



QUALITÄT – ENTLASSUNG VERSUS RISIKO-MANAGEMENT
QUALITÄT - VOM PATIENTEN HER GEDACHT?
CASEMANAGEMENT - WICHTIGES INSTRUMENT FÜR
DIE ZUKUNFT

Dr. med. Philip Düwel
Bereichsleiter Medizin
Elbekliniken Stade Buxtehude





Agenda

Casemanagement:

- Was ist das?
- Warum?
- Wie?
- Bewertung?

Was ist eigentlich ein Casemanager?

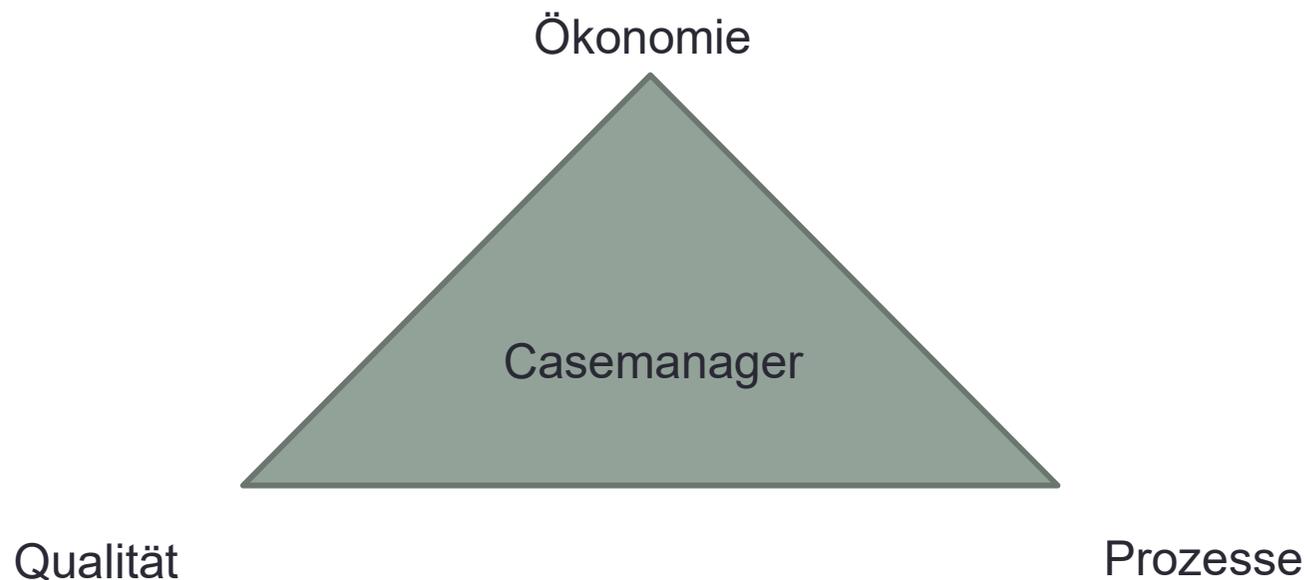
- Als Casemanager werden bezeichnet:
 - Sachbearbeiter von Krankenkassen
 - Begleiter für Angehörige von Wahlleistungspatienten
 - Abrechner von Leistungen in ambulanten und stationären Gesundheitseinrichtungen
 - „Pflegeüberleitungskräfte“ zwischen stationärer und ambulanter Versorgung
 - Stationssekretär/innen die die diagnostischen und therapeutischen Interventionen für Patienten planen.
 -

Was ist eigentlich ein Casemanager?

- **Case Manager**, deutsch Fall-Manager, ist ein neues Berufsbild im Sozial- und Gesundheitswesen, das aus dem [Gesundheitssystem der Vereinigten Staaten](#) stammt.
- Case Manager ist allerdings keine geschützte Berufsbezeichnung
- Die Aufgabe der Case Manager sind die Belegungssteuerung (Planung von Aufnahmen und Entlassungen), Koordination von Diagnostik, Therapie und Pflege über Behandlungsstandards und -pfade, im Hinblick auf bessere Effizienz der Leistungserbringung
- Der „Case Manager“ betreut Schnittstellen zwischen Ärzten, Pflegekräften oder Therapeuten, und auch zum Medizincontrolling und den IT-Abteilungen, den Sozialdiensten und der nachstationären Betreuung, sowie sozialen Hilfseinrichtungen.

Quelle: Wikipedia

Casemanagement im Krankenhaus



Vertritt den Patienten aus Sicht des Patienten an allen Schnittstellen zwischen den funktionsgesteuerten Einheiten eines Krankenhauses (z.B. Fachmedizin, Pflege, Abrechnung, niedergelassene Ärzte, häusliche Versorgungsdienste etc.)

Warum Casemanagement?

- **Erfüllung gesetzlicher Vorgaben:** Ein funktionierendes **Entlassmanagement** ist ein gesetzlicher Anspruch jedes Patienten
- **Liegezeitsteuerung:** Es werden im DRG System immer kürzere (mittlere)Liegezeiten refinanziert, Wiederaufnahmen werden zusammengeführt
- **Kostensteuerung:** Nur eine reibungslos organisierte Patientenversorgung Erlösen einen positiven Deckungsbeitrag
- **Erlösoptimierung:** Nur die fallbezogen spezifische Dokumentation ermöglicht vollständige Abrechnung von Leistungen
- **Externes Marketing:** Patientenzufriedenheit erhöht sich bei fallbezogener Betreuung
- **Internes Marketing:** Mitarbeiter sind bei klarer Aufgabenverteilung bzgl. der Organisation der Patientenversorgung zufriedener

