

Psychiatrische Versorgung in der Klinik

Gut eingespielte Prozesse mit pflegegestütztem Case-Management

Georg Schnieders, Stefan Pilz, Liebenburg

Die klinische und ambulante psychiatrische Versorgung befindet sich aufgrund eines neuen Entgeltsystems sowie dem Mangel an Ärzten und Fachpflegekräften im Umbruch. Hier kann das System eines pflegegestützten Case-Managements den Behandlungsprozess des Patienten wirkungsvoll unterstützen.

Das psychiatrische Krankenhaus befindet sich in einem Prozess großer Veränderungen. Mit dem neuen Entgeltsystem werden die Karten in der klinischen und ambulanten psychiatrischen Versorgung neu gemischt.

Veränderungen in der psychiatrischen Versorgung

Der aktuelle Mangel an Ärzten und Fachpflegekräften erfordert, dass sich die wenigen vorhandenen qualifizierten Mitarbeiter primär auf ihre fachlichen

Aufgaben konzentrieren und von Organisations- und Managementaufgaben weitgehend entlastet sind. Ein erfolgreicher Weg für die Bewältigung dieser Herausforderungen in der Privat-Nervenklinik Dr. Kurt Fontheim in Liebenburg ist der Einsatz von Case-Managern im Rahmen des pflegegestützten Case-Managements.

Im pflegegestützten Case-Management übernimmt ein für Case-Management qualifizierter Mitarbeiter der Pflege die Managementverantwortung für den gesamten klinischen Behandlungs-



prozess mit Vor- und Nachbereitung. Case-Manager sind dabei Mitglied im therapeutischen Team und in ein flexibles Personalrollenkonzept eingebettet.

Ärzte von administrativen Tätigkeiten entlasten

Pflegegestütztes Case-Management optimiert die Patientenversorgung und vereinfacht den Kontakt der niedergelassenen Ärzte zur Klinik. Der Case-Manager dient Ärzten und Patienten bereits vor der Aufnahme als Ansprechpartner und koordiniert im Verlauf des Klinikaufenthaltes alle Abläufe der therapeutischen und pflegerischen Versorgung. Ärzte werden in der Klinik von administrativen Tätigkeiten entlastet und können sich mehr auf die eigentliche Arzt-tätigkeit konzentrieren. Über einen diagnoseunspezifischen Basisbehandlungspfad lässt sich der Weg des Patienten durch die Therapie planen und durch den Case-Manager begleiten.

Klassisch hierarchisches Modell des Krankenhauses aufgeweicht

Ausführliche strategische Überlegungen führten zur Entscheidung der Geschäftsführung der Klinik Dr. Fontheim, die Verantwortung für das Case-Management der Pflege zu übertragen. Hiermit wird das klassisch hierarchische Modell des Krankenhauses aufgeweicht, ohne die ärztliche Souveränität bei der klinischen Entscheidung einzuschränken. Pflegerische Tätigkeit wird neu gedacht und in ihrer Entwicklung zu einer eigenständigen, im therapeutischen Team gleichwertigen Profession gestärkt.

Weiterentwicklung der Pflege in der Psychiatrie

Die Aufgaben der Pflege unterliegen nicht nur in der Psychiatrie der Notwendigkeit einer permanenten Bewertung nach Effizienz und Sinn. Unter diesem Aspekt ist die Frage, vor der die Pflege heute steht, nämlich „Wie sieht ein funktionierender Arbeitsplatz in der Pflege in den nächsten Jahren aus?“ sicher auch für die Pflegenden bedrohlich anmutend, denn es geht hier zwangsläufig um Veränderung. In den vergangenen Jahren hat sich die Pflege langsam von der „Jeder-macht-alles“-Arbeitsweise abgekehrt und beginnt, sich in der Aufgaben-

