

**Das Care-Service-Science-Konzept
als Grundlage des
Case Management: Psychoonkologie**

von

Michael Kusch

Hans-Ulrich Höhl

CARINA

STIFTUNG

Einleitung

Case Management Psychoonkologie (CMP) ist die einzelfallbezogene psychosoziale Versorgung von Krebs betroffenen Menschen. Case Management Psychoonkologie gestaltet die psychoonkologischen und psychosozialen Versorgungsleistungen in Kliniken der Akutversorgung derart, dass sie den vielfältigen Anforderungen an die Humanität, Wirksamkeit, Wirtschaftlichkeit und Qualität der Gesundheitsversorgung genügen. Das Versorgungskonzept des Case Management Psychoonkologie wird seit 2004 an sieben Kliniken der Akutversorgung in Westfalen-Lippe umgesetzt und anhand eines Benchmarking-Ansatzes kontinuierlich evaluiert und optimiert.

Dem Case Management Psychoonkologie liegt das „Care-Service-Science-Konzept“ (CSS) zugrunde. Dies ist ein lokaler Managementansatz, der die Aufgaben der täglichen Routineversorgung einer Abteilung oder lokalen Einrichtung mit den formalen Anforderungen des Qualitätsmanagements in einer Form verbindet, die Versorgungsforschung ermöglicht und dadurch die kontinuierliche klinische Optimierung der geleisteten Patientenversorgung sicherzustellen hilft.

In dieser Arbeit werden das zugrunde liegende klinisch-psychologische Konzept, der Qualitätssicherungsansatz und die Evaluationsstrategie des „Case Management Psychoonkologie“ dargestellt.

Teil I dieser Arbeit befasst sich mit der Versorgungspsychologie, der *„Erarbeitung standardisierter Versorgungskonzepte und ihrer Erprobung unter Bedingungen der täglichen Praxis“* (Kusch, 2003a). Die Versorgungspsychologie ist als eine klinisch-psychologische „praxis-support“-Disziplin zu betrachten, deren Aufgaben und Ziele darin bestehen, ein Versorgungskonzept zu entwickeln, die darin enthaltenen Annahmen in einem dazugehörigen Behandlungsprogramm zu operationalisieren und die Programmumsetzung praxisbegleitend zu überwachen und zu kontrollieren. Damit ist die Versorgungspsychologie dem Versorgungsmanagement und der Versorgungsforschung übergeordnet.

Teil II dieser Arbeit befasst sich mit dem Versorgungsmanagement. *„Das Versorgungsmanagement bringt die technisch-funktionale Tätigkeit des Qualitätsmanagements im Gesundheitswesen mit den gesicherten Erfordernissen des Kunden (z.B. Patient, Leistungserbringer, Klinikleitung, Versicherungsträger, Gesundheitspolitik) in Einklang, um die täglich zu leistende Gesundheitsversorgung zu optimieren“* (Kusch et al., 1997). Das Versorgungsmanagement ist als eine formal-technologische „praxis-support“-Disziplin zu betrachten, deren Aufgaben und Ziele darin bestehen, das klinische Versorgungskonzept samt dem Behandlungsprogramm und den Behandlungspfaden in eine formale Versorgungsablauforganisation (Versorgungsstrategie) zu überführen, versorgungsrelevante Dokumente oder Dokumentationssysteme zu erstellen, die Versorgungsstrategie in den Versorgungsalltag zu implementieren und den gesamten Prozess zu evaluieren.

