

Hochschule für Angewandte Wissenschaften
Fakultät Life Sciences
Studiengang Health Sciences

Case Management für Hebammen
Bachelorarbeit

Tag der Abgabe: 12. August 2009

Vorgelegt von: Käuper, Kristin Maria

Betreuender Erstprüfer: Prof. Dr. Dr. Wehkamp

Betreuende Zweitprüfende: Prof.in Deneke

Inhalt

Zum Sprachgebrauch.....	4
1 <i>Einleitung.....</i>	5
Teil A: Case Management	8
2 <i>Definition</i>	8
2.1 Allgemeine Begriffserklärung	8
2.2 Hebammenspezifische Begriffserklärung.....	9
3 <i>Entstehung.....</i>	11
4 <i>Ebenen von Case Management</i>	12
4.1 Fallmanagement	12
4.2 Systemmanagement	12
4.3 Zusammenfassung	13
5 <i>Rechtliche Rahmenbedingung.....</i>	13
5.1 Gesundheitsstrukturgesetz – GSG	13
5.2 GKV - Gesundheitsreformgesetz - GRG	14
5.3 Fallpauschalengesetz - FPG.....	15
5.4 GKV-Modernisierungsgesetz - GMG.....	16
5.5 GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG	16
6 <i>Theoretisches Phasenmodell von Case Management</i>	17
6.1 Outreaching / Case Finding / Intake	17
6.2 Assessment / Zielvereinbarung.....	17
6.3 Service-Planing / Hilfeplanung	18
6.4 Monitoring / Intervention	18
6.5 Re-Assessment / Kontrolle	19
6.6 Evaluation / Rechenschaftsablegung	19
7 <i>Instrumente des Case Managements.....</i>	19
7.1 Kooperation / Vernetzung	20
7.2 Koordination.....	22
7.3 Kommunikation.....	25
7.4 Informations- und Datenmanagement	28
Teil B: Das deutsche Hebammenwesen	31
8 <i>Grundlagen des Hebammenwesens.....</i>	31
8.1 Definition Hebamme	31
8.2 Arbeitsformen.....	32
8.3 Datenlage.....	32
8.4 Betreuung	33

9	<i>Wünsche der Frauen</i>	35
9.1	Winterton-Report.....	35
9.2	Veränderungen durch den Changing Childbirth Report	36
Teil C: Hebammenwesen und Case Management		38
10	<i>Zeitungsrecherche</i>	38
11	<i>Familienhebammen</i>	40
11.1	Definition.....	40
11.2	Anzahl	41
11.3	Vergleich: Familienhebammen- und Case Managementkonzept	42
12	<i>Hebamme als Case Managerin</i>	42
12.1	Ausbildung zur Case Managerin	43
12.2	Projektanbindung in der regionalen Gesundheitsversorgung	44
13	<i>Schlussbetrachtung</i>	49
Literatur		51
Internet		57

Zum Sprachgebrauch

Die folgende Bachelorarbeit hält sich an die Vorgabe des Schweizer Leitfadens für die sprachliche Gleichbehandlung von Frau und Mann von 2003. In den Fällen, in denen Frauen und Männer gemeint sind, finden beide Formen Anwendung.

Bei der Berufsgruppe der Hebamme jedoch wurde ausschließlich die weibliche Form genannt. Entbindungspfleger sind darunter subsumiert. In den Fällen, die ausschließlich die Frauen betrifft, wird das feminine Genus gebraucht.

1 Einleitung

Die vorliegende Ausarbeitung „*Case Management für Hebammen*“ befasst sich mit der Implementierungsmöglichkeit des Versorgungskonzeptes Case Management (in Folge kurz: CM) ins deutsche Gesundheitssystem zur Verbesserung der zielorientierten Gesundheitsversorgung im Bereich der Schwangerschaft bis hin zur Stillzeit.