Gesetzlicher Anspruch auf Leistungen des Entlassmanagements

- **Inkrafttreten des Versorgungsstrukturgesetzes am 01.01.12 (GKV-VStG)**
 - Der § 39 Abs. 1 SGB V ist insoweit um die Sätze 4 – 6 ergänzt worden.
 - Im Unterschied zur bisherigen Rechtslage wurde das Entlassmanagement gemäß § 39 Abs. 1 Sätze 4 -6 erstmalig als Rechtsanspruch der Versicherten ausgestaltet.
- **GKV-Versorgungsstärkungsgesetz vom 1. August 2015: Stärkung des Entlassmanagements.**
 - Neu: Schadensersatzanspruch des Patienten gegen Krankenhaus werden sehr konkret benannt!
 - Eine Vergütung des Entlassmanagements ist zukünftig grundsätzlich möglich

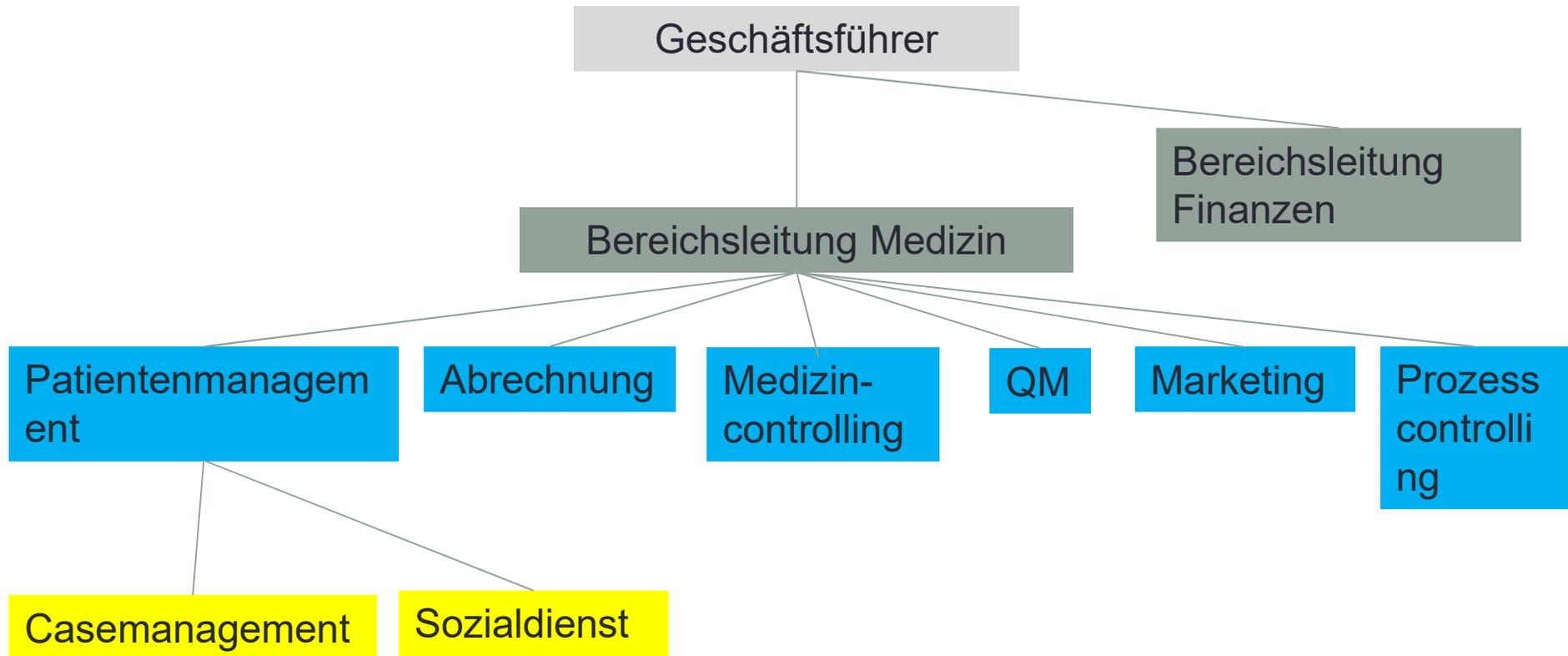
Gesetzlicher Anspruch auf Leistungen des Entlassmanagements

- **Verpflichtung aller Leistungserbringer**
- **Vertragsärzte, Krankenhäuser, Rehabilitations- und Pflegeeinrichtungen sind verpflichtet für eine sachgerechte Anschlussversorgung der Versicherten zu sorgen.**
- **Die Krankenkassen haben die Leistungserbringer dabei zu unterstützen.**
- **Entlassungsmanagement ist somit Teil der Krankenhausbehandlung.**
- **Zuständig für die Durchführung ist qualifiziertes Personal - insbesondere sind dieses Pflegefachkräfte - koordinierend mit dem Sozialen Dienst, Krankenhausärzten, Angehörigen und Vertragsärzten. (Bedarfserhebung mittels Assessment-Evaluation 48 Stunden nach Entlassung)**

Die Elbekliniken Stade Buxtehude

- 4 Krankenhäuser (600/270/150/120 Betten)
- 3 MVZs
- Gemischtes Versorgungsgebiet („Speckgürtel“ HH/ländliche Flächenversorgung)
- Lange Verkehrswege zum nächsten Maximalversorger
- Hoher Eigenversorgungsgrad
- Abgestufte Versorgung Grund-/Regel-Schwerpunktversorger
- Dabei viele standortübergreifende Versorgungsleistungen

Organisation Elbekliniken



Elemente des Casemanagements in den Elbekliniken

- Aufnahme und Belegung steuern (IV Steuerung, Konzernweite Verlegung!)
- Diagnostik, Therapie und Pflege planen (Konzernkapazitäten werden beachtet)
- Entlassung und poststationäre Betreuung planen (ländliche Mangelversorgung)
- Qualität durch Anwendung übergreifender Patientenpfade optimieren (auch standortübergreifend)
- Medizinische Dokumentation optimieren
- Abrechnung verbessern

Steuerung und Schnittstellenfunktion aus der Perspektive des Patienten!