Teil III dieser Arbeit befasst sich mit der Versorgungsforschung. *„Die Versorgungsforschung ist die empirisch gestützte Bewertung des Versorgungskonzeptes, des Behandlungsprogramms, der Implementierung und klinischen Umsetzung der Versorgungsstrategie sowie der Wirksam-*

keit und Wirtschaftlichkeit der Maßnahmen und Interventionen in der täglichen Routineversorgung“. Die Versorgungsforschung ist als eine empirische *“praxis-support”*-Disziplin zu betrachten, deren Aufgaben und Ziele darin bestehen, die empirische Basis für Entscheidungen zur kontinuierlichen Optimierung der Patientenversorgung bereit zu stellen. Die Versorgungsforschung verfolgt eine klinische Optimierungsstrategie, in der von den begründbaren Erfordernissen klinischer Gesundheitsversorgung ausgegangen, die täglich geleistete Patientenversorgung kriteriengeleitet dokumentiert und die so gesammelten empirischen Messgrößen mit vorausgesetzten Kennzahlen (Qualitätsindikatoren) verglichen werden. Die klinische Optimierungsstrategie ermöglicht mit diesem Vorgehen sowohl eine angemessene Patientenversorgung als auch ihre empirisch geführte Evaluation.

Die vorliegende Arbeit demonstriert, dass die evidenzgestützte psychosoziale und psychotherapeutische Versorgung in einem bottom-up-Prozess der Qualitätsentwicklung systematisch optimiert und damit einem top-down-orientierten Ansatz der Implementierung evidenzgestützter Versorgungsleistungen ergänzend zur Seite gestellt werden kann (Kusch, 2003a).

Das Care-Service-Science-Konzept als Grundlage des Case Management: Psychoonkologie

Teil I Versorgungspsychologie

1 Rahmenbedingungen des Case Management Psychoonkologie

1.1 Einleitung

Das Case Management Psychoonkologie (CMP) ist die einzelfallbezogene psychosoziale Versorgung von Krebs betroffenen Menschen unter Beachtung gesellschaftlicher, gesundheitspolitischer und wissenschaftlicher Anforderungen sowie der Anforderungen der klinischen Versorgungsrealität. Das CMP ist das Ergebnis fortlaufender Projekte der Carina Stiftung¹ „Herford“ und der Abteilung für Psychoonkologie am Klinikum Kreis Herford, die eine praxisrelevante, bedarfsgerechte, evidenzgestützte, transparente und qualitätsgesicherte psychosoziale Patientenversorgung in Kliniken der Akutversorgung realisieren wollen (Kusch et al., 2002a,b; Muthny et al., 1998).

Die Case Management-Konzeption des CMP verdeutlicht die systematische und strukturierte Einbindung psychoonkologischer Versorgung in das tägliche medizinisch-pflegerische Behandlungsgeschehen einer Abteilung oder Einrichtung der Gesundheitsversorgung². Der Bezug des CMP zur Psychoonkologie stellt die klare Fundierung der psychoonkologischen Versorgungskonzeption im evidenzgestützten³ „state of the art“ dar. In klinischer Hinsicht basiert das Case Management Psychoonkologie daher auf der „Klinischen Psychoonkologie“, die sich mit der „Evaluation des Nutzens evidenzgestützter psychosozialer Interventionen unter den Bedingungen der psychoonkologischen Routineversorgung und dem systematischen Gebrauch dieses Wissen in der kontinuierlichen Optimierung der klinischen Versorgungspraxis lokaler Einrichtungen befasst (Kusch et al., 2003c).

¹ ehemals SULO Stiftung

² Es handelt sich dabei um einen Case Management Ansatz, in dem empirisch begründete, verhaltensmedizinische Interventionen zum Einsatz kommen.

³ Als evidenzgestützt werden Versorgungsleistungen bezeichnet, die durch wissenschaftliche Evidenz, klinische Praktikabilität, Umsetzbarkeit in der aktuellen Versorgungsrealität und Patientenorientierung gekennzeichnet sind.

Gesellschaftliche und gesundheitspolitische Anforderungen sind im Case Management Psychoonkologie als externe Rahmenbedingungen berücksichtigt. So sucht das CMP die eklatante psychoonkologische und psychosoziale Unterversorgung in der Akutbehandlung krebserkrankter Menschen zu beheben (SVR, 2000/2001). Es berücksichtigt dabei die gesundheitspolitischen Anforderungen wie sie insbesondere im § 140 SGB-V (2002) zur „Integrierten Versorgung“, im § 135 SGB-V zur Qualitätssicherung und im § 137c SGB-V „zur Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden“ formuliert und im GKV-Modernisierungsgesetz (GMG, 2003) fortentwickelt wurden.