Das deutsche Gesundheitswesen mit seiner unübersichtlichen Versorgungs- und Finanzierungsstruktur¹ umfasste 2007 ein Ausgabevolumen von 252,8 Milliarden Euro.² Charakteristisch für das deutsche Gesundheitssystem ist eine arbeitsteilig organisierte Versorgungsform in den ambulanten, stationären und rehabilitativen Bereich. Dieser fragmentierte Organisationsaufbau führt zu Schnittstellen zwischen den Sektoren, wenn während einer Behandlung der ambulante und der stationäre Bereich in Anspruch genommen werden. Unterbrochene Behandlungsverläufe bergen die Gefahr des Informationsverlustes in sich, welcher oftmals einhergeht mit Ressourcen-Fehlallokationen, wie z.B. durch Doppel- und Mehrfachuntersuchungen.³ Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen belegt in seinem Gutachten (2007), dass durch optimierte Koordination der Leistungen und erfolgreiche Kooperation unter den Dienstleistern die Übergänge zwischen den Sektoren erleichtert werden können. Er fordert innovative Versorgungskonzepte, die zielorientiert auf die Patientin oder den Patienten ausgerichtet und dabei effizient und effektiv sind.⁴ Das Handlungskonzept CM hat zum Ziel, Prozessabläufe durch Kooperation, Koordination und Informationensaustausch aller am Behandlungsverlauf Beteiligten zu verbessern.⁵

Wird explizit auf die gängige Betreuung in den Lebensphasen Schwangerschaft bis zum Ende der Stillzeit geschaut, nimmt die Frau in dieser Zeit beide Sektoren, sowohl den ambulanten als auch den stationären, in Anspruch. Während die Schwangerschaft und das Wochenbett in der Regel im häuslichen Umfeld betreut werden, findet in 98% der Fälle die Geburt im stationären Bereich statt. Diskontinuierliche Betreuung durch unterschiedliche Professionen widerspricht dem Wunsch der Frau

¹ Vgl. Henke, K.-D. et al. (2008)

² Vgl. Statistisches Bundesamt (2009)

³ Vgl. Schmid, E. et al. (2008)

⁴ Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007)

⁵ Vgl. Kreft, D. (2005); Pape, R. et al. (2008)

nach ganzheitlicher Komplettbetreuung⁶ einerseits und führt oftmals zu Verschwendung der Ressourcen andererseits⁷. Hebammen verfügen über das Wissen und die Kompetenz, während des gesamten Prozesses von Beginn der normalen Schwangerschaft bis zum Ende der Stillzeit alleinig oder in Kooperation die Klientinnen zu betreuen.⁸ Diese Ausarbeitung soll zeigen, dass der Berufsstand der Hebamme als Case Managerin für einen reibungslosen Übergang zwischen den Sektoren sorgen, eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Versorgung sicherstellen und die Koordination der verschiedenen Dienstleistungsanbieter übernehmen kann, wenn geeignete Strukturen im Gesundheitssystem geschaffen werden würden.⁹

Zunächst legt das zweite Kapitel die Grundlagen von dem Konzept CM dar, welches auf dem Theoretischen Phasenmodell begründet ist. Ferner werden die verschiedenen, angewendeten Instrumente von CM erläutert. Der Frage nachgehend, ob CM in Deutschland gewollt ist, werden die rechtlichen Rahmenbedingungen dargelegt.

Diesem Kapitel folgend, wird in das gängige deutsche Hebammenwesen eingeführt. Neben der Vermittlung von grundlegenden Kenntnissen über den Berufsstand, Arbeitsweisen und rechtliche Bedingungen, findet eine Bezugnahme der Hebammentätigkeit zum CM Konzept durch Anwendungsbeispiele statt. Da dem Anspruch nach einer zielorientierten und frauenspezifischen Versorgung vorrangig Beachtung geschenkt wird, wird der Frage nachgegangen, was sich Frauen konkret von der Betreuung während der Schwangerschaft, unter der Geburt und im Wochenbett wünschen. Diese Fragestellung beantwortete in den 90er Jahren in Großbritannien der Winterton-Report, der zu einer Neustrukturierung der britischen Versorgungslandschaft geführt hat. Exemplarisch wird dieser vorgestellt.