Entlassmanagement

- **Nationaler Expertenstandard (DNQP) – Entlassungsmanagement**

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege

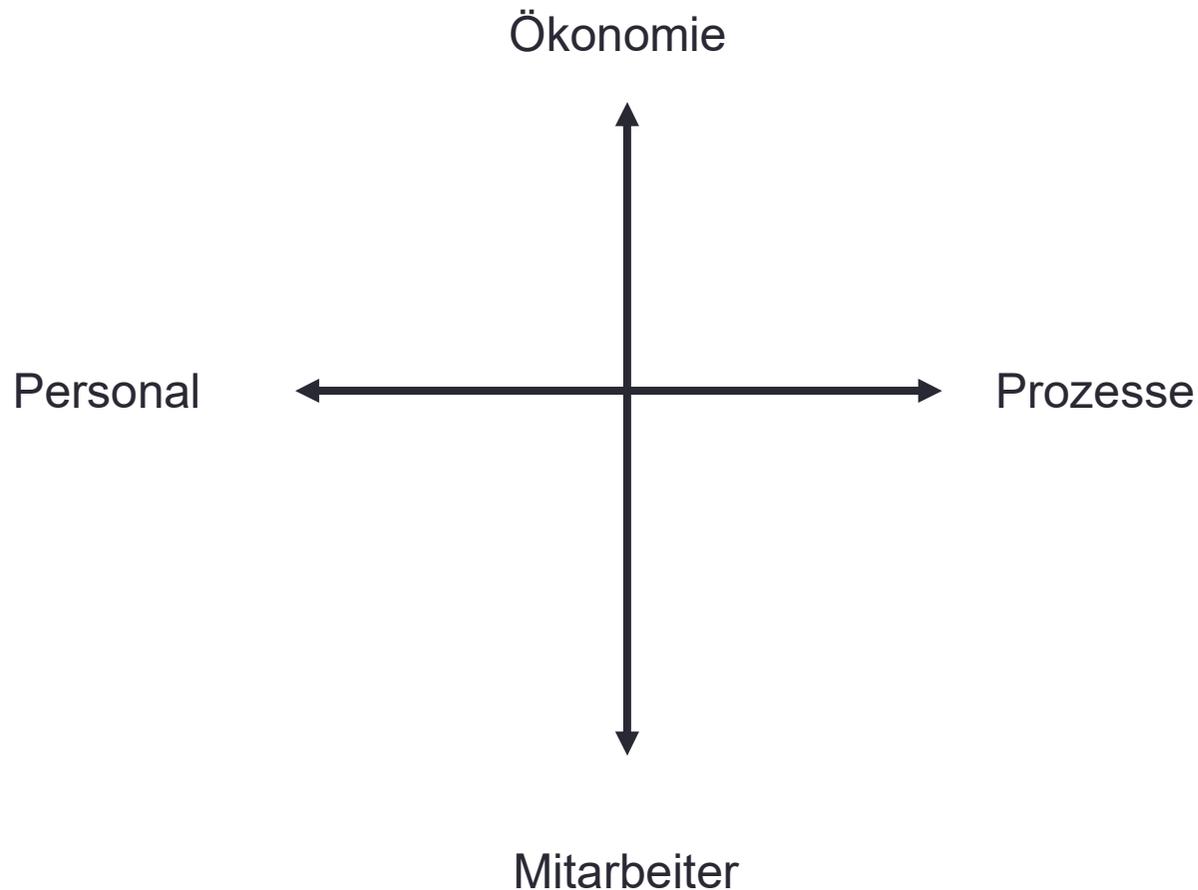
2.3 Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege - 1. Aktualisierung 2009 Stand: Februar 2009

Zielsetzung: Jeder Patient mit einem erhöhten Risiko poststationärer Versorgungsprobleme und einem daraus resultierenden weiter andauernden Pflege- und Unterstützungsbedarf erhält ein individuelles Entlassungsmanagement zur Sicherung einer kontinuierlichen bedarfsgerechten Versorgung.

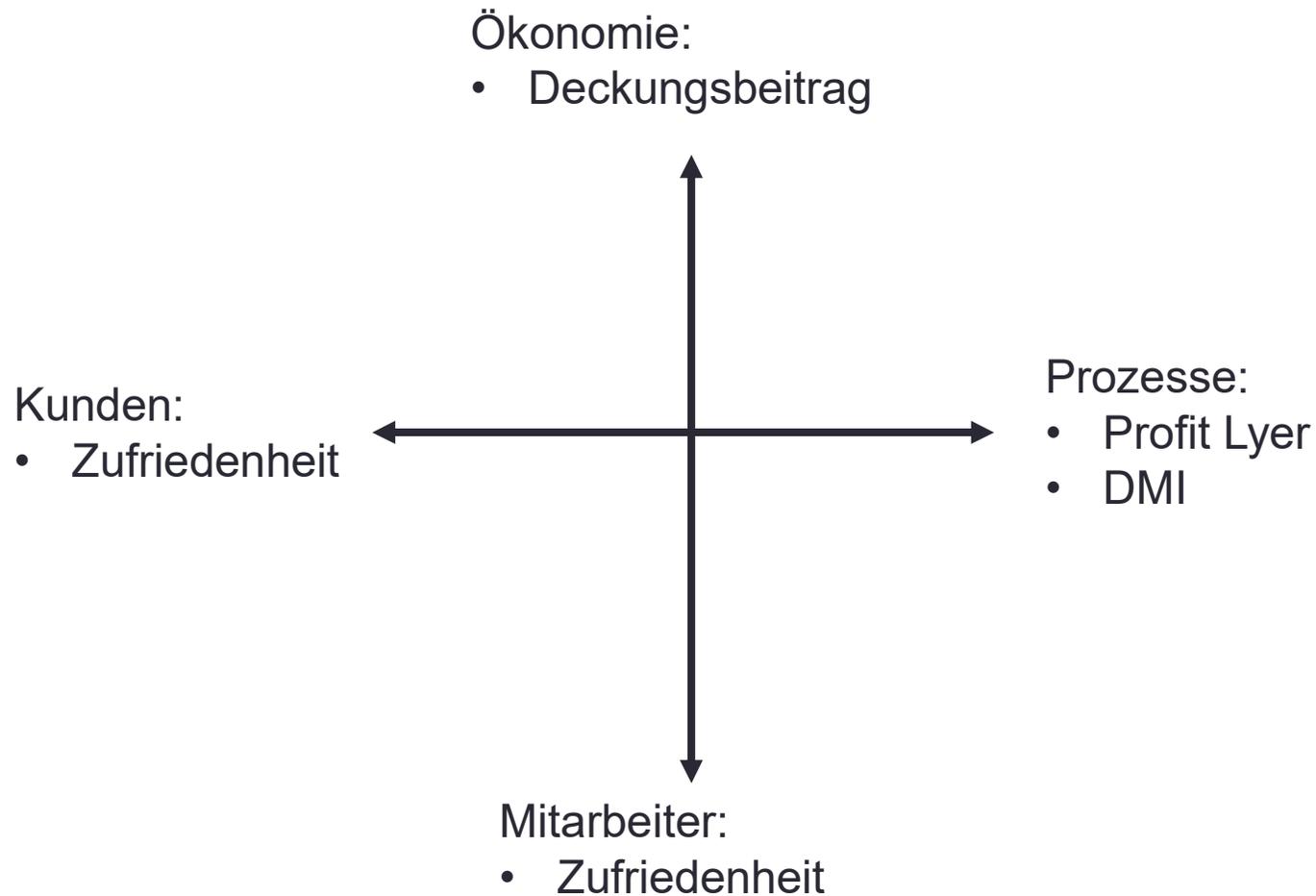
Begründung: Die Entlassung aus einer Klinik birgt das Risiko von Versorgungsbrüchen, die zu unnötiger Belastung von Patienten und ihren Angehörigen sowie zu hohen Folgekosten führen können. Mit einem frühzeitigen, systematischen Assessment sowie Beratungs-, Schulungs- und Koordinationsleistungen und deren abschließender Evaluation trägt die Pflegefachkraft dazu bei, eine bedarfsgerechte poststationäre Versorgung sicherzustellen und den Patienten bei der Bewältigung seiner veränderten Lebenssituation zu unterstützen.

