

Kosten, am wenigsten aber der Patient. Disease-Management-Programme können chronisch Kranken die Chance nehmen, ihr Selbstwertgefühl zurück zu gewinnen. Zweifellos ist die Betreuung chronisch kranker Menschen enorm teuer, und zweifellos wird sie sich weiter verteuern. Dies zwingt zum Nachdenken darüber, wie mit diesen Patienten umzugehen ist. Dabei stellt die Politik individuelle Gesichtspunkte bewusst hinten an. Denn die Art der Therapie wird durch die DMP festgelegt. Damit werden die Patienten zum nachgeordneten Objekt der Ärzte, die wiederum den Regeln der Programme unterworfen sind. Die Gesellschaft, hier in Gestalt der Krankenkassen, bestimmt, welche Behandlungsziele wie zu erreichen sind. Die Bundesregierung verweist immer wieder auf die zu erwartende Kosteneinsparung. Den ethischen Paradigmenwechsel scheint sie hingegen nicht wahrzunehmen; nämlich, dass die Verlagerung des Behandlungsauftrags weg vom Patienten, der sich dem Arzt anvertraut, hin zur Gesellschaft, die den Arzt beauftragt, führt. Dieser Paradigmenwechsel aber wird den chronisch Kranken nicht gerecht.

Eine chronische Krankheit in das eigene Leben zu integrieren, bedeutet schwere schöpferische Aufgabe. Dabei ist der Arzt der Begleiter. Der ganze Prozess ist höchst individuell und langfristig mit immer neuen Fragen konfrontiert.

“Der chronisch Kranke benötigt den chronischen Arzt”.

Dem Arzt kommt dabei die Aufgabe zu, zwischen den individuellen Möglichkeiten des Patienten, den wissenschaftlichen Erkenntnissen und den Ansprüchen der Gesellschaft integrativ auszuwählen. Doch eine der Voraussetzungen dafür ist die ärztliche Unabhängigkeit. Nur dadurch, dass der Arzt für ein von ihm nicht zu verantwortendes Scheitern seiner Bemühungen nicht zur Verantwortung gezogen wird, bleibt auch der Patient autonom im Umgang mit der eigenen Krankheit.

Durch seinen Rückzug in eine Beraterfunktion leitet der Arzt dem eine wichtige Entwicklung ein: Er ermöglicht dem chronisch Kranken, seine Krankheit individuell in sein Leben integrieren und sich so wieder auf äußere Lebensbezüge zu konzentrieren. So kann der Diabetiker zum gesunden Kran-

ken werden. Er gewinnt sein Selbstwert- und seine Funktionstüchtigkeit zurück. Gerade das könnte durch Disease-Management-Programme gefährdet sein. Durch solche Programme könnte der Patient seinen Status als Auftraggeber verlieren, er könnte degradieren zum Objekt der Ärzte und der Krankenkassen. Damit könnte der Patient die schützende Würde verlieren und zum Kunden werden. Der unseelige “Wettbewerb” unter den Kassen, der durch die DMP’s vermieden werden soll, wird auf der Ebene der Ärzte wiederentstehen mit der gleichen Folge, nämlich der Benachteiligung der Schwerkranken. Bei den DMP’s dürfen wir Ärzte nicht zum Krankheitsmanager degradieren, sondern müssen als Behandler für chronisch Kranke unsere Fähigkeiten optimieren - als “Fachärzte für Empowerment und Motivationsförderung”. Die Freiheit des einzelnen Patienten, seinen Selbstwert trotz Krankheit durch Finden seines eigenen Weges wiederzuerlangen, darf nicht verloren gehen.

Durch das freiwillige Einschreiben in die DMP’s dürfen dem Patienten keine beruflichen und wirtschaftlichen Nachteile entstehen, wie z.B. Karriere Wünsche oder das Abschließen einer Lebensversicherung. Die Gefahr könnte bestehen, dass der Patient den ethisch geschützten Raum der Arzt-Patienten-Beziehung verlässt durch eine begrenzte Öffentlichmachung der Krankheit. DMP’s dürfen nicht dazu führen, dass das Allgemeinwohl bevorzugt wird vor dem individuellen Wohl und der Patientenautonomie. Wenn dieser Grundsatz allen Teilnehmern der DMP’s bewusst wird, bieten diese eine einmalige Chance, mit verbesserten wirtschaftlichen Mitteln und wissenschaftlichen Erkenntnissen die Ziele der St.-Vincent-Deklaration zu erreichen.

