



RECOVER: Manual 7

Case Management

Grundlagen und Organisation in RECOVER

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Gefördert durch



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**
Innovationsausschuss

Impressum

Dieses Manual wurde im Original auf Deutsch veröffentlicht von Prof. Dr. Martin Lambert, Prof. Dr. Jürgen Gallinat, Prof. Dr. Anne Karow Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Zentrum für Psycho-soziale Medizin, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE), Martinistraße 52, 20246 Hamburg, Tel: +49 (0) 40 7410 - 24041, Fax: +49 (0) 40 7410 - 52999 | Mail: lambert@uke.de

Autoren:

Christin Wills, MMH
Dipl. Psych. Vivien Kraft
Dipl.Soz.-Päd. Bettina Lauterbach
Dipl.Soz.-Päd. Ester Cormann
Dr. Lisa Tlach
Dr. Anna-Katharina Siem
Dr. Constanze Finter
Dr. Daniel Lüdecke
Prof. Dr. Martin Lambert

Layout: Sabine Wuttke (UKE)

Das Manual wurde als Teil von RECOVER erstellt. RECOVER ist das Synonym für ein neues Versorgungsmodell für Menschen mit psychischen Erkrankungen. RECOVER umfasst eine sektorenübergreifend-koordinierte, schweregrad-gestufte und evidenzbasierte Versorgung. RECOVER wird von 2017 bis 2021 durch den Innovations-ausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) gefördert.

[Copyright / Urheberrechtsbelehrung](#)

© Christin Wills, MMH, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf © 2021

Inhalte, Materialien, gestalterische Konzeption des Manuals unterliegen – sofern nicht anders gekennzeichnet – dem Copyright des RECOVER Konsortiums vertreten durch Christin Wills, MMH, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, oder werden mit Erlaubnis der Rechteinhaber veröffentlicht. Jede Verlinkung, Vervielfältigung, Verbreitung, Sendung und Wieder- bzw. Weitergabe der Inhalte ist ohne schriftliche Einwilligung des RECOVER Konsortiums vertreten durch Christin Wills, MMH, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, ausdrücklich untersagt.

[Abkürzungsverzeichnis](#)

IBRP	– Integrierter Behandlungs- und Integrationsplan
CRT	– Crisis Resolution Team
ACT	– Assertive Community Treatment
CM	– Case Management
ICM	– Intensive Case Management
CCM	– Clinical Case Management
BCM	– Blended Case Management
DGCC	– Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management

Vorwort

Sehr geehrte
Kolleginnen und Kollegen,
sehr geehrte Interessierte,

Die Versorgungslandschaft für psychische Erkrankungen in Deutschland ist gekennzeichnet durch eine hohe Diversität der Angebote, Sektorisierung und Unübersichtlichkeit der Zuständigkeiten. Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen, die einen komplexen Hilfebedarf haben und in ihren Fähigkeiten eingeschränkt sind, benötigen besondere Unterstützung bei der Organisation von notwendigen Versorgungsleistungen. Das Versorgungssystem überlässt die Navigation durch die Angebotsvielfalt, die Bewältigung von Antragsverfahren und die Implementierung der Hilfen den Betroffenen und deren Angehörigen.

Um diese Patienten besser zu unterstützen, wurde im vorliegenden Manual ein modifiziertes Modell des ‚Case Managements‘ (CM) entwickelt, das für den Einsatz im RECOVER-Projekt geeignet ist. CM (übersetzt: Fall-Management) wurde erstmalig in den 1970er und 80er Jahren in Amerika und Großbritannien für Menschen mit Behinderungen oder schweren somatischen Erkrankungen eingeführt. Unter der Federführung von Wolf Rainer Wendt wurde Case Management in den 1990er Jahren nach Deutschland gebracht. Die Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management (DGCC) gründete sich 2005 und befasst sich seitdem mit der konzeptionellen Weiterentwicklung, der fachlichen Qualitätssicherung und den ethischen Standards (DGCC Leitlinien).

Case Management versteht sich als Handlungskonzept, welches zur Strukturierung und Koordinierung von Beratungs-, Behandlungs- und Unterstützungsprozessen, sowohl im Gesundheits-, als auch im Sozial- und Versicherungswesen eingesetzt werden kann. Menschen mit einem komplexen Hilfebedarf sollen auf den individuellen Bedarf abgestimmte, ressourcen- und zielorientierte Leistungen erhalten (Einzelfallebene/Handlungsebene). Der gesamte (CM-) Leistungsprozess ist in standardisierte Verfahrensschritte gegliedert.

Case Management (CM) kann als kooperativer Prozess angesehen werden, durch den die Versorgung geplant, bewertet, implementiert, koordiniert, überwacht und evaluiert wird.

Im Bereich psychischer Erkrankungen sind typische Indikationen für die Unterstützung durch das CM lange Krankenhausaufenthalte, bestimmte Krankheitsbilder mit hohem Risiko zur Chronizität, multiprofessioneller, interdisziplinärer und langfristiger Hilfebedarf, Behandlungsabbrüche oder Schwierigkeiten bei der Organisation einer leitliniengerechten Behandlung.

CM wird für Menschen mit psychischen Erkrankungen im Wesentlichen in drei unterschiedlichen Modellen angewendet: Intensive Case Management,

CM für bestimmte Patientengruppen oder an bestimmten Stellen im Versorgungssystem.

Case Management in RECOVER bezieht sich auf das Modell „Case Management für bestimmte Patientengruppen“. Es etabliert in einer schweregradgestuften Versorgung das CM-Modell für Menschen mit schweren Verlaufsformen einer psychischen Erkrankung, die aber nicht das Kriterium der ‚schweren psychischen Erkrankung‘ (severe mental illness, SMI) erfüllen (Schweregrad 3 innerhalb des RECOVER-Modells).

Das vorliegende Manual **„Case Management – Grundlagen und Organisation in RECOVER“** umfasst folgende Aspekte:

- 1) Grundlagen zu Definitionen, Funktionen, Vorteilen, Effektivität und Effizienz, Indikation und Kontraindikationen
- 2) Implementierung von Case Management innerhalb des RECOVER-Modells

Das Manual soll Kliniken und Klinikern helfen, das RECOVER-Modell effektiv und effizient umzusetzen. Wir hoffen mit diesem Manual eine Hilfestellung geben zu können, um das deutsche Versorgungssystem für psychisch Kranke und ihre Familien und insbesondere für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen evidenzbasierter, gemeindenaher und weniger stigmatisierend zu gestalten.

Die im Manual gewählte männliche Sprachform bezieht sich immer zugleich auf weibliche, männliche und diverse Personen. Die verkürzte Sprachform hat redaktionelle Gründe und beinhaltet keine Wertung.