| Struktur | Prozess | Ergebnis |
|--|--|--|
| <p>Die Einrichtung S1a - verfügt über eine schriftliche Verfahrensregelung für ein multidisziplinäres Entlassungsmanagement. Sie stellt sicher, dass die erforderlichen organisatorischen (z. B. Zeitrressourcen, Festlegung der Arbeitsteilung, Schulungsräume), personellen (z. B. Pflegefachkräfte mit hinreichender Qualifikation) und fachlichen Rahmenbedingungen (z. B. Einschätzungskriterien, -instrumente) gewährleistet sind.</p> <p>Die Pflegefachkraft S1b - beherrscht die Auswahl und Anwendung von Instrumenten zur Einschätzung der Risiken und des erwartbaren Versorgungs- und Unterstützungsbedarfs nach der Entlassung. S2 - verfügt über Planungs- und Steuerungskompetenz zur Durchführung des Entlassungsmanagements. S3 - verfügt über die Kompetenz, den Patienten und seine Angehörigen sowohl über poststationäre Versorgungsrisiken als auch über erwartbare Versorgungs- und Pflegerfordernisse zu informieren, zu beraten und entsprechende Schulungen anzubieten bzw. zu veranlassen sowie die Koordination der weiteren daran beteiligten Berufsgruppen vorzunehmen. S4 - ist zur Koordination des Entlassungsprozesses befähigt und autorisiert. S5 - verfügt über die Fähigkeit zu beurteilen, ob die Entlassungsplanung dem individuellen Bedarf des Patienten und seiner Angehörigen entspricht. S6 - ist befähigt und autorisiert, eine abschließende Evaluation der Entlassung durchzuführen.</p> | <p>Die Pflegefachkraft P1 - führt mit allen Patienten und wenn möglich mit deren Angehörigen innerhalb von 24 Stunden nach der Aufnahme eine erste kriteriengeleitete Einschätzung der erwartbaren poststationären Versorgungsrisiken und des Unterstützungsbedarfs durch. Diese Einschätzung wird bei Veränderung des Krankheits- und Versorgungsverlaufs aktualisiert. - führt bei identifiziertem poststationärem Versorgungsrisiko bzw. Unterstützungsbedarf ein differenziertes Assessment mit dem Patienten und seinen Angehörigen mittels geeigneter Kriterien durch bzw. veranlasst dieses. P2 - entwickelt in Abstimmung mit dem Patienten und seinen Angehörigen sowie den beteiligten Berufsgruppen unmittelbar im Anschluss an das differenzierte Assessment eine individuelle Entlassungsplanung. P3 - gewährleistet für den Patienten und seine Angehörigen eine bedarfsgerechte Information, Beratung und Schulung. P4 - stimmt in Kooperation mit dem Patienten und seinen Angehörigen sowie den intern und extern beteiligten Berufsgruppen und Einrichtungen frühzeitig den voraussichtlichen Entlassungstermin sowie die erforderlichen Maßnahmen ab. - bietet den Mitarbeitern der weiterversorgenden Einrichtung eine Pflegeübergabe unter Einbeziehung des Patienten und seiner Angehörigen an. P5 - führt mit dem Patienten und seinen Angehörigen spätestens 24 Stunden vor der Entlassung eine abschließende Überprüfung der Entlassungsplanung durch. Bei Bedarf werden Modifikationen eingeleitet. P6 - nimmt innerhalb von 48 Stunden nach der Entlassung Kontakt mit dem Patienten und seinen Angehörigen oder der weiterversorgenden Einrichtung auf und vergewissert sich, ob die Entlassungsplanung angemessen war und umgesetzt werden konnte.</p> | <p>E1 Eine aktuelle, systematische Einschätzung der erwartbaren poststationären Versorgungsrisiken sowie des Unterstützungs- und Versorgungsbedarfs liegt vor. E2 Eine individuelle Entlassungsplanung liegt vor, aus der die Handlungserfordernisse zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten poststationären Versorgung hervorgehen. E3 Dem Patienten und seinen Angehörigen sind bedarfsgerechte Information, Beratung und Schulung angeboten worden, um Versorgungsrisiken erkennen und veränderte Versorgungs- und Pflegerfordernisse bewältigen zu können. E4 Mit dem Patienten und seinen Angehörigen sowie den weiterversorgenden Berufsgruppen und Einrichtungen ist der Entlassungstermin abgestimmt sowie der erwartbare Unterstützungs- und Versorgungsbedarf geklärt. E5 Die Entlassung des Patienten ist bedarfsgerecht vorbereitet. E6 Der Patient und seine Angehörigen haben die geplanten Versorgungsleistungen und eine bedarfsgerechte Unterstützung zur Bewältigung der Entlassungssituation erhalten.</p> |