Tab. 1: Kernziele für pflegegestütztes Case-Management

- Entlastung der Ärzte, der Bezugspflege und der Psychologen: diese haben mehr Zeit für ihr klinisches Kerngeschäft.
- Vorstationäre Koordination: Beziehungskonstanz nach außen zu Patienten, Angehörigen, Einweisen und gute Vorbereitung der Aufnahmeunterlagen und Vorbefunde nach innen. Früher war für den Erstkontakt noch der kontinuierlich wechselnde Arzt vom Dienst zuständig.
- Belegungsmanagement: Kontinuierlich hohe Auslastung.
- Verlegungsmanagement: Gute interne Abstimmung zwischen den Abteilungen.
- Koordination des Behandlungsteams: Moderation von täglichem Morgenmeeting und wöchentlichen interdisziplinären Fallbesprechungen.
- Entlassungs-, Überleitungsmanagement: Frühzeitige Vorbereitung für gute Anschlussbehandlung, einschließlich der ärztlichen Briefschreibung.
- Unterstützung des Erlösmanagements im neuen Entgeltsystem bei Dokumentation und Codierung.

verteilung neu aufzustellen. Besonderes Augenmerk liegt nach wie vor auf der konsequenten Umsetzung der Bezugspflege und der damit assoziierten Übernahme von Verantwortung. Aus dem Blickwinkel der Pflege ergibt sich jedoch im Alltag eine gewisse Eindimensionalität, die eine Sichtweise auf den Gesamtversorgungskontext nicht immer erkennen lässt. Auch heute noch übernimmt nicht jeder Pflegenden in der Psychiatrie gerne Verantwortung, was sich in der nach wie vor immer wieder fehlenden Nachvollziehbarkeit oder der defizitären Umsetzung der Dokumentation von Leistungen zeigt.

Im Zuge der Veränderungen durch das neue Entgeltsystem wird deutlich, dass sich alle Berufsgruppen in der Psychiatrie auf neue Regeln einstellen müssen. Transparenz und Nachvollziehbarkeit von Leistungen werden spätestens ab 2017 mit dem Beginn der Optionsphase bestimmend für den Erfolg oder Misserfolg einer Unternehmung im psychiatrischen Krankenhaus. Das Krankenhaus tut gut daran, Klarheit in der

Leistungserbringung zu schaffen. Klare Abläufe, funktionierende effiziente Kommunikation und die Sicherstellung der Umsetzung von Therapievorgaben (auch der pflegerischen!) werden ganz entscheidend für den Behandlungserfolg und damit für die Sicherung des Unternehmens sein. Hier bringt die Einführung des pflegegestützten Case-Managements einen entscheidenden Wettbewerbsvorteil.

Das Konzept des pflegegestützten Case-Managements

Im Gesamtkontext der Klinik Dr. Fontheim hat das pflegegestützte Case-Management klare Kernziele (Tab. 1):

Jeder Patient profitiert von einem optimal organisierten Behandlungsverlauf und hat einen eindeutigen Ansprechpartner, der ihm den Weg durch den Alltag auf Station weist. Mit jedem Patienten wird bereits bei der Anmeldung der individuelle Behandlungsauftrag vorgeklärt. Letzterer wird in der Aufnahme- und Diagnostikphase durch den Stations- und den Oberarzt gemeinsam mit dem Patienten überprüft, konkretisiert und ist dann für alle beteiligten Akteure handlungsleitend. Darüber hinaus bildet er den Ausgangspunkt für die Fachziele von Bezugspflege, Co-Therapeuten und Sozialdienst.

Aufgaben

Im klinischen Tagesgeschäft ergibt sich für den Case-Manager daraus ein breites Aufgabenfeld.

Vorstationär

- Mit Patienten, Angehörigen, einweisenden Ärzten und Betreuern innerhalb von maximal 48 Stunden nach Erhalt einer Anmeldeinformation Kontakt aufnehmen.
- Sich bei Patienten und Angehörigen vorstellen und Funktion sowie Aufgabe des Case-Managers beschreiben.
- Als Ansprechpartner für alle relevante Veränderungen im Vorfeld der Aufnahme verfügbar sein.
- Bei einer absehbaren präklinischen Wartezeit von länger als vier Wochen Überbrückungslösungen suchen.
- Aufnahmedokumente vorbereiten und den Patienten im Krankenhausinformationssystem disponieren.

- Aufnahmevorgespräch mit speziellem Gesprächskonzept führen.
- Vorklinisch gewonnene Informationen für Ärzte und Pflegenden elektronisch bereitstellen.
- Terminabsprachen und Maßnahmen im Vorfeld der Aufnahme koordinieren.

