

# Case-Management – (k)ein neues Wundermittel?

Bericht aus der Sommerakademie Languedoc 2005

Michael Deppeler

Während der diesjährigen Sommerakademie hat sich eine Gruppe engagierter Kolleginnen und Kollegen in der Languedoc den Fragen des Case-Management gewidmet. Sie haben sich diesem Prozess gestellt und sind nicht enttäuscht worden, im Gegenteil. Lesen Sie, wie ihnen geschah.

*Au cours de l'académie d'été de cette année dans le Languedoc, un groupe de collègues s'est consacré avec énergie aux questions concernant le «case management». Ils en ont suivi le processus et n'ont pas été déçus, bien au contraire, comme vous pouvez le lire dans le récit ci-dessous.*

## Viele reden von Case-Management – doch wer tut denn was?

Viele reden von Case-Management – auch unsere Opinion leader der Grundversorger [1]. Die Meinungen sind kontrovers: «Alter Wein in neuen Schläuchen» und «ein weiteres Haar in der Suppe» tönt es aus der einen Küche. Die andere Küche hält dagegen: Vielleicht ist ja gerade ein richtig verstandenes, fundiert gelerntes und gut angewandtes Case-Management «das Salz in der Suppe», einer Suppe, die ja immer fader zu werden droht. Aber eine «nouvelle cuisine» für Grundversorger schmeckt anders, ihre Gewürze könnten sein: Qualitätszirkel, Netzwerke, Disease management, Qualitätsförderung, «critical incident reporting system». Diese Küche

hätte entsprechende Auswirkungen auf unsere Aus-, Weiter- und Fortbildung und selbstverständlich auch auf Dignität und Tarif.

## Ein anderes Umfeld lädt ein ...

*In der Morgendämmerung erreicht der Zug Montpellier, wo mich Eugen Häni, der Begründer der Sommerakademie, abholt. Gestern ist das Thema chronischer Rückenschmerz abgeschlossen worden. Rote, gelbe und blaue Flaggen sind wieder präsent – wie die Wimpel in den engen Gassen von Lodeve, dieser pittoresken Universitätsstadt – die meisten Fälle sind ja sehr komplex, dank den Richtlinien und der fundierten und facettenreichen Diskussionen können wir ihnen nicht nur mehr Farben abgewinnen, sondern vielleicht auch Sinn, Hoffnung und Lösungsansätze. Wie werden diese optimal koordiniert und gesteuert? Der Dialog ist am frühen Morgen also bereits voll im Gang, als wir alleine durch das erwachende Languedoc fahren. Die Farben hier in Südfrankreich sind völlig anders, viel mehr Braunrot und Gelb, die Farben des Südens und des Sommers, warm, erdig und sinnlich, auch die Gerüche unterscheiden sich – würzig und intensiv. Ein guter Boden, neue Fragen zu stellen und ein neues Denken zu versuchen.*

## ... über Veränderung nachzudenken ...

Es gibt ein arabisches Sprichwort über Veränderung: «Die Menschen können in drei Gruppen eingeteilt werden; die, welche unbeweglich sind, die, welche beweglich sind, und die, welche sich bewegen». Zu welcher Gruppe gehören wir Grundversorger? Gibt es nicht Momente, wo

wir mit allen Kräften unseren «alten Garten» verteidigen und notfalls mit Mauern schützen wollen, so dass wir den Ozean gar nicht mehr sehen. Und wo bleibt die Sehnsucht, Schiffe zu bauen oder gar aufs Meer hinauszusegeln?

## Eine Neuorientierung und ein neues Denken in der Medizin

Im bewegenden Einführungsreferat von Michael Muffler, Case-Manager von Sanitas, wurden wir in diesem Zusammenhang zuerst mit «neuen Regeln im Gesundheitswesen» [2] bekannt gemacht, die mir wesentlich besser gefallen als die Neuorientierung der Medizin der SAMW<sup>1</sup>. Ich zitiere an dieser Stelle nur einige Schwerpunkte, sind sie doch Grundlage vieler neuer Ingredienzien der «nouvelle cuisine».

Versorgung bestand primär auf Besuchen – sie basiert neu auf dauerhaften Heilbeziehungen.

Professionelle Autonomie verursacht eine Variabilität der Versorgung; neu ist sie auf die Bedürfnisse und Werte des Patienten zugeschnitten.

Die Professionen kontrollieren die Versorgung – nun kontrolliert diese der Patient.