Kennzahlen zu Messung des Erfolges eines Casemanagements



Kennzahlen zu Messung des Erfolges eines Casemanagements

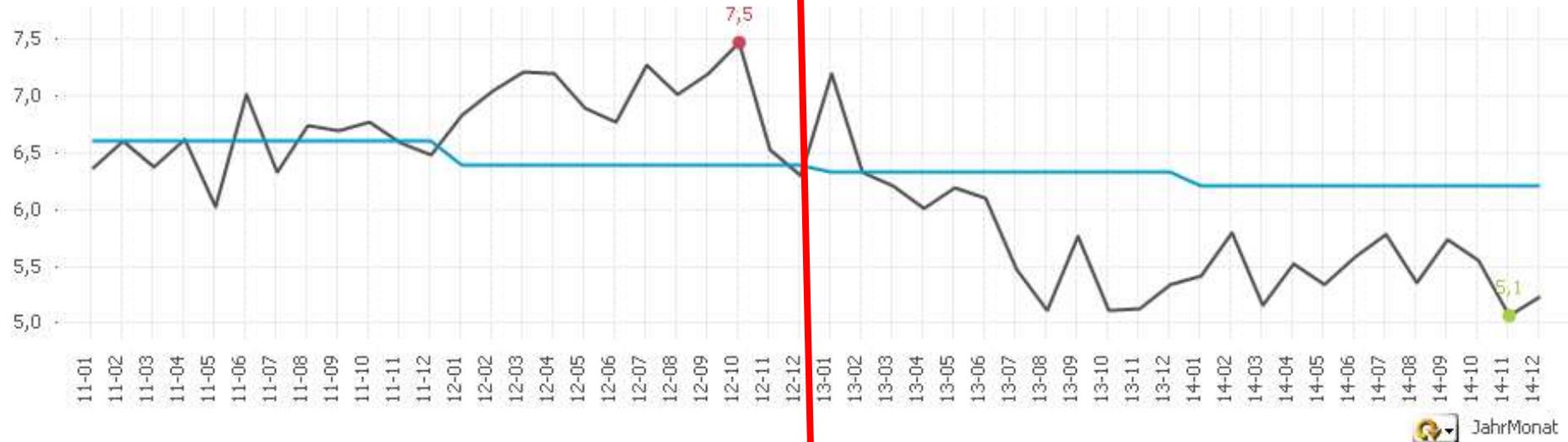


Beispiel Einführung Casemanagement Klinik für Neurologie

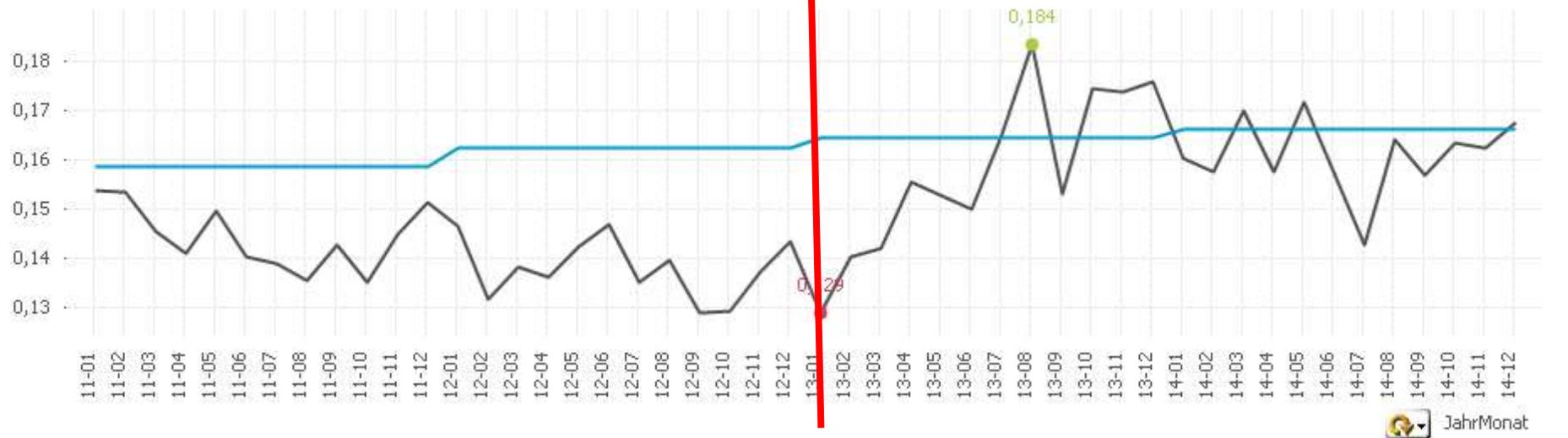
- Krankenhaus der Schwerpunktversorgung (600 Betten)
- 65 Betten
- 3500 Fälle
- 10 Betten Stroke Unit
- 1-4-11 VK ÄD
- Einführung Casemanagement Anfang 2013