Die Autoren



Inhalt

Impressum	2	6. Kapitel: Strukturelle Voraussetzungen	18
Abkürzungsverzeichnis	3	6.1 Information	18
Vorwort	4	6.2 Fortbildung	18
1. Kapitel: Einführung	8	6.3 Training	19
2. Kapitel: Definition	10	6.4 Qualitätssicherung	19
3. Kapitel: Case Management Klassifizierungen	12	7. Kapitel: Case Management in RECOVER	20
3.1 Funktionen des Case Managers	12	7.1 Indikationen	20
3.2 Beispiele für Case Management Modelle	12	7.2 Kontraindikationen	21
4. Kapitel: Bewertung	14	7.3 Fallbeispiel	21
4.1 Vorteile	14	Literatur	24
4.2 Effektivität und Effizienz (Evidenz)	14	Abbildungsverzeichnis	26
5. Kapitel: Inhaltliche Beschreibung	16		
5.1 Prinzipien der praktischen Arbeit	16		
5.2 Praktische Umsetzung	17		
5.3 Erforderliche Qualifikationen der Case Manager	17		

Einführung



In der Arbeit mit psychisch kranken Menschen, sei es ambulant oder stationär, fällt die starke Sektorisierung des Versorgungssystems und das fehlende Schnittstellenmanagement auf. Es ist kaum möglich soziale, psychologische und medizinisch notwendige Versorgungsleistungen nahtlos und bedarfsgerecht einzuleiten.

Diese Grundproblematik betrifft vor allem Patienten, die einerseits einen komplexen Hilfebedarf haben und andererseits durch die Erkrankung in ihren Fähigkeiten reduziert sind. Für sie sind die Hürden einer selbstständigen Organisation von bedarfsgerechter und langfristiger psychosozialer Unterstützung sehr hoch.

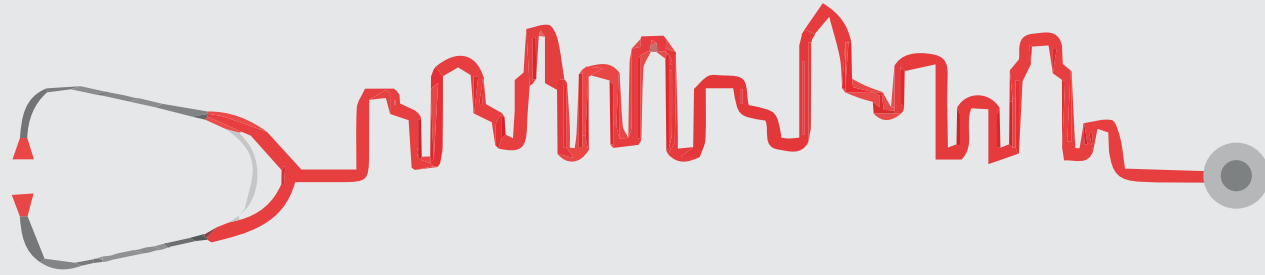
Case Management (CM) ist ein kooperativer Prozess durch den die Versorgung geplant, implementiert, koordiniert, überwacht und evaluiert wird. Das Case Management ist dabei auf das multidisziplinäre Management eines komplizierten Einzelfalls innerhalb eines bestimmten Zeitraums ausgerichtet. Kriterien für die Inanspruchnahme sind bei psychischen Erkrankungen z.B. lange Krankenhausaufenthalte, bestimmte Krankheitsbilder mit hohem Risiko zur Chronifizierung, multidimensionaler Hilfebedarf, Behandlungsabbrüche oder Schwierigkeiten bei der Organisation einer leitliniengerechten Behandlung.

Case Management wird für Menschen mit psychischen Erkrankungen im Wesentlichen in drei unterschiedlichen Modellen angewendet:

- **Intensives Case Management** (Surles et al. 1992): teambasierter, aufsuchender Ansatz mit CM-Patienten-Ratio von 1:20 bis 1:30 für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen
- **Case Management** für bestimmte Patientengruppen (z.B. Mueser, Bond, Drake, & Resnick, 1998; Pennsylvania Department of Public Welfare, 2009): zumeist individueller, aufsuchender Ansatz mit CM-Patienten-Ratio von 1:40 bis 1:50 für bestimmte Patientengruppen, v.a. Demenz oder schwere Erkrankungsverläufe bei Suchtstörungen, unipolarer Depression, Angst- und Zwangsstörungen; sehr häufig aber Erkrankungen, die nicht das Kriterium der schweren psychischen Erkrankung erfüllen
- **Case Management an bestimmten Stellen im Versorgungssystem**: zumeist individueller Ansatz mit CM-Patienten-Ratio von 1:40 bis 1:50 an bestimmten Stellen im Versorgungssystem, u.a. Krankenhaus zum Entlassungsmanagement oder in der hausärztlichen Praxis

Case Management in RECOVER bezieht sich auf das Modell „Case Management für bestimmte Patientengruppen“. Es etabliert in einer schweregradgestuften Versorgung das CM-Modell für Menschen mit schweren Verlaufsformen einer psychischen Erkrankung, die aber nicht das Kriterium der „schweren psychischen Erkrankung“ (severe mental illness, SMI) erfüllen (Schweregrad 3 innerhalb des RECOVER-Modells).

Definition



Der Begriff des Case Managements (übersetzt: Fall-Management) hat seinen Ursprung in den USA und in Großbritannien. Auch im Deutschen hat sich der Begriff des Case Managements etabliert, Unterstützungs- und Versorgungsmanagement werden nahezu synonym verwendet.

Die Case Management Society of America definiert CM folgendermaßen (<http://www.cmsa.org/PolicyMaker/ResourceKit/AboutCaseManagers/tabid/141/Default.aspx>, 21.08.17):

„Case Management ist ein kooperativer Prozess, in dem Versorgungsangebote und Dienstleistungen erhoben, geplant, implementiert, koordiniert, evaluiert und befördert werden, um so den individuellen Versorgungsbedarf eines Klienten mittels Kommunikation und verfügbarer Ressourcen abzudecken mit dem Ziel qualitative, kosteneffiziente Resultate zu fördern“.

Die entsprechende Definition der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management (DGCC) formuliert ähnlich (<http://www.dgcc.de/casemanagement/>, 21.08.17):

„Case Management ist eine Verfahrensweise in Humandiensten und ihrer Organisation zu dem Zweck, bedarfsentsprechend im Einzelfall eine nötige Unterstützung, Behandlung, Begleitung, Förderung und Versorgung von Menschen angemessen zu bewerkstelligen. Der Handlungsansatz ist zugleich ein Programm, nach dem Leistungsprozesse in einem System der Versorgung und in einzelnen Bereichen des Sozial- und Gesundheitswesens effektiv und effizient gesteuert werden können.“

In diesem Wortlaut wird klar: Case Management wird allgemein gefasst und ist nicht der psychiatrischen Versorgung vorbehalten. Hinzu kommt, dass zwei sehr unterschiedliche Aspekte von Case Management immer wieder unzureichend abgegrenzt werden: Case Management kann als Fall- oder Unterstützungsmanagement (Koordination eines individuellen Behandlungsplans) vs. Systemmanagement (Betten-/Entlassungsplanung etc.) verstanden werden.