1.2 Case Management Psychoonkologie und das „Herforder Modell“

Das Case Management Psychoonkologie hat seine Wurzeln im „Herforder Modell“ (Muthny et al., 1998); in der klinisch-psychoonkologischen Versorgung von Krebspatienten durch die Abteilung für Psychoonkologie am Klinikum Kreis Herford. Die Abteilung wird durch die Carina Stiftung und den Kreis Herford getragen und verfolgt die Zielsetzung, psychoonkologische Leistungen möglichst allen von Krebs betroffenen Menschen zukommen zu lassen. Mittlerweile sind über 4.500 Patienten und deren Angehörige in über 16.000 Gesprächen am Klinikum Kreis Herford psychoonkologisch versorgt worden. Seit 2000 sind dies etwa 600-700 Patienten mit ca. 2.500 Gesprächen pro Jahr (APO, 2000-2003). Begleitet und evaluiert wird die klinische Versorgung durch Projekte der kontinuierlichen Qualitätsentwicklung der Carina Stiftung (Kusch et al., 2002b), die während der

- Implementierungsphase (1995–1997) im Aufbau der Abteilung für Psychoonkologie am Klinikum Kreis Herford bestand (Muthny et al., 1998), während der
- Etablierungsphase (1997–2000) im Ausbau der Abteilung für Psychoonkologie am Klinikum Kreis Herford (Schlömer-Doll et al., 2001; Stecker et al., 2000) und während der
- Evaluations- und Optimierungsphase (2001–2003) in der medizinischen und ökonomischen Evaluation psychoonkologischer Versorgungsleistungen (CMP, 2002) sowie der Optimierung des psychoonkologischen Versorgungsgeschehens (Kusch et al., 2003, 2004).

Die Evaluation des „Herforder Modells“ auf Basis des Leitlinienkatalogs „Empfehlungen zur psychoonkologischen Versorgung im Akutkrankenhaus“ (Mehnert et al., 2002) bestätigte, dass mittlerweile ein guter bis sehr guter Versorgungsstandard erreicht wurde (Koch, 2002). Sie hat zudem erste Belege zusammengetragen, die in der psychoonkologischen Akutversorgung erbrachten Versorgungsleistungen in medizinischer und ökonomischer Hinsicht Effektivität und Effizienz zusprechen (CMP, 2002).

Die Optimierung des Herforder Modells erfolgte unter Beachtung der klinischen, wissenschaftlichen und gesundheitspolitischen Anforderungen an Versorgungsleistungen, die durch die Solidargemeinschaft zu tragen sind. Sie mündete im Versorgungskonzept des Case Management Psychoonkologie, das seit Beginn 2004 in einem Modellprojekt an sieben Kliniken der Akutversorgung in Westfalen-Lippe klinisch umgesetzt wird.

1.3 Case Management Psychoonkologie und das „Care-Service-Science-Konzept“

Psychoonkologische Versorgungsleistungen sind wie alle Formen der Patientenversorgung, die auf das Verhalten und Erleben von Patienten einwirken und darüber Änderungen des Gesundheitsverhaltens erzielen wollen, hoch komplexe Dienstleistungen. Grundsätzlich kann die psychosoziale Versorgung daher nicht allein durch wissenschafts-technokratische Strategien, wie sie im „Evidence-Based-Medicine“-Ansatz (EBM) und in evidenzbasierten Leitlinien zum Ausdruck kommen (Sackett et al., 1997; Wismar et al., 1998), in die klinische Versorgungsrealität implementiert werden (Kusch, 2003a). Diesen professionellen Bestrebungen, die von einzelnen Berufsständen repräsentiert werden, müssen in der klinischen Versorgungsrealität begründete Bestrebungen zur Seite gestellt werden, wie sie von den klinisch tätigen Praktikern in ihrer täglichen Arbeit erlebt und von ihnen als ihre Profession erfahren werden (vgl. Abb. 1).