Klinik für Neurologie: Focus Liegezeit

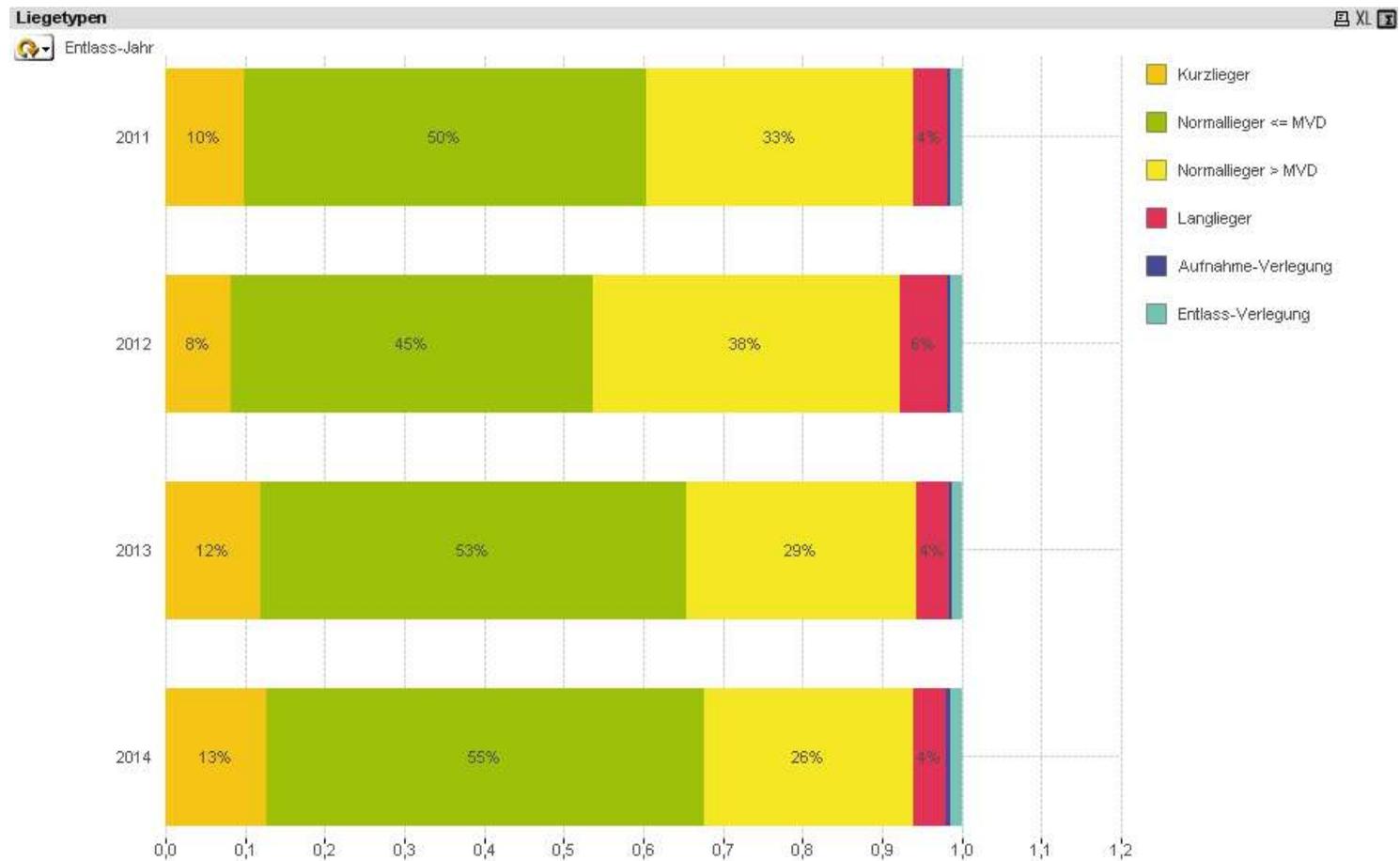
Verweildauer (Tage)



DMI



Klinik für Neurologie: Focus Liegetypen



Klinik für Neurologie: Focus Ökonomie

Neurologie 2012: InEK Browser vs. eigene Kalkulationsteilnahme

| Kosten Soll XL | | | | | | | | | | | |
|---|----------------------|-------------|-------------|-------------------|-------------------------------|------------------------|---------------------------|---------------------------------------|-----------------------------|--------------------------------|---------------|
| Kostenstelle | Kostenart 1 PK AD | 2 PK PD | 3 PK MTD/FD | 4a SK Arzneim. | 4b SK Arzneim. Einzelk. | 5 SK Impl./Transpl. | 6a SK übr. med. Bedarf | 6b SK übr. med. Bedarf Einzelk. | 7 PK & SK med. Infrastr. | 8 PK & SK n. med. Infrastr. | Gesamt |
| 01 Normalstation | -433 | -117 | -92 | 6 | -126 | | -0 | 21 | -4 | 6 | -738 |
| 02 Intensivstation | -370 | -125 | 11 | -61 | 18 | 0 | -164 | 4 | -69 | -119 | -876 |
| 03 Dialyseabteilung | -6 | -12 | | -1 | | | -10 | -0 | -3 | -4 | -36 |
| 04 OP-Bereich | 9 | | 9 | 0 | 0 | 3 | 4 | 3 | 4 | 7 | 39 |
| 05 Anästhesie | 10 | | 5 | 1 | 0 | | 2 | 0 | 1 | 3 | 22 |
| 06 Kreißsaal | 0 | | 0 | 0 | | | 0 | | 0 | 0 | 0 |
| 07 Kardiolog. Diagn./ Therapie | 2 | | 2 | 0 | 0 | 1 | 1 | 3 | 1 | 1 | 11 |
| 08 Endoskop. Diagn./ Therapie | -0 | | 2 | 0 | 0 | -0 | 0 | 1 | 0 | 2 | 6 |
| 09 Radiologie | 150 | | 157 | 2 | 1 | 8 | 38 | -1.098 | 73 | 116 | -552 |
| 10 Laboratorien | -9 | | 1 | 3 | 3 | 0 | 5 | 48 | -7 | -3 | 41 |
| 11 Übrige diagn./therap. Bereic... | 23 | 5 | 162 | 4 | 0 | 0 | 17 | -47 | 24 | 106 | 293 |
| 12 Basiskostenstelle | | | | | | | | 0 | | | 0 |
| Gesamt | -624 | -248 | 258 | -45 | -104 | 11 | -108 | -1.065 | 21 | 114 | -1.790 |