In den letzten 50 Jahren wurden differenzierte Case Management Ansätze und Konzepte für unterschiedliche Zielgruppen definiert (diagnosespezifisch, altersgruppenspezifisch, usw.) Im Rahmen der Versorgung von psychisch erkrankten Menschen entwickelten sich verschiedenste Konzepte mit unterschiedlicher Behandlungsintensität. Trotz der Heterogenität der verschiedenen Konzepte lassen sich gemeinsame Prinzipien definieren:

- Behandlungskontinuität
- Zugang zu Serviceleistungen und Unterstützungsmaßnahmen
- Aufbau und Gestaltung einer konstruktiven Patient-Behandler-Beziehung als Kernelement
- Individuelle und bedarfsgerechte Unterstützung
- Förderung von Unabhängigkeit, Selbstbestimmung und Partizipation des Patienten
- Patientenorientierte Interessensvertretung und entsprechende Versorgung

Das patientenzentrierte Case Management, wie wir es im vorliegenden Manual verstehen, ermöglicht eine Behandlungskontinuität im Sinne eines Katalysators über die Grenzen von Professionen und Institutionen hinweg (Schnittstellenmanagement), mit dem übergeordneten Ziel der schnelleren bzw. nachhaltigeren Gesundung. In diesem Sinne übernehmen häufig auch Angehörige, der Hausarzt oder Psychiater, gesetzliche Betreuer oder die Psychiatrischen Institutsambulanzen Teil-Aufgaben des Case Managements. Viel zu oft allerdings, übernimmt niemand diese Aufgabe.

Case Management Klassifizierungen



3.1 Funktionen des Case Managers

Übereinstimmend werden in der englischsprachigen Literatur verschiedene Funktionen beschrieben, die ein Case Manager erfüllen kann (Monzer 2013).

Advocacy/Anwalt (Interessensvertreter des Patienten)

Als „Anwalt“ des Klienten vertritt der Fallmanager die Interessen seiner Klienten und informiert sie über ihre Rechte. Er begleitet sie in schwierigen Lebenssituationen (z.B. Armut, mangelnde Bildung, Behinderung) oder bei unvorhergesehenen belastenden Lebensereignissen (z.B. Unfall, Arbeitslosigkeit, schwere Erkrankung), wenn der Klient nicht selbst in der Lage ist, für seine persönlichen Interessen einzustehen.

Broker/Vermittler (Schnittstellenarbeit)

In der Funktion des Vermittlers wird der Fallmanager an der Schnittstelle zwischen dem Klienten und dem Versorgungssystem tätig; als objektive, unparteiische und unabhängige Instanz. Dies ist vor allem notwendig, da die Sozial- und Gesundheitssysteme sehr unübersichtlich, komplex und fragmentiert sind.

Gate-Keeper (bedarfsgerechte Selektion)

Als Gate-Keeper ist der Fallmanager zuständig für die Steuerung des Zugangs zum Leistungsangebot.

Hierbei steht im Vordergrund eine Fehlallokation von Maßnahmen zu verhindern um einerseits dem Klienten die für ihn passenden und sinnvollen Angebote zur Verfügung zu stellen und andererseits unnötige Kosten zu verhindern.

Support/Unterstützung (Begleitung des Klienten)

Bei schwer belasteten Klienten kann zunächst eine Regelung der Probleme und Sorgen notwendig sein, die eine direkte Inanspruchnahme von Hilfen erschweren. Erst durch diese begleitende soziale Unterstützung kann in manchen Fällen die Vermittlung weiterer Angebote gelingen.

3.2 Beispiele für Case Management Modelle

In anderen Ländern gibt es bereits wesentlich stärker differenzierte Ansätze für unterschiedliche Patientengruppen (diagnosespezifisch, Ältere, Kinder etc.). Teilweise werden die Angebote in unterschiedlich intensive Stufen unterteilt und teilweise auch als teambasierter Ansatz realisiert.

Intensive Case Management (ICM) ist ein gemeindenahes Versorgungsangebot, welches darauf abzielt SMI-Patienten, bei denen sich ein bisher erschwerter Zugang zur Regelversorgung beobachten ließ, kontinuierliche Behandlung anzubieten. Das Modell entwickelte sich aus dem ACT und dem Standard Case Management. ICM bietet aufsuchende Hilfe und fokussiert die Unterstützung im alltäglichen Le-

ben der Patienten. Die Behandler-Patient-Ratio liegt bei 1:10. Dies gewährleistet eine hohe Kontaktdichte und diese bildet die Basis für direkte Versorgungsleistungen durch den Case Manager. Dieser arbeitet alleine und nicht wie im ACT im Rahmen eines multiprofessionellen Teams (vgl. Dietrich et. al., 2017).

Assertive Community Treatment (ACT) wurde in den 1980er von Test und Stein als alternatives gemeindenahes Modell zur klinischen Versorgung in Amerika entwickelt. ACT ist die bisher am umfassendsten evaluierte Form von Case Management. Der Betreuungsschlüssel liegt ebenfalls bei 1:10 wobei dieser Ansatz teambasiert ist und eine langfristige Behandlung von Menschen mit einer schweren psychischen Erkrankung (SMI) zum Ziel hat. Patienten werden durch ein mobiles multiprofessionelles Team in ihrer häuslichen Umgebung nachgehend und aufsuchend behandelt. Hierdurch sollen stationäre (Wieder-) Aufnahmen verhindert werden (vgl. Burns, 2008; Mueser et. al., 1998, vgl. Manual 8 Assertive Community Treatment).

Clinical Case Management (CCM) entstand aus der Erkenntnis, dass das broker service model effektiver eingesetzt werden könnte, wenn der Case Manager „klinische Fähigkeiten“ besitzt. Im Broker Service Model übernimmt der Case Manager die Rolle eines Vermittlers zwischen dem Patienten und dem Versorgungssystem. Im klinischen Case Management wird vom Case Manager erwartet, dass er selbst Psychoedukation, psychotherapeutische Interventionen, Kriseninterventionen oder Coaching/Monitoring anbieten und ausführen kann (Mueser et. al., 1998).