Informationen sind eine Akte – das Wissen soll geteilt werden, es besteht freier Informationsfluss.

Entscheidungen basieren auf Training und Erfahrung – evidenzbasierte Entscheidungen werden wichtiger.

Die Vermeidung von Schädigung liegt im Bereich der individuellen Verantwortlichkeit – Sicherheit wird schwer-

<sup>1</sup> Projekt «Neuorientierung der Medizin» der SAMW; 6 Kernbereiche der Verbesserung.

gewichtig als Systemeigenschaft betrachtet (womit auch die verschiedenen Qualitätsförderungsinstrumente erklärt werden könnten).

Es wird heute überall von Kostenreduktion gesprochen – doch besser wäre, die Verschwendung (Übersorgung) kontinuierlich abzubauen.

Verheimlichen ist/war notwendig – an seine Stelle tritt Transparenz.

Das System reagiert auf Bedürfnisse – diese werden zunehmend antizipiert. Und schliesslich: Wo Rollenbilder der Gesundheitsberufe wichtiger waren als das System – da soll nun die Kooperation zwischen den Leistungsträgern und Professionen Priorität haben (wäre dies nicht auch eine mögliche Definition von «Netzwerken» über die Berufsrollen hinaus?)

Dazu passen auch gewisse Kernbereiche der SAMW wie z.B. Punkt 2: Empowerment: Einbezug des Patienten in den Entscheidungsprozess, Stärkung der Selbstverantwortung, oder Punkt 6 vom lebenslangen Lernen, wo der Fokus auf die kommunikative Kompetenz, Konfliktfähigkeit, den Umgang mit Fehlern und die Interdisziplinarität gelegt werden soll. Wir stecken also mitten im Veränderungsprozess! Ich werde mich nun auf das Case-Management konzentrieren.

### Was denken Sie zu folgender Fallgeschichte?

Ein grosser Teil bestand in praktischer Arbeit. In gut 10 Fällen übten wir uns, alltägliche Geschichten mit verschiedenen Brillen vor den Hausarzttaugen zu sehen. Stellvertretend ein scheinbar banaler Fall, der dann erstaunlicher- und erfreulicherweise viele Emotionen aufgewirbelt hat! *Eine 62jährige Sizilianerin mit kaum einstellbarem metabolischem Syndrom leidet seit einer schweren Pyelonephritis an ängstlich-depressiven Zuständen. Sie hat Angst, dass mehr dahinter steckt als «nur» eine Entzündung, vielleicht ein Tumor, so wie bei ihrem Ehemann vor über 7 Jahren. Nun ist noch eine «frozen shoulder» dazu gekommen; für sie «Zeichen, dass ihr Kör-*

*per nun so verbraucht sei, dass sie eigentlich nicht mehr arbeiten möchte, sonst sei sie bis zur Pensionierung endgültig ein körperliches Frack und reif für das Pflegeheim, wenn sie überhaupt noch leben würde». An eine Putzarbeit im Behindertenheim war vorerst nicht mehr zu denken, eine längere 100% AUF die Folge. Nach stützenden Gesprächen, intensiver Physiotherapie sowie Einsatz verschiedener Medikamente schien eine 50% AF realistisch, allerdings müsste der Arbeitgeber zumindest vorübergehend eine entsprechende, leichtere Beschäftigung innerhalb der Betriebes anbieten können. Nach zwei Gesprächen wurde klar, dass dies nicht mehr möglich sei. Der Arbeitgeber unterstützte die Patientin (und den Hausarzt!), die Patientin doch bis zur Pensionierung 100% AUF geschrieben zu lassen, «zeitlich ginge es gerade gut auf» ... Der Hausarzt schrieb zwar einen objektiven Bericht an die Taggeldversicherung, worauf monatelang nicht viel passierte. Andere Fälle wurden wichtiger ... immer noch zahlt die Taggeldversicherung, im September feiert die Frau ihren 64. Geburtstag. Sie ist allerdings immer noch verunsichert und depressiv.*

Alles klar? Alle sind zufrieden. Ist das nicht ein optimales Case-Management, so wie wir Hausärzte es verstehen und wohl auch tagtäglich durchspielen? Was meinen Sie? Wer kennt diese «stillen (guten?) Kompromisse» nicht? Alle sind vordergründig zufrieden: Der Arbeitgeber ist entlastet, muss intern nichts ändern und kann eine neue Kraft anstellen; ein Grossteil des Lohns ist ja durch die Versicherung gedeckt; die Taggeldversicherung «schreit nicht zu laut», sie holt den «Verlust» mit einer höheren Prämie im nächsten Jahr wieder auf; die Patientin muss nicht mehr arbeiten, hat de facto 2 Jahre früher ihre «Altersrente», hat weniger Sorgen und verliert kaum Geld. Sie könnte ja theoretisch auch entlassen werden nach 6 Monaten AUF. Und der Hausarzt ist auch glücklich: «sorgt er doch so für das Wohl der Patientin» (stimmt das wirklich in jedem Fall – und hier?).