1.4. Case-Management in der Diabetologie - ein Modell zur Optimierung der Behandlung von Diabetikern

Die klinische Diabetes-Versorgung steht vor immer größeren Herausforderungen:

- Die Anzahl der Folgeerkrankungen von Diabetikern nimmt weiter zu: Erblindungen, Nierenversagen und Amputationen

- Zusätzlich fordern Kostenträger eine ständige Verbesserung der Leistungsqualität bei gleichzeitiger Kostensenkung

Welche strukturierten Behandlungsverläufe sind daher notwendig, damit eine qualitätssichernde, effiziente und kostensparende Versorgung der Diabetes-Patienten auch zukünftig gewährleistet bleibt?

Eine Methode zur Erreichung qualitätsgesicherter Patientenversorgung stellt das Case-Management dar. Case-Management ist ein Steuerungsmodell und eine Dienstleistung, das bzw. die durch die optimale Ausnutzung der vorhandenen Strukturen ermitteln kann, was zu tun ist, wie das zu machen ist und wer etwas dazu beitragen kann.

Case-Management wird in diesem Beitrag als eine qualitätssichernde Arbeitsweise verstanden, die insbesondere die klinische Diabetes-Versorgung mit ihren interdisziplinären Strukturen in die Lage versetzt, erforderliche Kommunikation zwischen den fallbezogenen Behandlungseinheiten zu verbessern.

Durch diese Optimierung der Patientenversorgung wird gleichzeitig der Ausbau von klinikinternen und sektorenübergreifenden Netzwerken gefördert.

Auf diese Weise entsteht ein Prozess kontinuierlicher Optimierung in der Ablauforganisation des Behandlungssystems. Case-Management dient im Ergebnis zur Absicherung einer patientenorientierten Haltung durch organisierte und strukturierte Behandlungsverläufe.

1.4.1. Die Ausgangslage

In Zeiten des Umbruchs im Gesundheitswesen entstehen täglich neue Szenarien, die ein uneinheitliches Bild medizinischer Krankenversorgung der Zukunft zeichnen. In der Diskussion um Begriffsbildungen und vorherrschende gesundheitsökonomische wie –politische Konzepte z.B. Leitlinien, evidence-based-medicine, disease management Programme, change management, care management und case management, bilden sich die Schwierigkeiten eines solchen Veränderungsprozesses ab. Immer wieder geht es dabei darum, im System vorhandene Rationalisierungsreserven der sozialen Sicherung zu erkennen und die Kosten bei gleicher bzw. sogar verbesserter Leistungsqualität

zu senken. In der Versorgung chronisch Kranker resp. Menschen mit Diabetes hat es auf diesem Hintergrund bereits einige Verschiebungen gegeben - z.B. mehr ambulante, dafür weniger stationäre Schulung.

- Seit der Etablierung der Diabetes-Schwerpunktpraxen in vielen Regionen ist die Anzahl der Patienten, die in den klinischen Schulungszentren versorgt werden, rapide zurückgegangen. Die Versorgung der Typ 1- und Typ 2-Patienten übernehmen nun die regionalen, ambulanten Schwerpunktpraxen
- In den Kliniken dagegen nehmen zunehmend zumeist ältere und sehr kranke Patienten die Leistungen in Anspruch. Ältere und kränkere Menschen mit Diabetes zeichnen sich oft durch komplexe und vielfältige Problemkonstellationen aus, in denen körperliche, soziale und psychische eng miteinander verschränkt sind

Schulungsteams der Kliniken fragen sich immer häufiger, welche Zukunft diese Arbeit noch an diesem Ort haben wird. Nur neue Behandlungsstrukturen und neue zusätzliche Schulungsangebote werden die Patientenversorgung im stationären Ausschnitt der Diabetesbehandlung sichern können.

Was für die Einen als Chance erscheint, erscheint für die Anderen als unausweichliches "Aus". Aber ist dieses "Aus" wirklich unausweichlich?

In diesem Beitrag wird das Konzept des Case-Managements dargestellt und erläutert. Das Ziel dabei ist die Vermittlung von konstruktiven Vorschlägen, auf welche Weise Case-Management als sinnvoller Ansatz insbesondere auch für die stationäre Diabetesversorgung mit ihren Netzwerken einbezogen werden könnte.