Ein weiterer Ansatz ist das **Blended Case Management (BCM)**, welches auf Menschen (Kinder und Erwachsene) mit psychischen Erkrankungen eines erhöhten Schweregrads und mit eingeschränktem Funktionsniveau ausgerichtet ist. Hierbei soll sichergestellt werden, dass die Klienten adäquate medizinische, soziale und ggf. weitere Unterstützung erhalten sowie Bildungsangebote wahrnehmen können. Dies wird erreicht durch Planung des Bedarfs gemeinsam mit dem Klienten, Herstellung des Kontakts zum entsprechenden Angebot, Monitoring der Inanspruchnahme, ggf. Hausbesuche oder Begleitung zu Terminen, kreative Problemlösung bei fehlenden Angeboten, Kontakt zu Angehörigen bzw. dem sozialen Netz des Klienten sowie Unterstützung dabei, die öffentlichen Angebote auch eigen-

ständig nutzen zu können (Pennsylvania Department of Public Welfare 2009).

Mit **Integrated Case Management** wurde kürzlich ein Konzept beschrieben, das in die Behandlung psychischer Erkrankungen auch die somatischen Komorbiditäten sowie Abhängigkeitserkrankungen integriert (Kathol et al. 2010). Bei dieser komplexen Patientengruppe entstehen besondere Schnittstellenprobleme, die gravierende Konsequenzen haben können und daher durch gutes Case Management vermieden werden sollten. Der Ansatz wird für Kinder, Jugendliche und Erwachsene gleichermaßen angewandt.

In Deutschland wurde im Rahmen eines Modellprojektes in München Psychiatrisches Case Management implementiert und im Sinne einer Pilotstudie evaluiert. Es handelte sich dabei um klinisches Case Management mit ACT- und ICM-Elementen. Hierbei war die Zielgruppe auf Patienten mit der Diagnose Schizophrenie und schizoaffektive Störung, die seit mehreren Jahren erkrankt waren und mindestens zweimal stationär behandelt wurden, beschränkt. Das CM-Team bestand aus 5 Sozialpädagogen, 2 Fachpfleger, 2 Psychologen und einem Arzt. Das Case Management umfasste hier nicht nur die Organisation von Behandlung, sondern bei Bedarf auch therapeutische Interventionen durch die Case Manager selbst. Insgesamt wurden 29 Patienten für 3-24 Monate betreut. Durch das Case Management konnte die Compliance und das Selbsthilfepotential verbessert werden, sowie die Reduktion der stationären Behandlungszeiten um durchschnittlich 70% jährlich (Schleuning & Welschhold 2000) erzielt werden.

Bewertung



4.1 Vorteile

Die zu erwartenden Vorteile einer Unterstützung von Patienten im Sinne des Case Managements werden dadurch erzielt, dass der Patient tatsächlich eine adäquate Behandlung erhält. Durch die Behandlung sind die Heilungschancen größer (nicht nur für psychische Erkrankungen, sondern auch für somatische Komorbiditäten), es kann eine weitere Chronifizierung verhindert werden, Krankenhausaufenthalte können vermieden sowie eine höhere Lebensqualität und Funktionsfähigkeit im Alltag erreicht werden. Zudem kann durch die niedrighelpe Begleitung eine höhere Compliance bezüglich der Behandlung und ein größeres Vertrauen in das Gesundheitssystem erreicht werden, da es weniger häufig zu Überforderungserleben und Enttäuschungen kommt.

4.2 Effektivität und Effizienz (Evidenz)

In den letzten Jahrzehnten wurden bereits zahlreiche Studien zu Case Management im psychiatrischen Bereich durchgeführt, wobei beachtet werden muss, dass eine Heterogenität bezüglich der untersuchten Konzepte besteht (vgl. 2).

Ziguras & Stuart (2000) konnten in einer Meta-Analyse mit über 44 Studien die Überlegenheit von Clinical Case Management oder Assertive Community Treatment (ACT) gegenüber der Standardbehandlung (treatment as usual) zeigen. Vorteile wurden u.a. in den folgenden Bereichen gefunden: Zufriedenheit mit dem Angebot; Reduktion der Symptome, soziales Funktionsniveau und Kosten der Behandlung.

In weiteren Studien wurden bestimmte Anwendungsbereiche von Case Management untersucht. Intensive Case Management war hilfreich bezüglich langfristiger Abstinenz (über 15 Monate) und Therapie-Inanspruchnahme bei Frauen mit Substanzabhängigkeit und geringem Einkommen (Morgenstern et al., 2006). In einer Studie mit psychisch kranken Gefängnisinsassen, die nach ihrer Entlassung Case Management in Anspruch nehmen konnten, zeigten sich über 3 Jahre geringere Raten einer erneuten Gefängnisstrafe gegenüber der Gruppe ohne CM (Ventura, Cassel, Jacoby & Huang, 1998).

In einer Umfrage zur Zufriedenheit bei ca. 500 Personen, die Case Management erhielten, äußerten sich 74% der Befragten positiv über ihre Case Manager: sie halfen bei der Inanspruchnahme benötigter Angebote und verbesserten die Lebensbedingungen ihrer Klienten (New York State Commission, 2008).

In einer deutschen Studie, die in Hausarztpraxen durchgeführt wurde, zeigten sich bei den Patienten, die in eine Behandlung mit Case Management randomisiert wurden, geringere Depressionswerte und eine höhere Behandlungssadhärenz (Gensichen et al., 2009).

In einer Studie mit Schizophrenie-Patienten konnte eine Reduktion der Hospitalisierungsrate um 67% festgestellt werden. Zudem wurden die Belastungen reduziert und das Wissen der Angehörigen verbessert (Malakouti et al., 2009).

Intensive Case Management zeigte über einen 6-Monatszeitraum Vorteile bei Patienten mit chronischen psychischen Erkrankungen bezüglich der Kosten stationärer Behandlung und Wiederaufnahmeraten (Kolbasovsky, Reich & Meyerkopf, 2010).

Insgesamt lassen sich also klare Hinweise erkennen, dass Case Management sowohl für den Patienten als auch aus ökonomischen Gesichtspunkten hilfreich und sinnvoll ist.

Inhaltliche Beschreibung



5.1 Prinzipien der praktischen Arbeit

Die Case Management Society of America (CMSA, 2010) und die Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management (DGCC) haben übereinstimmend Standards und Leitlinien formuliert, welche das fachliche Fundament für das Case Management bilden.

Klientenorientierung

Dies beinhaltet eine personenzentrierte, bedarfsorientierte und individuelle Behandlungsplanung. Der Patient wird möglichst umfassend und transparent in die CM Abläufe einbezogen und zur Verantwortungsübernahme motiviert.