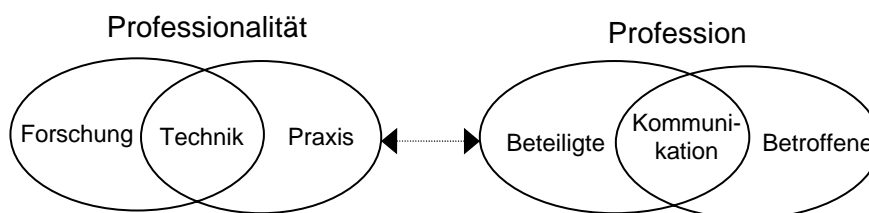


Abbildung 1: Zusammenhänge zwischen Forschung und Praxis aus Sicht des Praktikers (vgl. Kusch, 2003a, S. 8).

Erfahrungen mit der Verknüpfung von Forschung und Praxis und einer top-down Implementierung evidenzbasierter Leitlinien (Kusch et al., 1998) haben bestätigt, dass der „Faktor Mensch“ – der klinisch Tätige - nicht aus der wissenschafts-technokratischen Strategie herausgenommen werden kann (Kusch, 2003a).

Beim Care-Service-Science-Konzept handelt es sich daher um einen bottom-up orientierten lokalen Managementansatz, der die tägliche Routineversorgung der klinisch Tätigen, die Anforderungen des Qualitätsmanagements und der Versorgungsforschung gleichermaßen berücksichtigt (Kusch et al., 2001). Es bringt dabei die Sichtweise und die Ansprüche des klinisch Tätigen in die Diskussion zur Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung im Gesundheitswesen ein, ohne dabei prinzipiell gegen die Möglichkeit einer wirksamen, wirtschaftlichen und qualitätsgesicherten Gesundheitsversorgung zu argumentieren.

Als lokaler Management-Ansatz sucht das CSS-Konzept, dem klinisch Tätigen und seiner lokalen Versorgungsrealität gerecht zu werden und dessen implizite und explizite Vorstellungen und Ansprüche schrittweise mit den Vorstellungen und Ansprüchen der Kollegen anderer Profession, den Vorgaben der klinischen und Verwaltungsleitung einer Abteilung/Einrichtung und mit den gesundheitspolitischen und wissenschaftlichen Anforderungen in Deckung zu bringen (Kusch & Kanth, 1997). Oberstes Primat dabei ist stets das begründete Wohl der dem klinisch Tätigen und seiner Abteilung/Einrichtung anvertrauten Patienten, was eine fundierte Begründung der Argumentation des klinisch Tätigen verlangt. Das Ergebnis der Diskussion ist eine „Abbildung der Versorgungsrealität“ wie sie etwa in der „Selbstverpflichtung“ der Abteilung für

Psychoonkologie am Klinikum Kreis Herford zum Ausdruck kommt (vgl. Selbstverpflichtung, 2001).

Die expliziten, d.h. schriftlich fixierten Aufgaben der täglichen Routineversorgung werden in einem nächsten Schritt mit den externen Rahmenbedingungen klinischer Tätigkeit in Verbindung gebracht. Dabei kommen vor allem die vom Gesetzgeber gestellten Anforderungen an eine durch die Solidargemeinschaft zu finanzierende Gesundheitsversorgung – wie sie im SGB V (2002) formuliert sind - zum Tragen. Dies sind vor allem die im § 70 SGB V formulierten Anforderungen an die Wirksamkeit, Qualität und Wirtschaftlichkeit von Gesundheitsleistungen.