Im vierten Kapitel wird nun fiktiv über die Hebamme als Case Managerin nachgedacht. Dabei wird das vorher vermittelte Wissen verknüpft, auf seine Parallelen hin geprüft und modellhaft in eine Beziehung gebracht.

Abgerundet wird diese schriftliche Arbeit mit einem persönlichen Fazit.

Diese Facharbeit diskutiert nicht den Punkt, ob das Berufsbild der Hebamme mit dem Berufsbild der Case Managerin korreliert oder ob es sich grundsätzlich ausschließt. Auch leistet diese Ausführung keinen kritischen Blick über das neu ent-

⁶ Vgl. Porter, M. (2004)

⁷ Vgl. Sayn-Wittgenstein, F. zu (2007)

⁸ Vgl. Bund Deutscher Hebammen (BDH) (2006), heißt seit 10/2008 Deutscher Hebammenverband e.V. (DHV)

⁹ Vgl. Weskamm, A. (2007)

standene Berufsfeld der Hebamme als Case Managerin. Es wird von einem harmonisierenden Selbstverständnis ausgegangen.

Ziel dieser Ausarbeitung ist es darüber hinaus, dass die Leserin oder der Leser Denkanstöße zu einem neuen, innovativen Versorgungsmodell bekommt. Bestmöglich dient dieser Beitrag als Diskussionsgrundlage unter den Akteuren des Gesundheitswesens.

Teil A: Case Management

2 Definition

2.1 Allgemeine Begriffserklärung

Bis heute gibt es keine einheitliche, sondern eine Vielzahl an Definitionen für „*Case Management*“.¹⁰ Auch ist die Berufsbezeichnung „*Case Managerin und Case Manager*“ nicht gesetzlich geschützt.¹¹ Pape et al. (2008) weisen darauf hin, das CM¹² als relativ neues Anwendungsfeld im Gesundheitswesen sich im Entwicklungsprozess befindet.¹³ Den maßgeblich begleitend, verabschiedete die „*Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management (DGCC)*“ 2003 erstmalig Standards und Richtlinien für die Weiterbildung¹⁴ zur zertifizierten Case Managerin und Case Managers. Letztmalig wurden diese im März 2009 geändert. Als vorrangiges Ziel wird die >>*Rollenklarheit als Case Managerin oder Manager*<< benannt.¹⁵ Pape et al. (2008) betonen aber, dass CM >>[...]*die Gesamtheit der Personen und Funktionen meint, die das Handlungskonzept Case Management auf der Organisations-ebene umsetzen [...] lassen*<<.¹⁶ Verschiedene Definitions- und Erklärungsversuche von CM gibt die Literatur wieder. Übereinstimmend sehen aber die Autoren folgende Aspekte für grundlegend, wenn CM angewendet wird: „Case Management soll die Prozessabläufe im Gesundheits- und Sozialwesen durch Kooperation, Koordination und Transparenz aller im Behandlungsverlauf Beteiligten optimieren. Dabei obliegt der Case Managerin oder dem Case Manager die individuelle Planung und die Verantwortung des ergebnisorientierten Betreuungsverlaufs innerhalb des Systems in Absprache mit der Klientin oder dem Klienten.“¹⁷ Die Klientin oder der Klient wird als abgegrenzter Fall, Case, gesehen. Ferner sollen die Klienten durch Informationsweitergabe zur Verantwortungsübernahme befähigt werden.