Zentrale Merkmale in diesem Bereich sind weiterhin der Empowerment-Ansatz, welcher die Förderung des selbstbestimmten Handelns durch Beratung, Unterstützung und Informationsvermittlung zum Ziel hat und strikt ressourcen- und lebensweltorientiert ist. Eine konsequente Klienten- oder Patientenorientierung schließt eine settingübergreifende Betreuungskontinuität mit ein und setzt eine flexible Behandlungsplanung voraus. Einzelleistungen müssen zu einem Komplexleistungsprogramm zusammengeführt und koordiniert werden. Die Art, Dauer und der Umfang der benötigten Hilfen müssen dem Bedarf laufend angepasst werden.

Professionalität

Professionell ausgeführtes Case Management beinhaltet fünf zentrale Aspekte. Interprofessionalität meint die setting- und fachübergreifende Zusammenarbeit im Case Management Prozess. Im Hinblick auf Effizienz und Effektivität sollen Ressourcen (Unterstützungsleistungen, personelle und monetäre Ressourcen) im CM Prozess ökonomisch sinnvoll und mit größtmöglicher Wirksamkeit eingesetzt werden. Weiterhin soll der Case Manager neutral und leistungstransparent agieren. So sollen Angebote unabhängig von eigenen oder institutionellen Interessen unterbreitet werden. Leistungstransparenz bezeichnet in diesem Fall die Abstimmung und Vernetzung aller Beteiligten, welche im Serviceplan festgehalten, im Monitoring und in der Evaluation überprüft werden.

Sozialpolitische Grundlagen

Case Management als Teil des Gesundheitswesens agiert ebenfalls nach dem Grundsatz ambulant vor (teil-) stationär. Es stellt Unterstützung nachrangig zur Verfügung, wo Selbsthilfe oder informelle Unterstützung nicht mehr ausreichen. Zudem unterliegt es dem Prinzip des „Welfare Mix“. Das heißt, dass Leistungs- oder Unterstützungspakete aus staatlich garantierten Leistungen, informellen Netzwerken (Angehörige, Nachbarn, Gemeinwesen) und profes-

sionellen Dienstleistungen (psychotherapeutische Behandlung, psychosoziale Beratung etc.) bestehen.

Darüber hinaus sind eine systematische Hilfebedarfserhebung und -planung sowie die laufende Anpassung der benötigten Hilfen an den individuellen Bedarf notwendig. Hierbei ist eine ressourcenorientierte Herangehensweise, die Einbeziehung der Patientensicht und die Stärkung des Selbsthilfepotentials zu beachten (angelehnt an Schleuning & Welschehold, 2000).

5.2 Praktische Umsetzung

In Abbildung 2 sind die typischen Aktivitäten des Case Managements in der Betreuung eines Patienten dargestellt. Diese gliedern sich in die Bereiche behandlungsorientierte, coaching-orientierte und sozial-orientierte Aktivitäten.

Die beschriebenen Maßnahmen werden mittels Terminen in der Klinik, Telefonaten, Hausbesuchen, Hilfeplankonferenzen, Begleitung von Terminen bei Behörden, Ärzten etc. umgesetzt. Wichtig ist hierbei zu beachten, dass eine Unterstützung und Koordination der Behandlung stattfindet, aber keine the-

rapeutischen Maßnahmen, die über Psychoedukation hinausgehen, angeboten werden.

Erfahrungsgemäß nehmen Hilfeplankonferenzen (Fallkonferenzen) mit allen am Hilfesystem Beteiligten (mit oder ohne Patient) einen besonderen Stellenwert für das Schnittstellenmanagement eines einzelnen Patienten ein (Schleuning & Welschehold, 2000).

5.3 Erforderliche Qualifikationen der Case Manager

Idealerweise hat der Case Manager einen Hochschulabschluss in Sozialpädagogik oder Sozialer Arbeit und eine fundierte Berufserfahrung im psychiatrischen Bereich. Unter Umständen sind auch Pflegekräfte (psychiatrische Fachpflegekräfte oder mit entsprechender Erfahrung) geeignet als Case Manager innerhalb eines Teams zu arbeiten, in dem auch die spezifische Expertise der Sozialarbeit ausreichend vorhanden ist. Neben der formalen Qualifikation ist ein ausreichendes Maß an Flexibilität hinsichtlich der zeitlichen Gestaltung und des Methodeneinsatzes sowie Mobilität hinsichtlich des Einsatzortes (im Büro, Hausbesuch, bei Behörden etc.) essentiell.

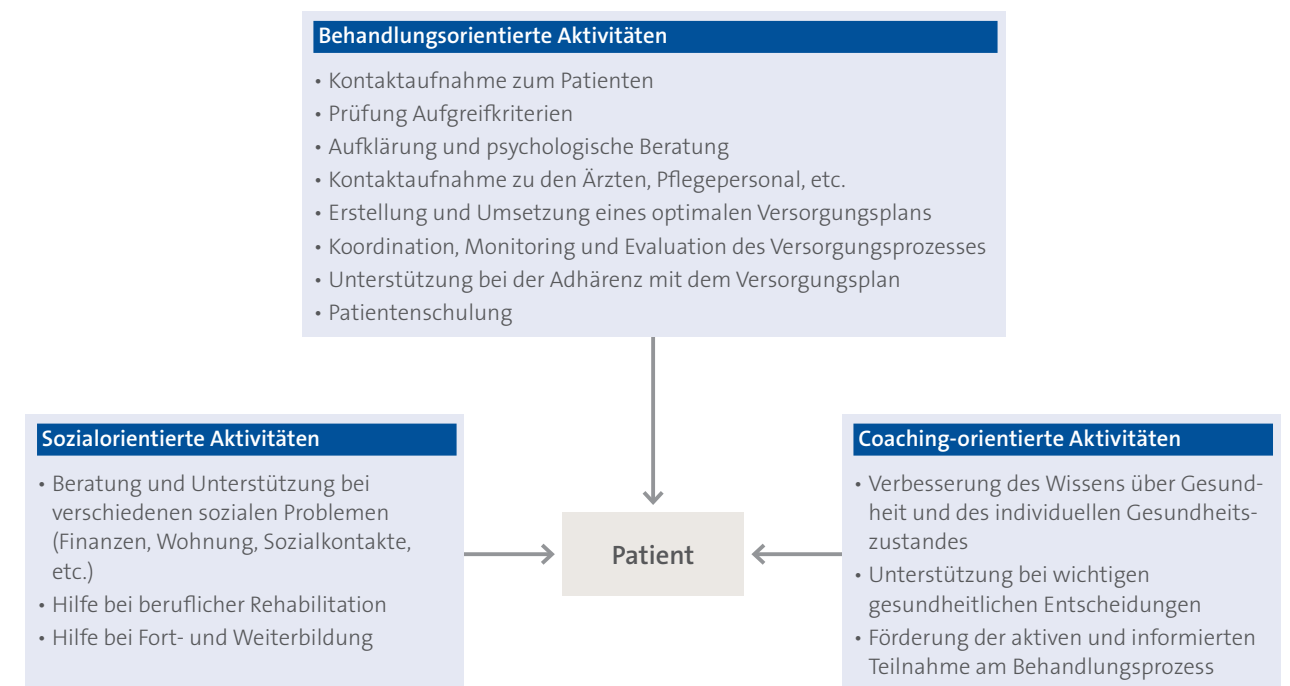


Abb. 1 patientenbezogene Aktivitäten des Case Managements (eigene Darstellung)

Strukturelle Voraussetzungen



6.1 Information

Patienten, Kollegen und das ambulante Versorgungssystem müssen über die Möglichkeiten und Grenzen des Case Managements informiert werden. Hierzu dienen Flyer und Informationen auf der Homepage, aber auch interne und öffentliche Veranstaltungen oder Workshops mit geladenen Gästen aus dem breiten Spektrum der Einrichtungen und Träger sowie der direkte Kontakt zu kooperierenden Institutionen.