1.4.2. Case-Management in der stationären Diabetesversorgung

Am Krankheitsgeschehen des Diabetes sind viele Organsysteme beteiligt. Daraus ergibt sich, dass die Behandlung zunehmend als eine interdisziplinäre Aufgabe wahrgenommen wird. Darüber hinaus geschieht die interdisziplinäre Betreuung bereits heute vielerorts sektoren- (ambulant/stationär) und berufsübergreifend. In derartigen komplexen und differenzierten Hilfe- bzw. Behandlungssystemen neigen allerdings die einzelnen Disziplinen dazu, den "Fall" durch die eigene "Brille"

zu sehen. Komplexe, differenzierte Systeme haben dabei die Tendenz, vielschichtige Multi-Problemfälle auszugrenzen (Reduktion von Stress).

Um diesen Tendenzen entgegen zu wirken, nimmt der Bedarf an Koordination und Kooperation unter den Behandlern vor und während des Behandlungsprozesses insgesamt zu.

Case-Management setzt hier ein, indem ein sog. Case-Manager den Behandlungsprozess koordiniert und Informationen für den Patienten und alle Behandler besser, d.h. qualifizierter und schneller zugänglich macht.

Diese Verbesserung von Koordination und Kooperation ist die **eigentliche** (!) Rationalisierungsreserve im System, durch die sowohl Leistungsqualität erhalten/verbessert als auch mittelfristig eine Kostenreduzierung erreicht werden kann.

1.4.3. Was ist Case-Management?

“Case-Management” ist ursprünglich eine amerikanische Managementstrategie mit dem Ziel, die Versorgung von Versicherten in einer akuten Krankheitsperiode so zu steuern, dass in einem abgestimmten Prozess die individuell notwendigen Gesundheitsleistungen zeitnah zur Verfügung gestellt werden. Dabei verfolgt Case-Management als eine Technik des Managed Care auch das Ziel, die Qualität der Versorgung so zu sichern, dass auch langfristig entstehende Kosten gesenkt werden.

Diese Form der Fallführung geschieht durch Case-Manager, die für die fortlaufende Fallbeobachtung, die Organisation eines optimalen Behandlungsprozesses und die Betreuung des Patienten in der Nachsorge zuständig sind.

Die Aktivitäten des Case-Managers sind auf den Patienten und dessen Bedarfe ausgerichtet. Die Umsetzung erfolgt in der Koordination des um den Fall herum entstehenden relevanten Behandlungs- und Unterstützungssystems.

Die Aufgaben des Case-Managers beziehen sich auf die:

- Analyse von Kontexten
- Herausarbeitung von Zielen
- Abstimmung der Behandlungsschritte
- Aufrechterhaltung von Kommunikation zwischen den Behandlungseinheiten

- Abstimmung der erforderlichen Behandlungsschritte in bezug auf die zu erreichenden Ziele
- Absicherung organisatorischer Abläufe, um eine patientenorientierte Behandlung durchzuführen
- Dokumentation der Prozesse und Ergebnisse

Um die Kooperation der am Behandlungsprozess Beteiligten zu sichern und nicht vom Zufall abhängig machen zu lassen, werden durch die Methode des Case-Management interdisziplinäre und multiprofessionelle Abstimmungsprozesse institutionell und strukturell verankert. Case-Management wird dann zum Bestandteil von Qualitätsmanagement, indem Prozesse systematisch geplant, kontrahiert, dokumentiert und evaluiert werden und so die Voraussetzung für eine kontinuierliche Verbesserung der Ablauforganisation im Netzwerk geschaffen werden kann.

Die Begleitung der Patienten durch den Case-Manager bei immer kürzeren Krankenhausliegezeiten ermöglicht eine notwendige Verkürzung der Informationswege, um eine funktionierende und reibungslose Überführung in den ambulanten Behandlungskontext und umgekehrt zu erreichen. Damit wird Case-Management von Experten als immer notwendigeres Instrument der Ressourcensteuerung bewertet.