Auf viele «wenn und aber» folgte eine angeregte, bereichernde Diskussion in der Gruppe, viele Fragen konnten nicht abschliessend beantwortet werden: Was

dient der Patientin am besten? Ein würdevoller Abschluss ihrer Arbeitszeit oder die Krankheit? Warum ziehen viele heute die Krankheit der Arbeitslosigkeit vor? Wer profitiert am meisten «vom blauen Weg» der Medizin? Wer ist so blauäugig, zu denken, dass der einfachste auch immer der beste Weg ist? Wo bleibt die soziale Gerechtigkeit? Spielt es wirklich keine Rolle, wer letztlich bezahlt: IV, Taggeldversicherung, Fürsorge? Und dann noch die heikle Bemerkung: «Du sollst keine falschen Zeugnisse machen» [3]. Wie wäre die Geschichte verlaufen, wenn die Patientin 55jährig wäre? Wenn die Taggeldversicherung ihren Case-Manager ins Spiel gebracht hätte? Wenn der Arbeitgeber aktiv nach neuen Wegen gesucht oder der Hausarzt sein Zeugnis nach bestem Wissen und Gewissen ausgefüllt hätte?<sup>2</sup>

### Wir sind nicht (mehr) alleine ...

«Grauzonenfälle» wird es immer geben, in denen es alle lieber so belassen, wie es ist. Immer mehr Mitspieler wollen aber heute beitragen, «die Verschwendung von Ressourcen kontinuierlich abzubauen und transparent die Kooperation zu suchen». Die Migros hat als einer der ersten Betriebe in grossem Stil gezeigt, dass bei aktivem «Gesundheitsmanagement» nicht nur sehr viel Geld gespart werden kann, wenn die Mitarbeiter möglichst früh zumindest teilweise reintegriert werden. Die anderen Gewinne sind schwieriger zu messen als die «Geldwerte».

Die Erkenntnis wächst, dass wir in einer komplexer gewordenen (Arbeits-)Welt kaum je wirklich alleine mit unserem Patienten im Sprechzimmer sitzen. Der Qualitätszirkel Hönigg hat darüber berichtet [4]. Das neue Denken bedingt dringend eine Erweiterung der «alten» Arzt-Patienten-Beziehung. Heute sind viele komplexe Situationen nicht mehr in der «hochheiligen» Diade versteh- bzw. lösbar; immer mehr muss die traditionelle

<sup>2</sup> Arbeitsunfähigkeit: Leitlinie zur Beurteilung der AUF nach Unfällen und Krankheiten (Swiss Insurance Medicine).

(paternalistisch-symbiotische) Zweierbeziehung «trianguliert» werden, soll der Patient mit seinem Kontext zu einem autonomen, selbstverantwortlichen Partner werden. Hier beginnt echtes Empowerment [5] und die Salutogenese!

«Wenn mir klar ist, was gerade geschieht, wenn ich eine Vorstellung davon habe, dass diese Situation lösbar ist, und wenn ich weiss, wofür ich mich einsetze, dann kann ich auch schwierige Situationen bewältigen.»

Nicht zu vergessen, dass auch wir als Arzt Teil eines Systems sind – es muss nicht immer eine Versicherung sein, die uns im Nacken hockt, vielleicht suchen sie nur die neue Formen der Zusammenarbeit? Auch wir Ärzte benötigen Empowerment, sei dies durch Supervision, Qualitätszirkelarbeit oder ... Winterseminar und Sommerakademie!