Bei der Aufnahme

- Sich bei Patienten und Angehörigen als Case-Manager persönlich vorstellen, auf die spezielle Rolle hinweisen sowie Bezugsarzt und Bezugspflegekraft zuweisen.
- Aktivitäten am Aufnahmetag koordinieren (Maßnahmen, Reihenfolge der Akteure, Räumlichkeiten und Zeitpunkte).
- Umsetzung aller diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen überwachen.
- Informationsfluss zwischen den involvierten Berufsgruppen (Arzt, Bezugspflege, Sozialarbeiter, Ergotherapeut, Physiotherapeut, Psychologe, Oberarzt) steuern.
- Belegung der Station koordinieren.

Im Behandlungsverlauf

- Interventionen der beteiligten Professionen koordinieren.
- Patientenkurve kontrollieren und bei Abweichungen vom Behandlungsverlauf mit den verantwortlichen Akteuren klären.
- Aktivitäten von Physiotherapie, Ergotherapie, Pflege und Sozialdienst täglich kontrollieren.
- Umsetzung von Anordnungen prüfen.
- Verlaufsberichte bei Fehlen einfordern.
- Visiten vorbereiten, Klärungsfragen und wichtige Informationen in die Visite geben, die Klärung an Bezugspflege delegieren.
- An der Oberarztvisite teilnehmen.
- Tägliches Morgenbriefing moderieren.
- Wöchentliche interprofessionelle Fallbesprechung moderieren.
- Stimmigkeit von Zielen und Maßnahmen reflektieren.
- Dokumentation und externen Schriftverkehr vorbereiten.
- Termine für Kostenübernahmezusagen überwachen, Arztbriefe anfordern.

- Gesprächstermine mit Angehörigen, Betreuern, Bezugsärzten und -pflegenden ebenso koordinieren wie Termine mit Gerichten zu Anhörungen.

Bei der Entlassungsvorbereitung

- Zustimmung aller involvierten Bereiche zur Entlassung einholen.
- Voraussichtliche Behandlungsdauer klären und später den konkreten Entlassungstermin koordinieren.
- Sicherstellen, dass alle relevanten Personen (Patient, Angehörige, Betreuer, Sozialdienst, Verwaltung etc.) über diese Termine informiert sind.
- Koordinieren, dass alle weiter versorgenden Bereiche bereit zur Übernahme sind.
- Ansprechpartner bei Veränderungen vor der Entlassung sein.
- Die Entlassungsdokumentation (medizinisch-pflegerischer Entlassungs- und Überleitungsbrief) sichten.
- Terminabsprachen und Maßnahmen im Vorfeld der Entlassung koordinieren.

Die Qualifizierung der Case-Manager

Die Weiterbildung „Pflegegestütztes Case-Management“ ist als Inhouse-Lehrgang angelegt und deshalb maßgeschneidert auf die Bedingungen der Klinik Dr. Fontheim ausgerichtet. Mit zirka 120 Unterrichtseinheiten à 45 Minuten und abschließender Prüfung durch die von Dr. John Weatherly geleitete Newstand Managementakademie Berlin benötigen die Lehrgangsteilnehmer zirka eineinhalb Jahre Schulung und Training. Auch nach erfolgreicher Ausbildung gibt es regelmäßig viermal pro Jahr Follow-up-Schulungen, Coaching und kollegiale Beratung, um den Entwicklungsprozess professionell zu begleiten, regelmäßige Schwachstellenanalysen durchzuführen und entlang der Rückmeldungen kontinuierlich nachjustieren.