1.4.4. Wie funktioniert Case-Management?

Case-Management umfasst:

- die Identifizierung der Bedarfe und Ressourcen des Patienten und seiner Umwelt
- die Planung der Ziele und Vorgehensweisen im Behandlungsprozess, wie mit diesen Bedarfen angemessen umgegangen werden kann
- die Bereitstellung oder Vermittlung der erforderlichen Hilfen
- die Organisation, Abstimmung und Überwachung des Behandlungs- und Unterstützungsprozesses
- die spätere Überprüfung der Wirksamkeit der eingeleiteten Leistungen und Vermittlung, um diese ggf. zu korrigieren oder zu verbessern
- die fallbezogene und fallübergreifende Erarbeitung von Verbesserungsmöglichkeiten

1.4.5. Sechs Schritte im Case-Management

■ 1. Informationssammlung/Screening

Der Case-Manager erhebt im Gespräch mit dem Patienten alle zugänglichen Informationen über körperliche, psychische und soziale Aspekte des Menschen mit Diabetes. Auf diese Weise bleibt die Information nicht nur auf einen Schwerpunkt, z.B. Blutzuckerwerte, begrenzt, sondern bezieht andere im Einzelfall möglicherweise erheblich bedeutendere Aspekte mit ein. Dabei achtet er nicht nur auf Defizite, sondern bezieht gezielt die Ressourcen des Patienten und seines Umfeldes mit ein. In Abstimmung mit dem Patienten und ggf. seinem Umfeld werden in einem nächsten Schritt Bedarfe, Ressourcen und mögliche Ziele eruiert und dokumentiert.

■ 2. Hilfeplanung/Behandlungsplanung

Hierbei werden die unterschiedlichen Ziele im Rahmen der Planung ausgehandelt und kontrahiert. Danach kommt die Indikations-, Dienstleister- und Organisationsfrage mit zwei prozessführenden Fragen:

- "Welche Leistungen sind erforderlich?" und
- "Wer kann diese Leistung erbringen?"

Der Case-Manager tritt mit diesen Beteiligten in Kontakt und vermittelt auch da, wo zusätzliche Leistungen erforderlich sind.

■ 3. Monitoring

Da der Case-Manager nicht selbst Leistungserbringer ist, erfüllt er folgende Funktionen:

- er begleitet die stattfindenden Maßnahmen
- er bündelt neu hinzu kommende Informationen
- er definiert mit den Beteiligten des Behandlungsprozesses und handelt aus, wann er als Case-Manager wieder hinzugezogen werden kann oder soll

■ 4. Controlling

Der vierte Schritt umfasst das Controlling des Behandlungsgeschehens anhand folgender Fragen:

- "(Wie) Hat die Hilfe stattgefunden?"
- "Mit welchen Ergebnissen?"
- "Sind die Ziele erreicht?"
- "Wie könnten die Ziele besser oder in Zukunft überhaupt erreicht werden?"

- "Sind neue Bedarfe und Ziele entstanden?"

■ 5. Evaluation

Die Evaluation umfasst die Dokumentation und Auswertung sowohl auf der inhaltlichen Ebene der Zielerreichung als auch auf der prozessualen Ebene. Dabei liegt der Fokus auf der Art und Weise wie die Behandlung innerhalb des Netzwerkes erfolgte. Im Mittelpunkt der Bewertung stehen die Patientenzufriedenheit, Behandlerzufriedenheit und das Verhältnis von Einsatz der Mittel und reichem Ergebnis.

■ 6. Prozessoptimierung

Der letzte Schritt dient der Absicherung des Gesamtanliegens von Case-Management, nämlich die Koordination und Kooperation der am Fall beteiligten Behandler zu sichern. Der Case-Manager hat über den Einzelfall hinaus eine Vielzahl von Fällen betreut und erkennt somit systematisch auftretende Fehlerquellen. Diese kann er benennen und mit den Beteiligten und Entscheidern über zusätzliche Möglichkeiten in der Prozesssteuerung entscheiden.

Diese Schritte zeigen deutlich, dass der Case-Manager neben fundiertem medizinischem Grundwissen und diabetesspezifischer Kompetenz auch über psychosoziale-, kommunikative-, Prozess- und Systemkompetenz verfügen muss. Dies ist ein hohes Anforderungsprofil geschaffen, das durch Weiterqualifizierung erreicht werden kann.

1.4.6. Einführung von Case-Management in der Versorgung chronisch Kranker

Die Erfahrungen bei der Einführung von Case-Management zeigen, dass folgende Fragestellungen im Behandlungssystem zuvor geklärt werden sollten:

- Besteht in unserer Versorgung überhaupt Verbesserungsbedarf?
- Wenn ja, ist Case-Management dann unser Thema?
- Hat unsere Institution den geeigneten Hintergrund für eine interdisziplinäre strukturierte Fallführung a la Case-Management bzw. brauchen wir noch, um diesen Hintergrund zu schaffen?
- Welche Personen/Fachgruppen kommen in Betracht?