¹⁰ Vgl. Pape, R. et al. (2008)

¹¹ Vgl. Weskamm, A. (2007)

¹² Case (engl.): Fall, Management: planvolles, adaptives, flexibles Handeln (vgl. Schwartz F. W.; Wismar, M. (1998))

¹³ Vgl. Pape, R. et al. (2008)

¹⁴ Weiterbildung baut auf eine berufliche Ausbildung / Berufstätigkeit auf und endet mit einem Abschlusszertifikat; Vgl. Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (1993), S. 1032

¹⁵ Vgl. DGCC (2009), S. 2

¹⁶ Vgl. Pape, R. et al. (2008), S. 13

¹⁷ Im Einsatzbereich Case Management ist *Klient* die universelle Bezeichnung. Verstanden wird darunter der Leistungsempfänger. Ausgehend von diesem Verständnis wird Klientin / Klient synonym zu Patientin / Patient gebraucht (vgl. Pape, R. et al. (2008)); im hebammenspezifischen Teil entspricht die Klientin entweder der Schwangeren, Gebärenden oder Wöchnerin.

Berücksichtigt wird während des ganzen Prozesses der gerechtfertigte Einsatz vorhandener Ressourcen. CM soll sektorübergreifend agieren und die Schnittstellenproblematik zwischen ambulantem und stationärem Bereich und der Rehabilitation lösen. Es wird darüber hinaus zwischen Fall- und Systemmanagement unterschieden.“¹⁸

Was bedeutet dieser Begriffserklärungsversuch angewendet auf das deutsche Hebammenwesen?

2.2 Hebammenspezifische Begriffserklärung

Basierend auf dem Verständnis, dass Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und die Stillzeit physiologische, gesunde und vitale Vorgänge im Leben einer Frau sind, bietet die Hebamme ihre Leistungen im ambulanten und stationären Setting an.¹⁹ In Deutschland finden die Schwangerenbetreuung und das Wochenbett überwiegend im ambulanten Sektor statt, hingegen wird für die Geburt in 98,3% der Fälle die Klinik aufgesucht.²⁰ Ausgehend von dieser Tatsache ist es in Deutschland gängig, dass Schwangere bis zum Ende der Stillzeit beide Sektoren, den ambulanten sowie den stationären Bereich und damit verschiedene Leistungsanbieter²¹ in Anspruch nehmen.²² Jeder Übergang vom ambulanten zum stationären Sektor, bzw. vom stationären ins häusliche Umfeld unterbricht die Betreuungskontinuität der Klientin. Da in Deutschland weitestgehend diese beiden Bereiche abgegrenzt voneinander existieren, kann es zu Informationsverlusten, einhergehend mit Fehl-, Unter- und Überversorgung, bei der Inanspruchnahme von beiden Sektoren kommen. Es wird von einer Schnittstellenproblematik gesprochen. Im Falle der Schwangerschaft bis ins Wochenbett wird innerhalb kürzester Zeit zwischen den

¹⁸ Erklärungsversuch der Verfasserin in Anlehnung an: Kreft, D. (2005); Pape, R. et al. (2008); Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007); Wendt, W. R. (2003); Weskamm, A. (2007)

¹⁹ Der Leistungsumfang von Beginn der Schwangerschaft bis zur Mutterschaft durch die gesetzliche Krankenkassen wird in der Reichsversicherungsordnung (RVO) §§ 195 - 200 von 1911 geregelt. Darüber hinaus umfasst der § 4 des Hebammengesetzes (HebG) die einseitige Hinzuziehungspflicht. Verstanden wird darunter, dass Ärztinnen und Ärzte sich verpflichten zu jeder Geburt, unabhängig vom Geburtsmodus, eine Hebamme hinzuzuziehen. Hingegen obliegt Hebammen das Recht normal verlaufende Geburten alleine und selbstständig auszuführen (vgl. Sayn-Wittgenstein, F. zu (2007), S. 35; vgl. RVO (1911); vgl. HebG (1985)).