1.3.1 Wirksamkeit

Das Case Management Psychoonkologie berücksichtigt den internationalen „state of the art“ zur Evidenz psychoonkologischer Versorgung und die entsprechenden klinischen Praxisleitlinien (CPG, clinical practice guidelines) internationaler Organisationen (CAPO, 1999; NBCC/NCCI, 2003; NCCN, 2003). Da wissenschaftliche Studien aber nicht ohne weiteres in die Versorgungsrealität übertragbar sind (Hampton, 1996; Shahar, 1997), der evidenzbasierte Ansatz selbst Schwächen aufweist (Charlton & Miles, 1998) und nicht alles, was akademisch möglich und klinisch machbar wäre, auch Aussicht auf Umsetzbarkeit in die klinische Versorgungsrealität lokaler Einrichtungen und auf Gegenfinanzierung hat, dient die vorhandene Evidenz zur psychosozialen Versorgung vor allem der Begründung der fixierten Aufgaben der klinisch Tätigen und erst sekundär ihrer etwaigen Ergänzung bei vorhandener harter Evidenz für psychoonkologische Versorgungsleistungen; wie etwa der psychoonkologischen Psychotherapie bei Ängsten und Depressionen (Ballenger et al., 2001; Sellick & Crooks 1999; Sheard & Maguire, 1999). Hinzu kommt, dass eine in Studien erwiesene Wirksamkeit von Psychoonkologie nur bedingt etwas über deren Wirkung in der klinischen Routineversorgung einer lokalen Einrichtung aussagt (Kusch, 2003a) und man daher aufgefordert ist einen entsprechenden Nutznachweis aus der gelebten Versorgungspraxis heraus zu erbringen (Mücke et al., 2003). Berücksichtigt man noch Anforderungen an die Patientenorientierung in der Gesundheitsversorgung und die klinische Nützlichkeit und Praktikabilität von Gesundheitsleistungen so ist beim Rekurs auf die Evidenz psychoonkologischer Versorgung eher von einer evidenzgestützten denn von einer evidenzbasierten Psychoonkologie zu sprechen.

1.3.2 Qualität

Die klinische Qualität von Gesundheitsleistungen wird idealtypisch über Praxisleitlinien (CPG, IOM, 1990) und Behandlungspfade (CP, clinical pathways; Campbell et al., 1998) sichergestellt; die formale Qualität⁴ über Instrumente wie die DIN EN ISO 9000 oder die KTQ-Kriterien (Graebig, 1995; KTQ, 2000). Als höchst problematisch und schwierig hat es sich erwiesen, extern

⁴ Die Versorgungspsychologie befasst sich primär mit der klinischen, das Versorgungsmanagement mit der formalen Versorgungsqualität.

entwickelte klinische Praxisleitlinien und Behandlungspfade zu implementieren und im Versorgungsalltag zu nutzen (Kusch et al., 1998). Im Case Management Psychoonkologie ist daher gemeinsam mit den Klinikern ein „Grundmodell des Prozessmanagements im Krankenhaus“ (vgl. Abb. 5) erarbeitet und mit den klinisch-psychologischen Basiskompetenzen der Diagnostik, Indikation, Intervention und Evaluation verknüpft worden (vgl. Teil II: Versorgungsmanagement; Kusch et al., 2002). Es wurden Diagnoseinstrumente und -strategien (Psychoonkologische Anamnese, Patientenfragebogen: Stationäre Aufnahme; Patientenfragebogen: Ambulante Nachsorge, Social Nurse Checklist; APO, 2000-2002; CMP, 2003), Indikationskriterien (psychosoziale Risikogruppen) und Interventionsstrategien (Patienteninformation; Patientenunterstützung, Psychoonkologische Behandlung) entwickelt und hinsichtlich ihrer Machbarkeit klinisch erprobt (Kusch et al., 2002, 2004). Schließlich wurde das Patientendokumentationssystem der Abteilung den neuen Anforderungen angepasst. So entstand eine Versorgungsstrategie⁵, die in Form eines psychoonkologischen Behandlungspfades dem interessierten Fachpublikum und Expertengruppen zur Diskussion vorgelegt wurde (Kusch, 2002, 2003b-d).