Klinik für Neurologie: Focus Ökonomie

Neurologie 2013: InEK Browser vs. eigene Kalkulationsteilnahme

| Kosten Soll | | | | | | | | | | | | XL |
|------------------------------------|-----------|------------|------------|-------------|-------------------|-------------------------------|------------------------|---------------------------|---------------------------------------|-----------------------------|--------------------------------|------------|
| Kostenstelle | Kostenart | 1 PK AD | 2 PK PD | 3 PK MTD/FD | 4a SK Arzneim. | 4b SK Arzneim. Einzelk. | 5 SK Impl./Transpl. | 6a SK übr. med. Bedarf | 6b SK übr. med. Bedarf Einzelk. | 7 PK & SK med. Infrastr. | 8 PK & SK n. med. Infrastr. | Gesamt |
| 01 Normalstation | | -63 | 264 | -72 | 24 | -124 | | 15 | 22 | 15 | 178 | 260 |
| 02 Intensivstation | | 119 | 208 | 15 | 19 | -31 | 0 | -44 | 5 | 13 | 79 | 383 |
| 03 Dialyseabteilung | | -15 | -31 | | -1 | | | -20 | | -5 | -5 | -77 |
| 04 OP-Bereich | | 6 | | 5 | 0 | -0 | 5 | 1 | 0 | 2 | 5 | 23 |
| 05 Anästhesie | | 5 | | 3 | 0 | 0 | | 1 | 0 | 1 | 1 | 12 |
| 06 Kreißsaal | | 0 | | 0 | 0 | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 07 Kardiolog. Diagn./ Therapie | | 3 | | 2 | 0 | 0 | 2 | 1 | 3 | 1 | 2 | 14 |
| 08 Endoskop. Diagn./ Therapie | | 2 | | 4 | 0 | 0 | 0 | -0 | 1 | 2 | 4 | 12 |
| 09 Radiologie | | 192 | | 189 | 2 | 1 | 3 | 36 | -1.084 | 91 | 134 | -436 |
| 10 Laboratorien | | -10 | | 11 | 2 | 1 | | 14 | -27 | -7 | -2 | -18 |
| 11 Übrige diagn./therap. Bereic... | | 85 | 6 | 27 | 6 | 1 | 0 | -1 | -34 | 20 | 67 | 177 |
| Gesamt | | 323 | 448 | 184 | 54 | -152 | 10 | 3 | -1.115 | 133 | 463 | 351 |

Klinik für Neurologie: Ökonomie

Neurologie 2014: InEK Browser vs. eigene Kalkulationsteilnahme

| Kosten Soll XL | | | | | | | | | | | |
|---|----------------------|------------|-------------|-------------------|-------------------------------|------------------------|---------------------------|---------------------------------------|-----------------------------|--------------------------------|------------|
| Kostenstelle | Kostenart 1 PK AD | 2 PK PD | 3 PK MTD/FD | 4a SK Arzneim. | 4b SK Arzneim. Einzelk. | 5 SK Impl./Transpl. | 6a SK übr. med. Bedarf | 6b SK übr. med. Bedarf Einzelk. | 7 PK & SK med. Infrastr. | 8 PK & SK n. med. Infrastr. | Gesamt |
| 01 Normalstation | -101 | 283 | -29 | 70 | -240 | | 21 | 29 | 95 | 289 | 418 |
| 02 Intensivstation | 118 | 140 | 4 | 67 | -7 | 0 | 40 | 7 | 77 | 191 | 638 |
| 03 Dialyseabteilung | -11 | -19 | | -1 | | | -20 | | -3 | -5 | -58 |
| 04 OP-Bereich | 9 | | 7 | 0 | 0 | 1 | 3 | 3 | 4 | 6 | 33 |
| 05 Anästhesie | 9 | | 5 | 1 | 0 | | 2 | 0 | 1 | 2 | 21 |
| 06 KreiBsaal | -0 | | -1 | -0 | 0 | | -0 | 0 | -0 | -0 | -1 |
| 07 Kardiolog. Diagn./ Therapie | 3 | | 2 | 0 | 0 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 12 |
| 08 Endoskop. Diagn./ Therapie | 5 | | 8 | 0 | 0 | 0 | 1 | -0 | 3 | 5 | 22 |
| 09 Radiologie | 230 | | 223 | 4 | 1 | 11 | 45 | -1.258 | 108 | 153 | -484 |
| 10 Laboratorien | 1 | | 10 | 4 | 6 | 0 | 6 | -33 | -8 | -4 | -19 |
| 11 Übrige diagn./therap. Bereic... | -21 | 8 | 91 | -2 | 1 | 0 | 2 | -26 | 19 | 91 | 163 |
| Gesamt | 242 | 413 | 321 | 143 | -238 | 15 | 100 | -1.279 | 297 | 730 | 743 |

Klinik für Neurologie: Focus Ökonomie

- Deutliche Erhöhung des DMI durch Liegezeitverkürzung
- Wachstum der Klinik bei gleichbleibender Personalzahl
- Insbesondere im stationären Bereich Verbesserung der Effizienz
- Hohe diagnostische Kosten bleiben konstant
- Verbesserung von ca. 2 Millionen € im Deckungsbeitrag innerhalb eines Jahres!