²⁰ Vgl. Statistische Bundesamt Deutschland (www.destatis.de_Zahl der Woche Nr. 032 vom 12.08.2008) [eingesehen am 04.07.2009 um 10.12 Uhr]

²¹ Die Begriffe Gesundheitsanbieter, Leistungsanbieter und Leistungserbringer werden synonym verwendet und bezeichnen alle im Gesundheitswesen tätigen Heilberufe.

²² Vgl. Bund Deutscher Hebammen e.V. (BDH) (2006)

beiden Bereichen gewechselt. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007) konstatiert dem deutschen Gesundheitssystem allgemein eine *>>unzureichend sektorübergreifende Versorgung<<* und einem *>>Mangel an interdisziplinären und flexiblen Versorgungsstrukturen<<*.²³ Bezogen auf den Prozessbogen Schwangerschaft bis zum Ende der Stillzeit²⁴ besteht demnach die Gefahr der Fragmentierung von Versorgungsleistungen und dem Missachten des Wunsches seitens der Klientin nach Betreuungskontinuität.²⁵ Hebammen verfügen über das Wissen und die Kompetenz, während des gesamten Prozesses von Beginn der normalen Schwangerschaft bis zum Ende der Stillzeit alleinig oder in Kooperation die Klientinnen zu betreuen.²⁶ Wird CM als *>>[...] bessere Fallführung über die Sektorengrenze hinweg [...]<<*²⁷ verstanden, bei der eine zielorientierte und individuelle Begleitung während des Betreuungsprozesses der Klientin durch Kooperation und Kommunikation der Gesundheitsanbieter erreicht werden soll, sollte über die Hebamme als Case Managerin während des Betreuungsbogens Schwangerschaft bis Ende der Stillzeit diskutiert werden.²⁸ Schmid et al. (2008) heben hervor, dass im Case Management ein *>>[...] tiefes und fundiertes Wissen<<* in dem jeweiligen Bereich erforderlich ist, damit stattfindende Abläufe, Diagnostiken und Beratungen geleistet werden können.²⁹ Ferner betont Sayn-Wittgenstein (2007), dass der Betreuungsbogen als Prozess gesehen werden muss, der aufeinander aufbaut und sich gegenseitig bedingt. Die Lebensphasen von Schwangerschaft bis zum Wochenbett können weder zeitlich noch von ihren einflussnehmenden Faktoren losgelöst voneinander gesehen werden.³⁰ Zusammenfassend lässt sich belegen, dass der Berufsstand der Hebamme über ein Verständnis der stattfindenden Abläufe während der Schwangerschaft bis zum Ende der Stillzeit verfügt, Kompetenzen und Erfahrungen bei der ambulanten sowie bei der stationären Betreuung einer Frau hat, interdisziplinär mit Ärztinnen und Ärzten und anderen Berufsgruppen kooperiert und von der Klientin als Fachperson verstanden wird.

²³ Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007), S. 19

²⁴ Richtigerweise müsste der Prozessbogen bei der Familienplanung anfangen, da aber keine Gebührenposition in Deutschland für Hebammen die Beratung während der Familienplanung regelt, orientiert sich diese Ausarbeitung ab Beginn der Schwangerschaft (vgl. Horschitz, H. (2005))

²⁵ Vgl. Porter, M. (2004)

²⁶ Vgl. Bund Deutscher Hebammen (BDH) (2006)

²⁷ Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007), S. 24

²⁸ Der Betreuungsbogen in dieser Arbeit umfasst die Lebensphasen von Familienplanung, Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit (vgl. hierzu Sayn-Wittgenstein, F. zu (2007), S. 24).

²⁹ Vgl. Schmid, E. et al. (2008), S. 27f.

³⁰ Vgl. Sayn-Wittgenstein, F. zu (2007), S. 196

Demnach könnte die Hebamme für einen reibungslosen Übergang zwischen den Sektoren sorgen, eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Versorgung sicherstellen und die Koordination der verschiedenen Dienstleistungsanbieter übernehmen.³¹ Dem ergänzend empfiehlt der Sachverständigenrat (2007) CM an die Pflegeberufe oder anderen entsprechenden Berufsgruppen zur Entlastung der Ärzteschaft anzuschließen.³² Weiterführend wird CM im Allgemeinen behandelt, bevor das erlangte Wissen mit dem Hebammenwesen verknüpft wird.