6.2 Fortbildung

Die Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management (2013) hat Weiterbildungsrichtlinien herausgegeben und zertifiziert Case Manager nach einer Weiterbildung in anerkannten Ausbildungsinstituten. Hierbei handelt es sich allerdings um eine allgemeine Ausbildung, die nicht auf die Arbeit im psychiatrischen Umfeld spezialisiert ist.

Ziele der Weiterbildung sollen demnach sein:

- Rollenklarheit als Case Manager
- Vertiefte Kenntnisse in Case Management
- Verfahrenssicherheit in der Fallsteuerung
- Befähigung zur ressourcen- und netzwerkorientierten Arbeit
- Grundkenntnisse auf dem Gebiet der Systemsteuerung und Anwendungsbezüge

Diese Weiterbildung umfasst mindestens 210 Unterrichtseinheiten (UE) – à 45 Minuten, aufgeteilt auf die Bereiche Grundlagen (96 UE), Rahmenbedingungen / handlungsspezifische Inhalte (48 UE), selbstorganisierte Arbeitsgruppen und kollegiale Beratung (42 UE) und Supervision (24 UE). Der Abschluss wird durch eine Hausarbeit oder eine adäquate Projektarbeit erreicht. Das Zertifikat bei erfolgreichem Abschluss lautet „Zertifizierte Case Managerin“ bzw. „Zertifizierter Case Manager“ mit dem Zusatz „DGCC“.

Eine zertifizierte Weiterbildung als Case Manager ist wünschenswert.

Wie unter 8.3 erläutert wurde, sind für den Einsatz als Case Manager in der psychiatrischen Versorgung eine entsprechende berufliche Ausbildung sowie vor allem die praktische Erfahrung in einschlägigen Bereichen der Gesundheits- und Sozialsysteme entscheidend. Die oben genannte Weiterbildung ist aber sicherlich förderlich und sollte v.a. für die Leitung des Case Managements erwogen werden.

Unter <http://ibrp-online.de/> (© FH Fulda 2002) werden hilfreiche Informationsmaterialien zum Case Management im Bereich psychischer Störungen bereitgestellt. Hier kann mit Hilfe interaktiver Übungen eine online-Fortbildung absolviert werden.

Darüber hinaus sind regelmäßige Fortbildungen essentiell um den Kenntnisstand, insbesondere im sozialrechtlichen Bereich, aktuell zu halten. Neben der Möglichkeit Fortbildungen außer Haus zu besuchen, wird es auch Angebote innerhalb des fortlaufenden Fortbildungscurriculums von RECOVER geben – hierbei sind sowohl Vorträge von Mitarbeitern als auch von extern eingeladenen Referenten möglich.

6.3 Training

Für die praktische Arbeit ist insbesondere ein Training im Sinne einer Einarbeitung in die Besonderheiten vor Ort wichtig. Hierfür sollte ein Tandem aus einem erfahrenem und einem neuen Mitarbeiter gebildet werden, die zu Beginn eng zusammen arbeiten um einen Wissenstransfer zu gewährleisten. Zudem sind wöchentliche Besprechungen unter den Case Managern und im Psychosozialen Dienst vorgesehen, um den Austausch untereinander zu gewährleisten und darüber hinaus eine enge Kooperation mit den therapeutischen Bereichen der Klinik oder der Organisation zu fördern. Innerhalb von RECOVER am UKE bedeutet dies, dass der Case Manager fester Bestandteil des Teams für Diagnostik, Indikation und Krisenintervention ist. In diesem besonderen Modell nehmen die Mitarbeiter des Case Managements zusätzliche Aufgaben bei der Behandlungsplanung und bei der Begleitung von Krisen (siehe Manual 4 Crisis Resolution Team und Manual 3 Diagnostik und Indikationsstellung) wahr. Hinzu kommen die wöchentliche interne und die monatliche externe Supervision innerhalb des Teams für Diagnostik, Indikation und Krisenintervention.

6.4 Qualitätssicherung

Zur Qualitätssicherung sollte auf Basis der Leitlinien der DGCC gearbeitet werden (Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management, 2015). Eine Qualitätssicherungsskala, die sich für das Case Management, wie wir es im RECOVER-Modell verstehen, anwenden ließe, gibt es allerdings nicht. Die Entwicklung eines Evaluationskonzepts für Case Management könnte daher auch ein weiteres Ziel bzw. Ergebnis des RECOVER-Projekts sein.

Wichtige Ergebnisse des Case Managements umfassen die folgenden Aspekte:

- Modelltreue des Case Managements (z.B. nach den Vorgaben der DGCC)
- Indikationen und Kontraindikationen für Case Management
- Demographische und diagnostische Daten der Klienten
- Typen von Krisen und Notfällen
- Identifikation von Versorgungslücken
- Notwendigkeit stationärer Behandlung (Aufnahmen, Behandlungstage, Zwangseinweisungen)
- Behandlungserfolg (z.B. Symptome, Funktionsniveau, Lebensqualität, Arbeitsunfähigkeitszeiten)
- Zufriedenheit mit der Behandlung (Klienten, Bezugspersonen)
- Weiterentwicklung von Netzwerkstrukturen

Case Management in RECOVER



Innerhalb des RECOVER-Modells wird Case Management oder Unterstützungsmanagement im Sinne der Koordination eines individuellen Behandlungsplans verstanden. Hierbei wird sozialtherapeutisch aber ohne bzw. mit begrenzten direkten psychotherapeutischen Interventionen der Case Manager gearbeitet. Dieses Angebot gilt für psychiatrische Patienten des Schweregrads 3, welcher innerhalb des Modells formuliert wurde (siehe 7.1, Abbildung 1). Dies sind Patienten mit relativ schweren psychischen Erkrankungen und Einschränkungen des Funktionsniveaus, welche eine Planung, Umsetzung und Inanspruchnahme indizierter Angebote erschweren.