Klinik für Neurologie: Focus Kunden

Klinik für Neurologie, weiße Liste 2012-2014, Prozentuale Werte

| Bereich | ITEM | Bundesdurchschnitt | 2012 | 2013 | 2014 |
|-------------------------|-----------------------|--------------------|------|------|------|
| Kundenzufriedenheit | Weiterempfehlungsrate | 82 | 66 | 69 | 73 |
| Ärztliche Versorgung | Zufriedenheit | 83 | 69 | 70 | 74 |
| Pflegerische Versorgung | Zufriedenheit | 82 | 73 | 75 | 78 |
| Service und Ambiente | Zufriedenheit | 79 | 70 | 72 | 76 |

Klinik für Neurologie: Focus Mitarbeiter

Mitarbeiterbefragung Neurologie zum Projekt Casemanagement

| Bereich | ITEM | 2012 | 2013 | 2014 |
|---------------------|---------------------------------|------|------|------|
| Pflegepersonal | Zufriedenheit Entlassmanagement | 52 | 76 | 82 |
| Ärztliches Personal | Zufriedenheit Entlassmanagement | 63 | 79 | 84 |

Kritische Erfolgsfaktoren für ein Casemanagement

- Keine disziplinarische Unterstellung an eine FUNKTIONEN Einheit (Patientenperspektive muss gewahrt bleiben)
- Enge organisatorische Anbindung an Chefarzt (Auswahl/Qualifikation/Tagesplanung)
- Casemanagementziele sind auch Klinikziele (abgestimmtes Controlling)
- Genaue Schnittstellendefinition zu Sozialdienst, Abrechnern, Stationspflege, ärztlichem Dienst
- Vollständige Übernahme definierter Aufgaben mit Vertretungsregelung (KEINE temporäre Rückdelegation an Pflege)

Zusammenfassung

Was ist das?

- Casemanagement ist eine patientenorientierte Aufgabe, die alle Schnittstellen und Funktionen aus Sicht es Patienten koordiniert

Warum?

- Weil gesetzliche Vorgaben erfüllt, Kosten, Erlöse, Liegezeiten und die Zufriedenheiten von Kunden und Mitarbeitern verbessert werden

Wie?

- Schwerpunktbildung entsprechend der individuellen Organisation des Krankenhauses

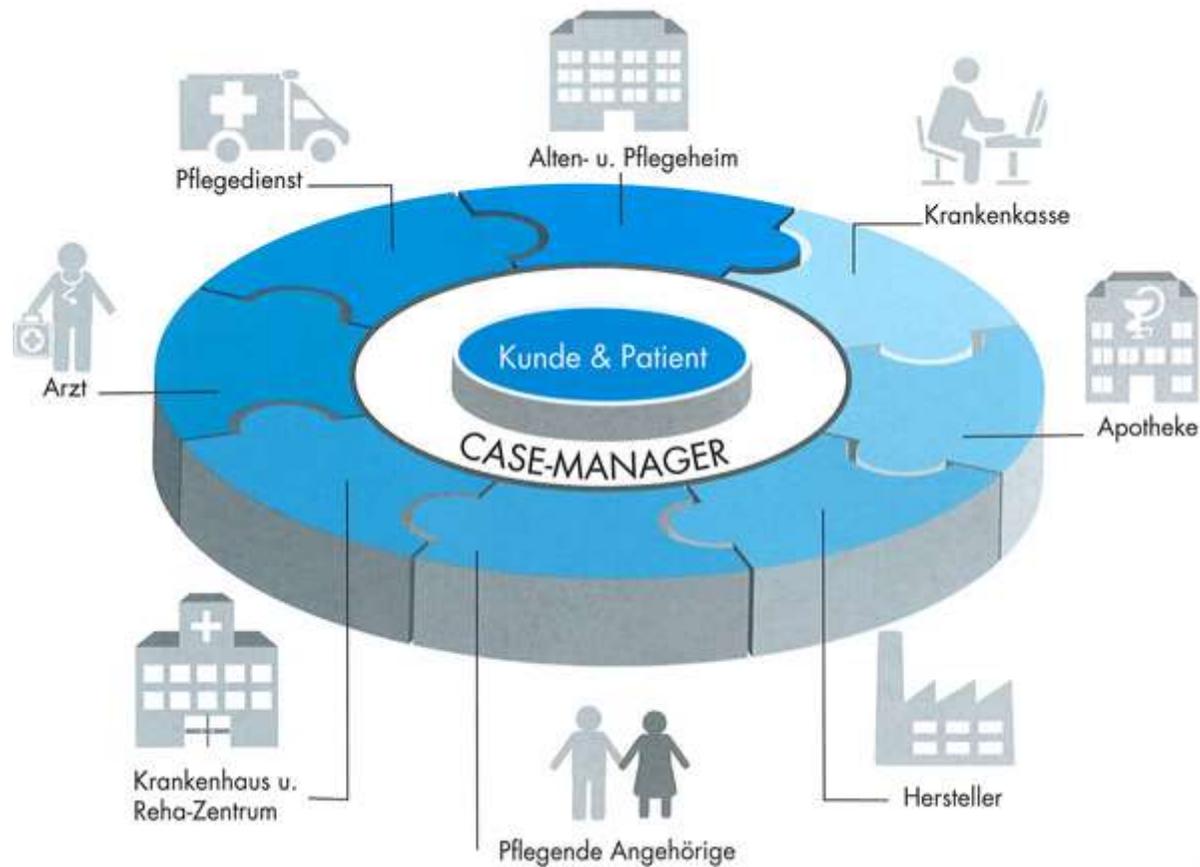
Beurteilung?

- Liegezeiten, Profit Lyer, Abteilungsdeckungsbeitrag, Patienten- und Mitarbeiter Zufriedenheit



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Schnittstellen des Casemanagements



Was ist eigentlich ein Casemanager?

„Die interdisziplinäre Casemanagement Society of America (CMSA 1994) hat Case Management als einen kooperativen Prozess definiert, in dem Versorgungsangebote und Dienstleistungen erhoben, geplant, implementiert koordiniert, überwacht und evaluiert werden, um so den individuellen Versorgungsbedarf eines Patienten mittels Kommunikation und verfügbarer Ressourcen zu befriedigen, die Versorgungsqualität zu fördern und effiziente Ergebnisse zu erzielen.“