3 Entstehung

Seinen Ursprung hat das Modell CM in den 70er und 80er Jahren der amerikanischen Sozialen Arbeit. Es wurde entwickelt, da die Neustrukturierung der sozialen und gesundheitlichen Versorgung für die amerikanische Bevölkerung nicht gekannte Probleme mit sich brachte. Vermehrt sollte der stationäre Sektor abgebaut und der ambulante Bereich durch regionale Anbieter aufgebaut werden. So wurden insbesondere psychisch Erkrankte und geistig Behinderte aus ihren Heimen ins häusliche Umfeld entlassen. Die weitere Betreuung sollte durch die ambulanten Dienstleister gesichert werden. Die Eigenorganisation der sinnvollen Behandlungserbringer gestaltete sich schwierig, da eine unorganisierte, intransparente Anbieterlandschaft die Folge der Enthospitalisierung war. Dem entgegenzuwirken wurden mithilfe von verschiedenen gesetzlichen Rahmenbedingungen Programme verabschiedet, die CM zur Leitmethode wählten.³³ Nach der erfolgreichen Implementierung von CM in der Sozialen Arbeit und aufgrund des wachsenden Drucks der Finanzierbarkeit des Gesundheitswesens der USA, übernahm die professionelle Krankenpflege im stationären Setting das Modell. Es wurde ein Modell der kontinuierlichen und integrierten Versorgung der Patienten von der Aufnahme bis hin zur Entlassung entwickelt. Ziel war auch hier, trotz Kostensenkung die Qualität der Behandlung zu erhalten, bestenfalls zu steigern.³⁴ Mehrheitlich richtete sich demnach die CM-Strategie an die Betreuung von High-Cost-Patientinnen und -Patienten, wie z.B. bei chronischen Krankheiten.³⁵ Die *Nurses* forderten die Tätigkeit des CM für sich ein und entwickelten den Ansatz weiter.³⁶

³¹ Vgl. Weskamm, A. (2007)

³² Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007), S. 24

³³ Vgl. Klug, W. (2003)

³⁴ Vgl. Wendt, W. R. (2001)

³⁵ Vgl. Weskamm, A. (2007), S. 19

³⁶ Vgl. Wendt, W. R. (2001)

Durch die steigende Finanzierungsfrage des Gesundheitssystems in Deutschland wurden verschiedene Gesetze und Rahmenbedingungen erlassen, die eine Neustrukturierung des Gesundheitswesens initiieren sollen. Erfolgreich angewendete Modelle aus anderen Ländern erhalten zunehmend Beachtung und werden auf ihre Zweckmäßigkeit hin geprüft.

4 Ebenen von Case Management

CM unterteilt sich in Fall- und Systemmanagement. Dabei ist es wichtig zu verstehen, auf welcher Ebene CM in der jeweiligen Situation am sinnvollsten agieren soll, um sein Potential optimal einzusetzen.

4.1 Fallmanagement

Als Fallmanagement wird die methodische Anwendung des Handlungskonzeptes Case Management auf der personalen Ebene (Mikroebene) verstanden. Unter Anwendung des theoretischen Phasenmodells, welches nachfolgend explizit beschrieben wird, kommen folgende Schritte, wie Intake, Assessment / Zielvereinbarung, Service-Planing / Hilfeplanung, Monitoring / Koordination, Re-Assessment / kontrollierte Durchführung und Evaluation / Rechenschaftsablegung beim Fallmanagement zum Einsatz, damit die Begleitung der Klientin oder des Klienten durch die Case Managerin oder den Case Manager geplant werden kann.³⁷ Hierbei wird der Fall, im Englischen *Case*, als abgegrenzter, individueller Sachverhalt³⁸ verstanden. Ziel ist eine individuelle Begleitung der Klientin oder des Klienten unter fortlaufender Fallbeobachtung und die Organisation und Koordination einer optimalen Behandlung.³⁹ Die Systemebene bleibt beim Fallmanagement überwiegend unberücksichtigt.⁴⁰