Wie eingangs erwähnt, ist der CM-Prozess in standardisierte Verfahrensschritte gegliedert. Entspre-

chend dieser Verfahrensschritte ist auch der Ablauf des Case Managements in RECOVER gegliedert. Der Einleitung des Case Managements vorgelagert ist das allgemeine Aufnahme-procedere in der RECOVER Behandlung (vgl. Manual 3 Diagnostik und Indikationsstellung).

7.1 Indikationen

Das Case Management ist im RECOVER-Modell explizit für die Schweregradstufe 3 (siehe Abbildung 1) vorgesehen. Diese Patientengruppe ist charakterisiert durch einen mittleren bis hohen Schweregrad ihrer Erkrankung (operationalisiert über die Skalen Global Assessment of Functioning und Clinical Global Impression of Severity), wobei dies alle Diagnosen betreffen kann. Diese Patienten weisen

ACCESS	Kontaktaufnahme mit Adressaten und Überprüfung der Angemessenheit von CM
ASSESSMENT	Multiperspektivische, standardisierte und systematische Bedarfserhebung und Klärung der Lebens- und Versorgungssituation (Ressourcen und Probleme)
SERVICEPLANUNG	Festlegung der Ziele und notwendigen Unterstützungsleistungen
LINKING	Vermittlung adäquater Leistungen und Maßnahmen
MONITORING	Sicherung, Prüfung und Bewertung der Leistung sowie ggfs. Veränderung oder Anpassung der Leistung an den Bedarf (dynamischer Hilfebedarf)
EVALUATION	Bewertung und Abschluss des CM- Prozesses

Tabelle 1 Verfahrensschritte CM (eigene Darstellung, angelehnt an DGCC 2012)

einen komplexen Hilfebedarf auf und verfügen über geringe eigene Ressourcen um adäquate Hilfen zu organisieren.

In Stufe 1 und 2 wird der wesentlich geringere Bedarf an psychosozialer Unterstützung durch Sozialarbeiter oder in Teilen durch Pflegekräfte gewährleistet. Konsiliarische Hilfestellung durch das Case Management ist aber auch für diese Schweregrade sinnvoll und erwünscht, denn der Hilfebedarf ist ein dynamischer Prozess. In Stufe 4 wird der Unterstützungsbedarf durch das ACT-Team gedeckt.

7.2 Kontraindikationen

Eine relative Kontraindikation kann gegeben sein, wenn ein Patient bereits über ein ausreichendes Netzwerk aus Unterstützung und Behandlung verfügt. Grundsätzlich kann und soll das Case Management zusätzlich installiert werden. In diesem Fall ist aber eine besonders genaue Abstimmung erforderlich, um die Betreuung sinnvoll zu koordinieren. Generell gilt, dass Hilfestellungen immer nur im nötigen Ausmaß angeboten werden sollen. Gegebenenfalls können ein Monitoring und regelmäßiges Überprüfen des Hilfebedarfs ausreichend sein. Die Förderung der Ressourcen des Patienten hat Priorität, das heißt auch, dass eine Überversorgung, die die Selbstständigkeit gefährdet, vermieden werden muss. Darüber hinaus muss beim Patienten eine Bereitschaft vorhanden sein, das CM in Anspruch zu nehmen.

7.3 Fallbeispiel

Wie in Tabelle 1(vgl. Kap. 7 Case Management in RECOVER)dargestellt, folgt das Case Management einer standardisierten Systematik. Entsprechend dieser Vorgabe wird der Behandlungsablauf in 6 Schritte gegliedert. Es ist möglich und auch gewünscht den Hilfeprozess und die Maßnahmen zwischen einzelnen Phasen („Assessment“ bis „Monitoring“) an neu aufkommende Bedarfe anzupassen. Diese Flexibilität in der festen Systematik ermöglicht eine bedarfsgerechte Steuerung der Unterstützungsmaßnahme und wird dem dynamischen Hilfeprozess gerecht.

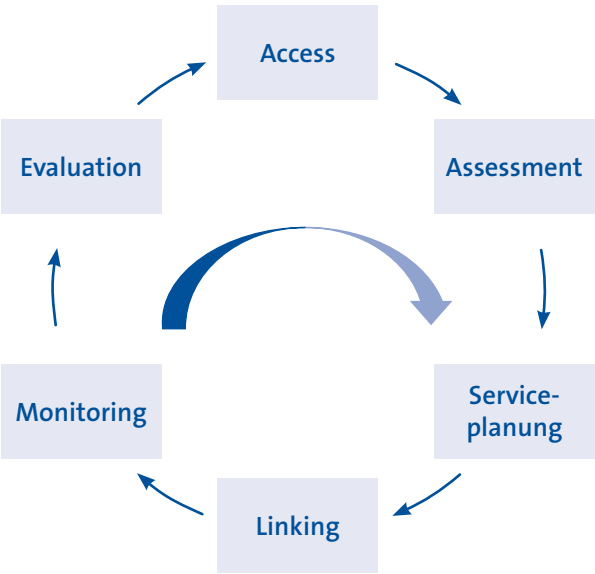


Abb. 3 Regelkreislauf CM



Abb. 2 Das RECOVER-Modell

In nachfolgendem Fallbeispiel wird die Case Management Struktur deutlich.