Die für einen reibungslosen klinischen Versorgungsablauf wichtige Integration des psychoonkologischen Behandlungspfades in die medizinisch-pflegerische Krebstherapie erforderte die Entwicklung eines medizin-psychologischen und pflege-psychologischen Behandlungspfades. Die klinischen Inhalte dieser Behandlungspfade ergaben sich aus der vorliegenden Evidenz (NBCC/NCCI, 2003) und den gesundheitspolitischen Anforderungen an die psychosoziale Mitversorgung von Krebspatienten durch das onkologische Behandlungsteam, wie sie etwa in den Disease Management Programmen zum Mammakarzinom oder den Kriterien für Brustzentren in NRW angedacht sind. Die formale Integration der Behandlungspfade von Medizin, Pflege und Psychoonkologie ermöglichte das Grundmodell des Prozessmanagements im Krankenhaus.

1.3.3 Wirtschaftlichkeit

Schon immer hat es Rationalisierung und Rationierung im Gesundheitswesen gegeben. Dies gilt vor allem für psychotherapeutische und psychosoziale Leistungen im Krankenhaus, die im solidarisch finanzierten Gesundheitswesen kaum bis gar nicht vorgesehen sind. Anders als in anderen Bereichen des Gesundheitswesens scheint in der Psychoonkologie jedoch das Bestreben, im Gesundheitswesen mehr Wirtschaftlichkeit zu erreichen, geradezu eine Garantie dafür, durch psychosoziale Versorgung eine Kostenreduktion bei gleichzeitig verbesserter Wirksamkeit und Qualität der Gesundheitsversorgung erreichen zu können (siehe Kasten 1).

⁵ Eine Versorgungsstrategie oder Versorgungsablauforganisation ist die technologische Umsetzung des Versorgungskonzeptes. Sie ergibt sich aus der Organisation und den Abläufen der medizinisch-pflegerisch-psychosozialen Behandlung und berücksichtigt das Behandlungsprogramm als Schnittstelle zum Versorgungskonzept und die Versorgungsdokumente als Schnittstelle zur Planung, Lenkung und Prüfung der klinischen Routineversorgung.

Kasten 1: Argumente für die ökonomische Relevanz psychosozialer Versorgung im Krankenhaus

1. Es zeichnet sich ab, dass durch Psychoonkologie eine deutliche Verbesserung der Lebensqualität von Krebspatienten erzielt wird und zugleich ein gezielteres, d.h. bedarfsgerechteres Inanspruchnahmeverhalten der Betroffenen (Carlson & Buntz, 2003; Kusch et al., 2004).
2. In einem aktuellen WHO-Bericht aus dem Jahr 2003 zu Patientenadherence wird gezeigt, dass nur bei 50% aller Langzeittherapien eine zufrieden stellende Adherence vorliegt, die dabei keinesfalls allein als ein Problem der Patienten zu verstehen ist, sondern als unzureichende Unterstützung des Gesundheitssystems im „self-management“ der Betroffenen gewertet werden muss. Der WHO-Bericht zitiert eine Cochrane Studie (WHO, 2003, S. XIII), in der es heißt: „Increasing the effectiveness of adherence interventions may have a far greater impact on the health of the population than any improvement in specific medical treatments“ (Haynes, 2001). Eine Verbesserung der Patientenadherence soll dabei auch zu Kosteneinsparungen im Gesundheitswesen führen (WHO, 2003).
3. In der Behandlung von Patienten mit chronischen Erkrankungen setzt die Kaiser Permanente, eine der führenden „Managed-care“-Organisationen der USA, zunehmend auf verhaltensmedizinische Interventionsformen zur weiteren Kosteneinsparung bei verbesserten patientenbezogenen Outcomes in ihren Krankenhäusern (WHO, 2001a).