Bisherige Erfahrungen und Gewinne

Pflegegestütztes Case-Management verändert die Kultur des Krankenhauses. Ein klares Ja der Krankenhausleitung zu Case-Management, Moderation und Unterstützung in der Konfliktzone so-

wie der frühzeitige Einbezug aller Betroffenen waren entscheidende Erfolgskriterien. Die Einführung ist aufwendig, führt aber bei gemeinsamer Umsetzung zu einem deutlich spürbaren Gewinn an Ressourcen und Qualität für alle Beteiligten. Die Pflege sorgt nun dafür, dass dem Arzt mehr Raum für seine eigentliche Arzttätigkeit bleibt, indem sie ihn von administrativen Tätigkeiten entlastet. Sie schafft eine wirksame Verbindung zwischen allen Professionen. Sie kennt offiziell und nicht mehr nur nebenbei alle Abläufe der therapeutischen und pflegerischen Versorgung, ist Inhaber des Patientenpfades. Pflege hat damit auch offiziell die Anfragekompetenz bei Nichterbringung von Leistungen, auch gegenüber dem Oberarzt – eine Kompetenz, die ein hohes Maß an Abstimmung und Vertrauen in der Krankenhauskultur erfordert. Die Befürchtung, dass die ärztliche Souveränität bei der klinischen Entscheidung in Gefahr gerät, konnte schon früh zerstreut werden. Neue Generationen von Stationsärzten wachsen weitgehend selbstverständlich in das neue Konzept hinein. Anfängern erleichtert die klare Prozesssteuerung die Einarbeitung und extern vertretende Ärzte können sich schneller auf der Station orientieren. Der diagnoseunspezifische organisatorische Basispfad ist bei der Durchleitung des Patienten durch den Behandlungsprozess hilfreich und bietet eine gute Orientierung. Die Aufnahme von Patienten ist durch das schon vorstationär eingeleitete strukturierte Vorgehen inhaltlich und organisatorisch substantiell verbessert.

Schritt für Schritt erkannten alle Professionen die Vorteile des Case-Managements. Anspruchsvoll erwies sich bisweilen die Integration einzelner Sozialarbeiter, die das Arbeitsfeld Case-Management historisch bedingt für sich beanspruchten und ihre bisherige Rolle in Gefahr sahen. Die neu qualifizierten Case-Manager wiederum waren herausgefordert, sich in der neuen Rolle mit einer aktiven Managementhaltung zu zeigen und Prozessführungsaufgaben selbstbewusst wahrzunehmen. Führungsqualitäten waren gefragt. Die Steuerung des Dialogs mit anderen Professionen, erwies sich „als neuer Schuh, der

erst noch eingelaufen sein wollte“. Anfangs brauchten die Case-Manager intensive Unterstützung und Anerkennung durch ihre Leitungen.

Weitere Gewinne sind ein verbesserter Informationsfluss und die rechtzeitige Entscheidungsklarheit durch das Einholen oder rechtzeitige Moderieren anstehender Entscheidungen. Die Patientenversorgung ist vollständig und individuell angemessen durch stete Reflexion dessen, was der Patient in welchem Umfang, wann, von wem und wofür braucht. Im neuen Entgeltsystem unterstützen Case-Manager zudem in Kooperation mit dem Erlösmanagement das Controlling der Dokumentation und die vollständige, entgeltrelevante Leistungsdokumentation der Professionen.

Case-Manager kennen das System des Krankenhauses im Detail. Über regelmäßige Rückblenden sowohl zur Fallführung als auch zu Stärken und Schwächen des Behandlungsablaufs tragen sie zur kontinuierlichen Verbesserung der Klinikprozesse und Strukturen bei. Case-Manager eignen sich gut auch als Multiplikatoren neuer Organisationskonzepte.

Typische Brennpunkte – Auf dem Weg zum Case-Management 2.0

Entlang der Kernziele des Case-Managements im Gesamtkontext der Klinik lassen sich aber auch folgende kritische Punkte beschreiben:

- Kapazitätsgrenzen: Bei zu hohem Case-Load der Case-Manager (Standard sind 20 Patienten) kann dieser nur einen Teil seiner Aufgaben leisten und konzentriert sich auf das stationäre und vorstationäre Aufnahmemanagement, die Belegung und die Koordination der Entlassung. Organisationsseitig ist auf eine kontinuierliche Nachbesetzung und Nachqualifikation zu achten. Bei Engpässen in der Bezugspflege hat die Vertretung in der Bezugspflege Vorrang.
- Die Entscheidungshoheit über Bettenbelegung ist bei einzelnen Oberärzten mitunter ein Thema von Konflikten. Es zeigen sich jedoch immer wieder die Vorteile der integrierten Steuerung der kompletten Klinikbelegung gegenüber der Einzelsteuerung.
- Unterschiedliche Aufnahmestrategien

wie im Bereich der Psychotherapie und Psychosomatik machten eine abteilungspezifische Sonderlösung notwendig. Die dort bestehende Vorschaltambulanz benötigt hohes ärztliches Know-How für die Vorfilterung von Patienten, über das ein Case-Manager nicht verfügt.