### ... und müssen uns neu definieren und befähigen

Viele von uns machen seit Jahren «Case-Management im Kleinen», darin sind wir im Lauf der Zeit immer erfahrener und mehr oder weniger kompetent geworden. Doch genügt das bereits, um uns als die «wahren Case-Manager» zu definieren? Was denken Sozialarbeiter, die mit dem «case work» aufgewachsen sind, und die «neuen Spezialisten» der Versicherungen, welche eine besondere Weiterbildung «genossen» haben, über uns «selbsternannte Spezialisten»? Ob wir wollen oder nicht, auf verschiedenen Ebenen der Medizin haben die modernen Methoden des Managements Einzug gehalten. Wie wäre es, «das Gute im Schlechten» zu suchen? Ein Qualitätszirkel ist eben etwas anderes als das frühere «vier beim Bier». Qualitätsförderung viel komplexer als 80 Stunden Fortbildung, wovon 30 Stunden mit Lesen verbracht und 50 irgendwo vor einer powervollen Präsentation «abgesessen» werden können. Das lebenslange Lernen bedeutet auch persönliche Entwicklung und neue Kompetenzen. Kompetenzen, welche im Studium (noch)

nicht erlernt werden können. Es liegt an uns, unseren Beruf «neu zu definieren», gemeinsam und mit Einbezug der Patienten und den anderen Mitspielern in der Grundversorgung. Damit werden sich auch Lehre und Forschung verändern.

Case-Management ist das alltägliche Umsetzen eines neuen, biopsychosozial-systemischen Denkens bei der immer komplexer werdenden ambulanten Betreuung chronisch kranker, polymorbider Patienten mit vielen Helfersystemen in ein zeitgerechtes, patientenzentriertes, Outcome-orientiertes und qualitätsbewusstes Handeln.

Es ist ein Prozess der Zusammenarbeit, in dem eingeschätzt, geplant, umgesetzt, koordiniert, die adäquate Dienstleistung evaluiert und überwacht wird, um den sozialen und gesundheitlichen Bedarf des Individuums mittels Kommunikation und mit den verfügbaren Ressourcen auf qualitätsvolle und kostenwirksame Ergebnisse hin nachzukommen.

Und es ist ein Entscheidungsverfahren, welches Pfade des Vorgehens festlegt und über Ausmass und Intensität der Beschäftigung mit einzelnen Fällen entscheidet. In den Zeiten der Ressourcenknappheit werden immer mehr ehemals stationäre Behandlungen in eine ambulante Betreuung übergeführt; dadurch werden aber die Systeme der Betreuung komplexer. Je komplexer ein System ist, desto mehr Kommunikation und Koordination, Steuerung ist an den Nahtstellen notwendig. Oder anders gesagt, es braucht jemanden, welcher in einem Prozess von System als «Steuermann» ausgewählt wird.

### Case management heisst zuerst «gegenseitige Verpflichtung»

Peter Ryser, ein ehemaliger Sozialarbeiter, der seit Jahren als Systemtherapeut und Supervisor arbeitet und die berühmten «Aeschi-Kurse» leitet<sup>3</sup>, betonte mehrmals und eindringlich, dass vor jedem Case-Management (so wie im Krisenma-

agement) zuallererst die gemeinsame Verpflichtung zur Kooperation steht! Dies ist mehr noch als eine allgemeine «Auftragsklärung», etwas, das in der Sprechstunde ja auch viel zu oft vergessen geht. Erst wenn dieses gemeinsame Einverständnis da ist, kann der Kreislauf des Case-Managements in Gang gesetzt werden. Falls keine gemeinsame Verpflichtung erreicht wird, dann wird es nie ein Case-Management geben. Alles wird auf die Frage zentriert bleiben: Wer hat die Macht, die längeren Spiesse und die höheren Schutzmauern? Auf dieser Ebene wird es «querlaufen». Jeder im System kann dann zum «Störer» werden ... und wir betreten die Welt der Juristen!

Ein echtes Case-Management läuft in Einzelschritten ab – es gibt verschiedene Regelkreise, hier ein praxisnahes Beispiel [6]:

- *Verpflichtung*: Vertrauensbildung; Rollen klären, Erwartungen aushandeln;
- *Einschätzen*: Bedürfnisse/Ressourcen; Hindernisse bei der Ressourcennutzung, Stärken der Klienten;
- *Planen*: Ziele identifizieren, spezifizieren, Vorgehensplan entwickeln;
- *Erschliessen der Ressourcen*: Klient und Ressource verknüpfen, Verhandeln und fürsprechen (wo nötig), interne Ressourcen entwickeln;
- *Koordinieren*: Übereinstimmung in gemeinsamen Zielen; Klienten und Helfer unterstützen; Hilfeanstrengungen organisieren;
- *Entpflichten*: Ergebnisse bewerten; Anzeichen für eine Beendigung finden.