Wirtschaftlichkeit psychoonkologischer Versorgung im Sinne einer kosteneffizienten, d.h. einer rationalen Leistungserbringung und eines kosteneffektiven, d.h. ökonomisch vertretbaren Leistungsergebnisses erfordert zweierlei (vgl. Kusch et al., 1997, 2001):

- Die Konstruktion einer Versorgungsstrategie mit nachweislicher Effizienz, gemessen an Parametern des Ressourcenverbrauchs für die psychoonkologische Versorgung (als Soll-Ist-Analysen).
- Die Konstruktion eines Versorgungskonzeptes mit nachweislicher Effektivität, gemessen an den klinischen Parametern der Morbidität, Funktionalität, Lebensqualität und Patientenzufriedenheit (als Prä-Post-Analysen) und den ökonomischen Parametern ausgewählter Kostenarten: Krankenhaus (= Kosten der stationären Therapie), Arzneimittel, Krankengeld, Pflege, stationäre Rehabilitation (als Kosten-Nutzen-Analysen).

1.3.4 Versorgungsstrategie

Während in der Entwicklung des Versorgungskonzeptes vor allem die Erkenntnisse der Psychoonkologie von Bedeutung sind, sind in der Entwicklung der Versorgungsstrategie Erkenntnisse des Case Management relevant (vgl. Kasten 2).

Kasten 2: Case Management Grundlagen für die Psychoonkologie

Case Management ist ein „systematic problem-solving process consisting of a series of sequentially related tasks aimed at delivering a variety of services to a client“ (Austin & Caragone, 1988). Das Ziel von Case Management ist es, den Patienten - i.S. der Hilfe zur Selbsthilfe - zu einem unabhängigen Leben zu befähigen (Harris & Bergman, 1987). Case Management sichert die Kontinuität der Patientenversorgung, als „a process involving the orderly, uninterrupted move of patients among the diverse elements of the service delivery system“ (Bachrach, 1989). Die Aufgabe des Case Managers besteht in “the facilitation and improvement of the interactions between people within the resource system to promote the effective and human operations of these systems and to make them responsive to people’s needs, and the assis-

tance to people to develop and effectively utilize their own internal problem-solving and coping resources” (Johnson & Rubin, 1983).

Die einzelnen Funktionen des Case Managements sind bereits 1979 von der „Joint Commission on the Accreditation of Hospitals“ (JCAH, 1979) wie folgt formuliert worden:

Assessment: Determining an individuals´ current and potential strengths, weaknesses and needs (i.S. von Problem- und Bedürfnislagen).

Planning: Developing a specific service plan for each individual (i.S. eines Hilfeplans)

Linking: Referring or transferring individuals to all required services in the formal and informal caregiving system (i.S. der Vernetzung).

Monitoring: Continuous evaluation of the individual process (i.S. des Patientenmonitoring).

Advocacy: Interceding on behalf of an individual to ensure equity (u.a. i.S. von Bedarfsgerechtigkeit).

Zwar kommt dem Case Management nicht primär die Aufgabe zu, eine effiziente Patientenversorgung sicherzustellen, jedoch soll gerade diese Versorgungsform gut für diese Aufgabe geeignet sein (Walrath et al., 1996). Insbesondere in Kombination mit Disease-Management-Programmen (Ward & Rieve, 1998) und verhaltensmedizinische Interventionen zur Förderung der Selbst-Kompetenzen (Selbst-Wirksamkeit; Clark & Dodge, 1999; Lev & Owen, 2000; Selbst-Management, Lorig et al., 2001; Selbst-Pflege, Seegers et al., 1998; Shoor & Lorig, 2002) kommt dem Case-Management-Ansatz eine viel versprechende Bedeutung zu, die Gesundheitskosten zu senken und die Lebensqualität, Partizipation und Eigenverantwortung der Patienten zu fördern (Kusch et al., 2004).