Case Management Phase	
Access	Zugang zum Case Management erfolgt bei RECOVER durch Einstufung in die Stufe 3 (GAF 45, CGI-S 5). 50-jährige Patientin <u>Hauptdiagnose:</u> F60.31 Emotional-instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ <u>Psychische komorbide Diagnosen:</u> F43.1 Komplexe Traumafolgestörung F33.0 Rez. depressive Störung, aktuell leicht F40.2 Spezifische Phobie (Spritzen, invasive Eingriffe) F17.2 Nikotinabhängigkeit F 52.5 Vaginismus <u>Somatische komorbide Diagnosen:</u> L20 Atopische Dermatitis J 45 Asthma B 95 rez. Streptokokken-Infektionen In einer ersten Kontaktaufnahme durch die Case Managerin wird die Patientin über die Aufgaben des Case Managements informiert
Assessment	Erhebung des Bedarfs und Z-Diagnosen In folgenden Bereichen besteht bei der Patientin Unterstützungsbedarf: • Tagesaktivität/Beschäftigung/Arbeit: die Patientin ist nicht erwerbstätig, Tagesstruktur ist durch ihren Hund gegeben (Z 56.o, Z 60.2) • Selbstversorgung/körperliche Gesundheit: es bestehen mehrere somatische Diagnosen, die Patientin hat aufgrund ihrer Phobien und traumatischen Erfahrungen große Schwierigkeiten, Facharzttermine wahrzunehmen (Z 75) • Materielle Absicherung: die Patientin ist Grundsicherungsempfängerin, sie hat keinen Überblick über ihre aktuelle finanzielle Situation und evtl. Schulden (Z 59) • Teilhabe am gesellschaftlichen und kulturellen Leben: die Patientin hat nur wenig soziale Kontakte, die vor allem über ihren Hund entstehen (Z 60) • Inanspruchnahme von Hilfen: die Patientin hat nur wenig Informationen über das Hilfesystem, ist bei behördlichen Angelegenheiten überfordert (Z 75) • Persönliche Beziehungen und Kontaktgestaltung: die Patientin lebt allein, keine Partnerschaft, sexuelle Orientierung ist unklar, nur sporadischer Kontakt zu einem Bruder (Z 60.2, Z 63)
Serviceplanung	Kostenträger und Durchführende der geplanten Maßnahmen werden festgelegt. In diesem Fall ist die Patientin selbst hauptsächlich die Durchführende, unterstützt durch die Case Managerin
Linking	Vermittlung passender Unterstützungsangebote: • Kontaktaufnahme zu der bereits bestehenden Sexualtherapeutin • Organisation von Facharztterminen: Zahnärztin, Dermatologin, teilweise Begleitung durch die Case Managerin • Klärung der finanziellen Situation durch die Patientin und die Case Managerin, Kontaktaufnahme mit der Sachbearbeiterin der Grundsicherung, Beantragung weiterer finanzieller Hilfen für den Unterhalt und tierärztliche Behandlung des Hundes • Beantragung einer ASP-Maßnahme durch die Case Managerin, Kontaktaufnahme und Begleitung zum Erstgespräch beim ASP-Träger

Monitoring	Die geplanten Maßnahmen werden in regelmäßigen Terminen (Frequenz anfangs wöchentlich, später 14-tägig) mit der Patientin vor- und nachbesprochen, teilweise durch die Case Managerin in Terminen vor Ort begleitet
Evaluation	In einem Abschlussgespräch wird der Prozess durch die Patientin und die Case Managerin gemeinsam reflektiert und bewertet

Literatur

Case Management Society of America (CMSA). (September 2010 Revised). Standards of practice for case management. Little Rock, AR: Author.

Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management e.V. (2012). <https://www.dgcc.de/case-management/>

Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management e.V. (2013). <https://www.dgcc.de/cm-ausbildung/standards/weiterbildungs-standards/>

Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management e.V. (2015): Case Management Leitlinien. Heidelberg: medhochzwei.

Gensichen, J., et al. (2009). Case management for depression by health care assistants in small primary care practices: A cluster randomized trial. *Annals of Internal Medicine*, 151(6), 369-378.

Gromann P. (2005): Der integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplan konkret. In: *Aktion Psychisch Kranke* (Hrsg.): Der personenzentrierte Ansatz - Individuelle Hilfeplanung (IBRP) und personenzentriert-integriertes Hilfesystem: (Psychosoziale Arbeitshilfen 11)

Kolbasovsky, A., Reich, L., & Meyerkopf, N. (2010). Reducing six-month inpatient psychiatric recidivism and costs through case management. *Case Management Journals*, 11(1), 2-10.

Malakouti, S.K., et al. (2009). Case-management for patients with schizophrenia in Iran: A comparative study of the clinical outcomes of mental health workers and consumers' family members as case managers. *Community Mental Health Journal*, 45, 447-452. DOI 10.1007/s10597-009-9197-4.

Marshall M, Lockwood A. Assertive community treatment for people with severe mental disorders. *Cochrane Database Syst Rev* 2011; 13(4): CD001089.

Monzer, Michael (2013): Case Management - Grundlagen (Case Management in der Praxis). Heidelberg: medhochzwei verlag

Morgenstern, J., Blanchard, K.A., McCrady, B.S., McVeigh, K.H., Morgan, T.J., & Pandina, R.J. (2006). Effectiveness of intensive case management for substance-dependent women receiving temporary assistance for needy families. *Research and Practice*, 96(11), 2016-2023.

Mueser, K.T., Bond, G.R., Drake, R.E., & Resnick, S.G. (1998). Models of community care for severe mental illness: A review of research on case management. *Schizophrenia Bulletin*, 24(1), 37-74.

Netzwerk Case Management Schweiz (2009). Zertifizierung von Institutionen die Case Management anwenden - Qualitätskriterien und Überprüfungsindikatoren. Aufgerufen am 08.12.17 unter http://www.netzwerk-cm.ch/sites/default/files/uploads/selbstschaetzung_zertifizierung_netzwerk_cm1.pdf

New York State Commission on Quality of Care and Advocacy for Persons with Disabilities (New York State Commission). (July 2008). Mental health comprehensive Medicaid case management: A review of systems coordination and support for people with serious mental illness. Aufgerufen unter <http://cqc.ny.gov/uploads/Publications/MHCaseMgmtStudy.pdf>. Pennsylvania Department of Public Welfare, Office of Mental Health and Substance Abuse Services, Bureau of Policy and Program Development. (March 3, 2009). Office of Mental Health and Substance Abuse Services Bulletin, OMHSAS-09-02. Harrisburg, PA: Author. Retrieved on April 7, 2011, from <http://www.mhapa.org/pdf/BlendedCasemanagementBulletin.pdf>.

Roger G. Kathol MD, Janice Cohen, Rebecca Perez (2010): The Integrated Case Management Manual - Assisting Complex Patients Regain Physical and Mental Health. New York: Springer.

Schleuning G., Welschehold M. (2000): Modellprojekt Psychiatrisches Case Management - Sektorbezogene Untersuchung einer Gruppe von psychisch schwer und chronisch Kranken unter den Bedingungen einer koordinierten Betreuung und Behandlung im außerstationären Bereich. Band 133 der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Nomos Verlagsgesellschaft Baden-Baden.

Surles, R.C., Blanch, A.K., Shern, D.L., Donahue, S.A. (1992): Case management as a strategy for systems change. *Health Affairs*, Volume 11, Issue 1, Pages 151-163

Test L. I., & Stein M. A. (Eds.) (1978). Alternatives to mental hospital treatment. USA: Plenum Press

Ventura, L. A., Cassel, C. A., Jacoby, J. E., & Huang, B. (1998). Case management and recidivism of mentally ill persons released from jail. *Psychiatric Services*, 49(10), 1330-1337.

Ziguras, S.J. & Stuart, G.W. (2000). A meta-analysis of the effectiveness of mental health case management over 20 years. *Psychiatric Services*, 51(11), 1410-1421.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	patientenbezogene Aktivitäten des Case Managements (eigene Darstellung)	17
Abbildung 2	RECOVER-Modell	21
Abbildung 3	Regelkreislauf CM	21