4.2 Systemmanagement

Oftmals wird der Begriff Care Management für die Anwendung von CM auf der Systemebene verwendet.⁴¹ Wendt (2004) skizziert die Anwendung von CM auf der Systemebene wie folgt. Er versteht unter CM auf der Makroebene den politischen

³⁷ Vgl. Löcherbach, P. (2003)

³⁸ Wendt, W. R. (2004) vertritt die Ansicht, dass nicht die Person „der Fall“ ist, sondern berücksichtigt alle Determinanten, die die Person beeinflusst. Demnach muss auf das Verhalten und die Verhältnisse gleichermaßen geschaut werden.

³⁹ Vgl. Weskamm, A. (2007), S. 436

⁴⁰ Vgl. Löcherbach, P. (2003)

⁴¹ Vgl. Pape, R. et al. (2008), S. 18

Auftrag, an das Sozial- und Gesundheitswesen, rechtliche Rahmenbedingungen für CM zu schaffen. Dabei betont er, dass gerade die Gesundheitspolitik CM als Chance sieht kostendeckend, patientenorientiert und ressourcenschonend zu arbeiten. Die Anweisungen von der Makroebene werden strategisch in Organisationen auf der Mesoebene umgesetzt.⁴² Es gibt auch ein nicht fallbezogenes CM auf der Systemebene. Als Beispiel hierfür dient die Überwachung und Prüfung der Krankenhausbelegung und –auslastung, mithilfe von Verweildauer und Fallzahlen. In dieser Tätigkeit hat die Case Managerin oder der Case Manager ausschließlich Kontakt zu Klinikdirektoren, Pflegeleitungen und dem Betriebscontrolling. Die persönliche Verbindung zu Klienten besteht indes nicht.⁴³

4.3 Zusammenfassung

Fall- und Systemmanagement bedingen sich gegenseitig und können nicht voneinander getrennt betrachtet werden. Das heißt, dass ein effizientes und effektives Fallmanagement nur auf Basis eines optimal funktionierenden Systems stattfindet. Hingegen gibt die Anwendung von CM auf der Mikroebene Impulse an die Meso- und Makroebene. Für eine erfolgreiche Anwendung von CM ist demnach der direkte Kontakt mit der Klientin oder dem Klienten als auch die Vernetzung unter den Leistungserbringern vonnöten. Es wird demnach auf der Mikro-, Meso-, und Metaebenen gleichermaßen agiert.⁴⁴

Kommende wichtige Gesetze und Reformen ebneten den Weg für das CM Modell in Deutschland.

5 Rechtliche Rahmenbedingung

Folgend werden ausschließlich für diese Ausarbeitung relevante Gesetzesänderungen und –reformen erwähnt.

5.1 Gesundheitsstrukturgesetz – GSG

Das Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheitsstrukturgesetz - GSG) von 1992⁴⁵ leitete durch verordnete Sparmaßnahmen erstmals strukturverändernde Schritte, insbesondere auf der Orga-

⁴² Vgl. Wendt, W. R. (2004)

⁴³ Vgl. Roland, C. (2008)