Die Versorgungsstrategie ist nicht rein ökonomischen Überlegungen unterworfen, sondern unmittelbar von dem Versorgungskonzept abhängig, wie es in der Auseinandersetzung mit Klinikern und unter Berücksichtigung des „state of the art“ entwickelt wurde. Für die einzelnen psychosozialen Versorgungsleistungen wird genau spezifiziert, wie diese umzusetzen sind, d.h. „wer, was, wie, wo, wann und mit wem macht“, und wie sie zu dokumentieren sind (vgl. Teil II: Versorgungsmanagement, Kusch et al., 2001). Dem Case Management kommt hierbei die Aufgabe zu, sicherzustellen, dass die Einzelleistungen in einem sinnvollen Bezug zueinander sowie mit administrativen und formalen Qualitätsanforderungen⁶ in Einklang stehen und dem Wohl des Patienten, i.S. der „Hilfe zur Selbsthilfe“, dienen.

Ebenso wie die Versorgungsstrategie bzw. -ablauforganisation ist auch die Versorgungsevaluation von der Versorgungskonzeption abhängig (vgl. Teil III: Versorgungsforschung). Es ist dabei wichtig, bereits in der Konstruktion des Versorgungskonzeptes sicherzustellen, dass sich das eingesetzte psychometrische Instrumentarium, das Patientenmonitoring und die klinisch-psychologische Beurteilung, auf die konkrete psychoonkologische Aufgabenstellung beziehen und nur erhoben und dokumentiert wird, was für die Patientenversorgung von unmittelbarer Relevanz ist.

⁶ Die Qualitätsforderung ist einer der zentralen Begriffe des Qualitätsmanagements, denn an ihr entscheidet sich die Bewertung der Patientenversorgung in Bezug auf die Qualität. Bei Nichterfüllung oder nur teilweiser Erfüllung der Qualitätsforderung ist die Qualität herabgesetzt. Bei Erfüllung oder Übererfüllung der Qualitätsforderung ist die Qualität gut.

Das Versorgungskonzept, gemeinsam mit der Versorgungsablauforganisation und der Versorgungsevaluation ermöglichen es die Patientenversorgung zu managen und kontinuierlich weiter zu entwickeln und die Patientenversorgung Praxis begleitend auf empirischer Basis zu evaluieren und so dauerhaft ein hohes Qualitätsniveau zu sichern (vgl. Abb. 2).

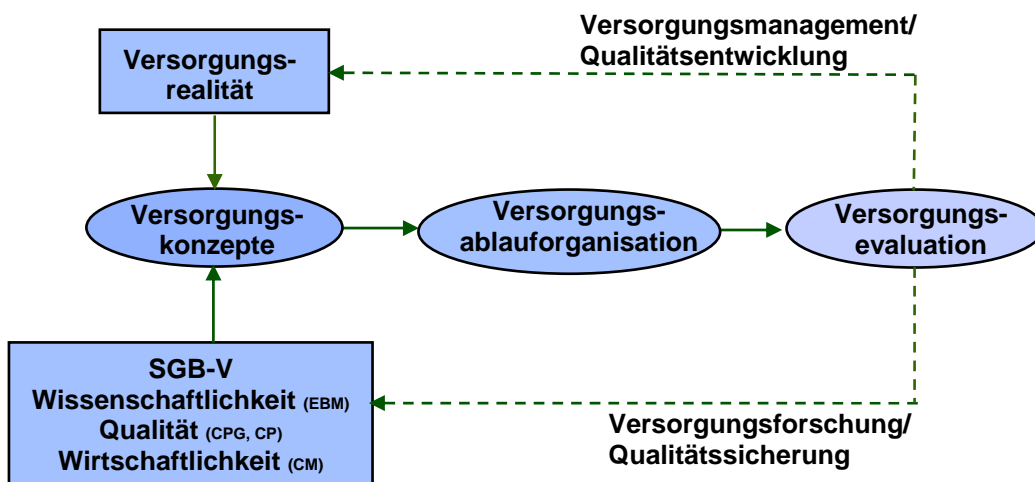


Abbildung 2: Klinisches Optimierungsprogramm nach dem Care-Service-Science-Konzept (Kusch, 2002).