1.4.7. Fazit

Erste Erfahrungen bei der Umsetzung des Konzeptes zeigen, dass

- die Patienten von einer koordinierten Behandlung und einer raschen, unkomplizierten Leistungsabwicklung profitieren
- mit Case-Management überprüfbar wird, wie Leistungsangebote angenommen werden, wo und warum sie ihren Zweck verfehlen und deshalb anders oder neu gestaltet werden sollten
- Doppelspurigkeiten in der Behandlung vermieden werden, indem diese quer durch die beteiligten Institutionen - von der Akutklinik bis zur Rehabilitationseinrichtung - optimal koordiniert werden

1.5. Besonderheiten in der Behandlung des Typ 1-Diabetes

1.5.1. Einführung

In der Behandlung des Typ 1-Diabetes versucht man ein gut abgestimmtes physiologisches System durch die Therapie nachzuahmen. Es besteht ein Insulinmangel, der von außen durch mehrmaliges Spritzen nach bestimmten Algorithmen ausgeglichen werden soll. Die Regeln der intensivierten Insulintherapie haben aufgrund der vielen Faktoren, die auf den Stoffwechsel Einfluss nehmen, allerdings nur begrenzte Gültigkeit. Sie sind dann eher gültig, wenn der Mensch viele Verhaltensvorschriften in seinem Alltag beachtet - Vorschriften, die nicht immer mit einem spontanen, selbstbestimmten Leben vereinbar sind. Aber auch wenn der Betroffene sich konsequent nach allen Vorschriften richtet, sind die Ergebnisse der Therapie keinesfalls immer in dem Maße erfolgreich, wie der Einsatz versprechen lässt: manchmal treten unerklärliche Schwankungen auf. Die Belohnung für die Mühen tritt erst nach langer Zeit ein und ist eher ein Mangel an Bestrafung als eine Belohnung. Sie ist auch keinesfalls sicher, d.h. man könnte sich sehr bemühen und trotzdem Folgeerkrankungen erleiden. Die meisten Menschen mit Typ 1-Diabetes führen jedoch ein erfülltes Leben.

Wie erleben und verarbeiten sie ihre Erkrankung und ihre Behandlung, und welche Schlüsse können wir aus diesem Wissen für die Behandlung ziehen?

1.5.2. Psychosoziale Besonderheiten

1.5.2.1. Krankheitserleben und -bewältigung

Was bedeutet es für die Betroffenen, eine chronische Erkrankung zu haben?

- Sie müssen sich mit dem **endgültigen Verlust ihrer Gesundheit** auseinandersetzen - sie werden immer Diabetes haben, sie werden immer abhängig vom Insulin sein, sie haben ein erhöhtes Risiko für weitere Erkrankungen
- Sie müssen sich damit auseinandersetzen, dass der Diabetes jetzt in irgendeiner Weise zu ihnen gehört - d.h. sie müssen ihn nicht nur praktisch in ihren Alltag, sondern auch psychisch in ihr Selbstbild integrieren. Dieses Selbstbild ist **verändert** - sie sind jetzt "Diabetiker". An der Prägung dieses Begriffs wird deutlich, wie sehr die Erkrankung an ihnen haftet - man spricht beispielsweise nicht von dem "Mandelentzündeten". Dabei können Selbstwertprobleme auftreten: der Betroffene könnte sich fragen, ob er jetzt weniger wert als ein Gesunder - z.B. als Kollege, als Ehepartner - sei
- Die **Schritte der Therapie müssen in den Alltag integriert werden**. Diese Integration wird bei den vielen Veränderungen in den Alltag der Betroffenen über die Zeit sowie im Verlauf der Erkrankung immer wieder neue Anpassungsprozesse erforderlich machen
- Die Betroffenen müssen die **Therapieergebnisse selbst verantworten**. So kann eine Verschlechterung des Krankheitszustandes Schuld- und Schamgefühle auslösen, die auch das Verhältnis zu betreuenden medizinischen Fachkräften belasten können
- Sie müssen **negative Erfahrungen in der Selbstbehandlung** so zu **verarbeiten** lernen, dass sie sich trotzdem weiter motivieren können. Die unerklärlichen Schwankungen in der Diabetesbehandlung bei dem hohen Einsatz aufgrund der Therapieanforderungen können frustrierend und demotivierend sein