseklassifikation, wird der Patient einem Pflegepfad zugeordnet, aus dem sich Standardpflegeleistungen ergeben. Darüber hinaus erhält er eine individualisierte Pflegeziel- und Leistungsplanung, die eine Erweiterung der standardisierten Pflegepfadleistungen darstellt. Das Pflegeprozessmanagement ist in allen Schritten des Pflegeprozess digitalisiert. Die Pflegeleistungserbringung (incl. OPS-relevanter Pflegeleistungen) wird zu 100 % elektronisch erfasst.

Unter der Moderation des Case Managers reflektiert das multiprofessionelle Team in wöchentlichen, interprofessionellen Fallbesprechungen Therapieauftrag und Ziel, aktuelle Verweildauer, den Status quo der Behandlung sowie die aktuelle und weitere Planung.

Die wöchentliche Fallbesprechungen und das tägliche interprofessionelle Morgenbriefing dienen als formale interprofessionelle Interaktionsforen. Für den Patienten bedeutsame Zukunftsentscheidungen (bspw. die Neueinrichtung oder Erweiterung sozialer Unterstützungssysteme für die nachstationäre Zeit oder ein Wechsel

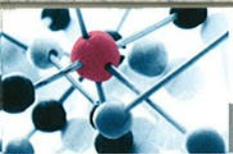
der Wohnform mit Heimunterbringung) werden mit dem Patienten, rechtlichen Betreuern und Angehörigen durch Sozialdienst und Case Management in gemeinsamen Einzelfallbesprechungen gestaltet. Da das Pflegegestützte Case Management in seinem Aufgabenprofil auf die Steuerung der klinischen Versorgung ausgerichtet ist, liegt die Hauptzuständigkeit für den außerklinischen Kontext

Mit seinem Case Manager hat der Patient während der stationären Behandlung konzeptgemäß mindestens drei Gespräche.

unverändert beim sozialen Dienst. Dies ist die aktuelle Grundregel der Arbeitsteilung zwischen Pflegegestütztem Case Management und Sozialdienst. Mögliche gegenseitige Unterstützungen und Vertretungen im Einzelfall werden konsentiert.

Mit seinem Case Manager hat der Patient während der stationären Behandlung konzeptgemäß mindestens drei Gespräche – das Gespräch am Aufnahmetag, ein Standortbestimmungsgespräch nach ca. der Hälfte der geplanten Verweildauer sowie ein Abschluss- bzw. Entlassungsvorbereitungsgespräch, sobald der Entlassungstermin geplant ist.

Ziel des Entlassungsmanagements ist es, die stationären Therapieerfolge fortzusetzen bzw. zu erhalten. Sobald das Erreichen des Therapieziels oder dessen Grenze erkennbar ist, beginnt die Entlassungsvorbereitung. Elektive Entlassungen erfolgen, moderiert durch den Case Manager, nach Konsens im multiprofessionellen Team. Entlassen wird, wenn alle Professionen und alle nachversorgenden Akteure zur Übernahme bereit sind. Der digitalisiert vorbereitete vorläufige ärztliche Entlassungsbrief und der Pflegeüberleitungsbrief werden durch den Case Manager vidiert, unterzeichnet und an die Ärzte weitergeleitet. Den Prozess der Entlas-



sungsvorbereitung unterstützt eine kombinierte Check- und Handzeichenliste als Handlungsleitfaden und Statusinformation.

5. Erfahrungen und Ergebnisse

Das dargelegte Vorgehen führte zu einer annähernd vollständigen Entlastung des Arztes von präklinischen Aufgaben wie Patientenmeldungen, Patientenlenkung, Rückfragen, organisatorischen und rechtlichen Aufnahmepreparierungen in Not- und Elektivfällen. Die umfassende Aufnahmepreparierung brachte Zeitersparnisse bei den Aufnahmeaktivitäten, da viele Informationen zur Ist-Situation des Patienten bereits vor dem stationären Patienteneintritt elektronisch erfasst vorliegen. Präklinische Case Management-Leistungen stellen eine unentgeltliche Dienstleistung dar.