Dieses Schema zeigt, dass Case-Management «machbar» ist; es ist weder besonders kompliziert noch sehr aufwändig. Es ist allerdings eine Führungsaufgabe, die wir Hausärzte zunehmend wahrnehmen müssen. Im Alltag erleben wir, dass wir meistens die Anlaufstelle und dann auch Auslöser eines Case-Managements sein könnten. Das heisst aber nicht, dass der Hausarzt immer auch Case-Manager sein

<sup>3</sup> Peter Ryser, Suzanne Braga: Kommunikation und Beratung.



muss. Dies ist vielmehr abhängig vom Patienten, seinem Umfeld, den Bedürfnissen und Ressourcen und den Zielen.

Es lohnt sich auf jeden Fall, rechtzeitig mit den Patienten (auch) über die möglichen finanziellen Belastungen und die Kostenentwicklung zu sprechen. Für mich ist dies eine Form der notwendigen hausärztlichen Budgetverantwortung!

Zur besseren Illustration diene die Aufstellung rechts der «Kostenverteilung und Gesundheitsmanagement» (Jahresdaten 2000).

### Was will ich nun persönlich ändern?

Wir haben einen sehr guten und vorbildlichen Dialog erlebt und kehren auf vielen verschiedenen Ebenen reich beschenkt zurück: zwischenmenschlich, kulturell, kulinarisch – und wir haben Vorsätze.

Dies sind unsere persönlichen Ziele bezüglich Case-Management:

- Sensibilisieren und Identifizieren von komplexen Fällen: dies betrifft nicht

1% schwerst Kranke	7% der Kosten
5% schwer Kranke*	45% der Kosten (case management)
5% chronisch Kranke	15% der Kosten (disease management)
65% akute Kranke	33% der Kosten (Demand management)
25% Gesunde	keine Kosten (Gesundheitsförderung?)

\* z.B. zerebrovaskulärer Insult, «low back pain», HWS-Distorsionen

nur die (teuren) Kosten, sondern auch Fälle, wo viele parallele Helfersysteme aktiv sind.

- Problemdefinition (der verschiedenen Systeme) mit der jeweiligen Zielsetzung dieser Systeme: Was weiss ich darüber und was vermute ich «nur»?
- Klären mit den Patienten. Thematisieren, das weitere Vorgehen besprechen, gegenseitige Verpflichtung einholen.
- Kontaktaufnahme mit dem Kostenträger, wo nötig: Wir definierten ein abgestuftes Case-Management: Tiefe Komplexität ist Sache des Hausarztes nach «alten Mustern»; hohe Komplexität und/oder Kosten: Kostenträger einschalten.
- Case-Management auslösen: Rollen klären, wer steuert?

### Und wann sehen wir uns wieder?

Nach ereignisreichen Nachmittagen zwischen Tropfsteinhöhlen der Larzac, Tempelstädten, romanischen Klöstern, der Jahrtausendbrücke von Millau, dem Markt in Sète, dem grössten Fischerhafen Frankreichs, dem Meer oder einfach nur Tennis spielen und Sonne tanken am hoteleigenen Pool endete unser Aufenthalt in Südfrankreich, wie er begann: Mit einem Essen unter freiem Himmel. Die Diskussion drehte sich zuerst um uns Ärzte. Bei den Fragen nach der nächsten Sommerakademie kamen auch die anderen Mitspieler zum Zuge, in erster Linie die Patienten! Sie dürften uns zu vielen neuen Ideen einer integrativen Grundversorgung führen.

### Literatur

- 1 Müller M. Case-management – das neue Wundermittel. PrimaryCare 2004;4:999.
- 2 Neue Regeln für das System der Gesundheitsversorgung im 21. Jahrhundert. Aus: Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2001, Gutachten «Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Band III, Kap. 1.7.
- 3 Gurtner B. Du sollst kein falsches Zeugnis geben. Schweiz Ärztezeitung 2005;86:1755.
- 4 Baumann R, Christen P, Dulic E, Dreiding P, Furrer A, Grossmann H, von Rechenberg L, Wälti J, Zoller M. Unsichtbare Teilnehmer in der Sprechstunde. PrimaryCare 2004;4:1010–2.
- 5 Knuf A, Seibert U. Selbstbefähigung fördern – Empowerment in der Psychiatrie. Bonn: Psychiatrie-Verlag; 2000.
- 6 Wendt WR. Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen; Freiburg: Lambertus-Verlag; 1977.



**Abbildung 1**

Ein anderes Umfeld verändert unser Denken ...