- Bei der Koordination des Behandlungsteams wurde die Moderationsrolle durch die verschiedenen Case-Manager unterschiedlich interpretiert und ausgelegt. Die Professionen haben inzwischen aber durch gegenseitiges Feedback und Konfliktklärung gelernt angemessen miteinander umzugehen.
- Das Belegungsmanagement ist deutlich verbessert, aber gleichwohl schwierig und aufwendig, wenn Wartelisten lang sind.
- Interne Verlegungen laufen besser, vor allem wenn bei den vierteljährlichen klinikweiten Feedback-Treffen regelmäßig nachjustiert wird.
- Bei der Verweildauersteuerung hat der Case-Manager eine Vermittlerrolle zwischen Medizin und Erlösmanagement mit allen Vor- und Nachteilen einer Sandwich-Position.
- Beim Entlassungs- und Überleitungsmanagement gibt es stationsabhängig unterschiedliche Überlappungen mit Aufgaben und Know-How des Sozialdienstes. Hier war zum Teil eine Feinjustierung und wiederholte Aufgabenabgrenzung nötig. Was die Tiefenwirkung des Case-Management mit optimaler Vernetzung in den ambulanten Bereich anbetrifft, liegt die Domäne nach dem hiesigen Konzept eindeutig bei der Sozialarbeit. Hier besteht gerade bei hochkomplexen und schwerkranken Patienten noch weiterer Optimierungsbedarf.

Fazit und Ausblick

Pflegegestütztes Case-Management kann (so zeigt die inzwischen mehrjährige Erfahrung) den Behandlungsprozess des Patienten über die organisatorische Seite der Behandlung durch straffes Prozessmanagement potent unterstützen. Der Case-Manager führt „als Dirigent im Orchester der Akteure“ durch den Behandlungsprozess und ist für den Patienten neue Orientierungsperson und kompetenter Begleiter. Mit dem

Schwerpunkt auf der berufsübergreifenden Gesamtverantwortung für die Fallführung, ist pflegegestütztes Case-Management für die psychiatrische Pflege in Deutschland sicherlich Neuland. Es hat in der Klinik Dr. Fontheim zu einem Paradigmenwechsel geführt. Der „natürliche“ Veränderungswiderstand zu Beginn ist mit der wiederholten Erfahrung der positiven Effekte verschwunden. Es kommt zu einer deutlichen organisatorischen Entlastung für Ärzte, Bezugspfleger und Psychologen ohne Einschränkung der klinischen Souveränität, was diese Berufsfelder in sich auch attraktiver macht. Case-Management ist für Pflegende eine anspruchsvolle und attraktive berufliche Option. Es braucht unbestritten wie alle Professionen „gute Leute“. Ein gutes „Wie“ bei allen Beteiligten ist die halbe Miete.

Der Blick auf den Case-Management-Erfolg in den USA und auch in Großbritannien macht zuversichtlich, dass mit Case-Management und integrativen Behandlungspfaden die Herausforderung einer ökonomischen Fallführung einerseits und therapeutisch wirksamen Versorgung andererseits gelingen kann.

Literatur

Weatherly JN (Hrsg.), Schnieders G, Haut M, Pilz S. „Das Pflegegestützte Case-Management in der Psychiatrischen Klinik- von der Konzeption bis zur Einführung“. Edition Winterwork, Berlin 2011



Georg Schnieders
Diplom-Pflegewirt
Pflegedirektor
Privat-Nerven-Klinik
Dr. med. Kurt Fontheim
Lindenstraße 15
38704 Liebenburg



Dr. med. Stefan Pilz
Arzt, Leiter Qualitätsmanagement und Organisationsentwicklung
Privat-Nerven-Klinik
Dr. med. Kurt Fontheim
Lindenstraße 15
38704 Liebenburg
E-Mail: Pilz@klinik-dr-fontheim.de