Patienten und Angehörige, Zuweiser und sonstige Kooperationspartner, die bisher auf den Arzt als Erstansprechpartner fokussiert waren, brauchten zwar eine mehrmonatige Umlernzeit, um sich auf den Case Manager auszurichten. Inzwischen wird er jedoch als hochprofessionelle, konstante Bezugsperson sehr geschätzt. Es besteht bei einer systemischen Gesamtsicht des Patienten eine stringente Managementsteuerung der gesamten fallbezogenen Behandlungsleistungen.

Die Ärzte erkannten, dass die konzeptionellen Veränderungen **nicht** zu Einschränkungen der ärztlichen Souveränität im medizinischen Feld führten. Alle Professionen hatten Lernbedarf für das neue Maß an Leistungstransparenz, Controlling und Konzeptdisziplin, die für das ganzheitliche Funktionieren notwendig sind. Akzeptanz und Wertschätzung zeigten sich aber mit der wiederholten Erfahrung der Nutzen- und Entlastungseffekte. Nicht zu unterschätzen bei der Umsetzung ist

die enge Zusammenarbeit zwischen Medizin und Pflege über alle Hierarchiestufen, ohne die das Konzept nur schwer umzusetzen ist.

6. Fazit

Case Management und innovative, berufsgruppenübergreifende Prozesskonzepte sind geeignete Instrumente für die Realisierung einer qualitativ hochwertigen, komplex vernetzten Versorgung. Eine koordinierte, individuelle und behandlungspfadbasierte Fallführung führt zur Entlastung der Ärzte von nichtmedizinischen Aufgaben, unterstützt das Controlling und hilft, den Herausforderungen von knappen Geld- und Personalressourcen bei hohem Qualitätsanspruch wirksam zu begegnen. Die Kombination aus Workflowkonzept und Case Managementsteuerung hat sich hier in jetzt zweijähriger Anwendung bewährt.

Eine systematische Evaluierung der Wirkeffekte der praktizierten Case Managementsteuerung ist in Form einer qualitativen Analyse involvierter Akteure, deren Ergebnisse sich semi-quantitativ übersetzen lassen in Vorbereitung. In der somatischen Versorgung ist dieses Vorgehen schon breiter etabliert. In der deutschen Klinikpsychiatrie und in Form eines Pflegegestützten Case Managements ist es noch neu.

Es ist wichtig, dies über den lokalen Kontext hinaus zu diskutieren, um zukünftigen Versorgungsanforderungen zu begegnen. Entscheidend für den Erfolg sind ein systemisches Denken, das die komplexen Wechselwirkungen im Blick hat, und ein berufsgruppenübergreifendes Teamverständnis.

Literatur

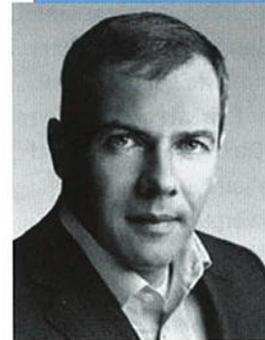
Weatherly, J.N. (Hrsg.), Schnieders, G., Haut, M., Pilz, S.: „Das Pflegegestützte Case Management

in der Psychiatrischen Klinik - von der Konzeption bis zur Einführung“, Edition Winterwork, Berlin, 1. Auflage 2011

Wolfgang Riggert, ECM Enterprise Content Management; Wiesbaden, Vieweg + Teubner Verlag, 1. Auflage 2009

Definition: case management society of america <http://www.cmsa.org> Stand 27.01.2013

Martin Haut



Pflegerische Leitung Zentrum für Gerontopsychiatrie, Leiter Pflegegestütztes Case Management (GPZ), korrespondierender Autor
PRIVAT-NERVEN-KLINIK DR.MED. KURT FONTHEIM, Liebenburg
haut@klinik-dr-fontheim.de

Dr. med Stefan Pilz



Leiter Organisationsentwicklung und Qualitätsmanagement
PRIVAT-NERVEN-KLINIK DR.MED. KURT FONTHEIM, Liebenburg
pilz@klinik-dr-fontheim.de