⁴⁴ Vgl. Pape, R. et al. (2008), S. 18

⁴⁵ Vgl. Gesetzesbeschluss des Deutschen Bundestages: Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheitsstrukturgesetz) (1992)

nisationsebene für Krankenhäuser und Krankenkassen, ein.⁴⁶ Klinke (2003) zitiert Wasem, der dieses Gesetz als eine >> *Zäsur in der Gesundheitspolitik*<< sieht.⁴⁷ Am 01.01.1993 trat eine Ergänzung des GSG in Kraft, welches insbesondere den Ausgabenanstieg der GKV begrenzen sollte. Durch geänderte Finanzierung stationärer Leistungen wurde das Ende des Selbstkostendeckungsprinzips des Krankenhauswesens besiegelt.⁴⁸ Es wurde offensichtlich, dass gerade geburtshilfliche Abteilungen kleinerer Krankenhäuser zu dem Zeitpunkt nicht rentabel arbeiteten, was Umstrukturierungen oder Schließungen zur Folge hatte.⁴⁹ Nennenswert ist auch die Eröffnung von ambulanten Leistungen im stationären Setting, wie z.B. das ambulante Operieren im Krankenhaus, welche eingeführt wurde. Damit wurde die bisher strikte sektorale Trennung aufgebrochen.⁵⁰

5.2 GKV - Gesundheitsreformgesetz - GRG

Zum 01. Januar 2000 trat das GKV-Gesundheitsreformgesetz (GRG2000) von 1999 in Kraft. Neu eingeführt wurde das Hausarztmodell, in dem der Allgemeinmediziner in seiner „Lotseneigenschaft“ Doppel- und Mehrfachuntersuchungen verhindern soll.⁵¹ Integrierte Versorgung durch Vernetzung zwischen den niedergelassenen Ärzten untereinander und den Krankenhäusern sollte durch die Einführung des § 140 a-h Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) zunehmend gefördert werden.⁵² Ferner wurde als Stichtag für die Einführung eines neuen Vergütungssystems der 01.01.2003 festgesetzt. Entwickelt werden sollte bis dahin ein leistungsorientiertes, transparentes und wirtschaftliches Fallpauschalensystem in Anlehnung an das AR-DRG-System (Australian Refined Diagnosis Related Groups-System).⁵³ Dieses ökonomische Klassifikationssystem soll(te) die Krankenhauskosten dämpfen.⁵⁴ Weitere wichtige Neuerungen waren die Einführung zur Verpflichtung zur Qualitätssicherung und die Stärkung der Patientenrechte.⁵⁵

⁴⁶ Vgl. Hejda, M.; Stenz, G. (2002)

⁴⁷ Vgl. Klinke, S. (2003), S. 41 zitiert nach Wasem, J. (1998),

⁴⁸ Vgl. ebd.

⁴⁹ Vgl. Korporal, J.; Dangel-Vogelsang, B. (2000)

⁵⁰ Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007)

⁵¹ Vgl. Klinke, S. (2003)

⁵² Vgl. Schmid, E. et al. (2008)

⁵³ Vgl. Klinke, S. (2003)

⁵⁴ Vgl. Sayn-Wittgenstein, F. zu (2007), S. 152

⁵⁵ Vgl. Rachold, U. (2000)

5.3 Fallpauschalengesetz - FPG

Das Fallpauschalengesetz 2002 (FPG) besagt, dass ab dem 01.01.2003 das G-DRG-FPn-System (German Diagnosis Related Groups – diagnose orientierte Fallpauschalen-System) in Kraft treten sollte. Innerhalb eines Jahres mussten die Krankenhäuser ihr Abrechnungssystem umstellen.⁵⁶ Einfluss hat die Einführung der G-DRG insbesondere auf den Faktor Zeit genommen. Die zu vergütende Liegezeit eines Patienten wird anhand der Diagnose mithilfe eines Logarithmus errechnet. Weder der Patient selbst noch das Krankenhaus haben auf die empfohlene und damit kostenbegleichende Verweildauer einen Einfluss. Als Folge der G-DRG geht eine Verkürzung des Krankenhausaufenthaltes einher.⁵⁷ Die frühzeitige Entlassung führt zu einer Verdichtung der Behandlungsprozesse im stationären Bereich einerseits und zu einer häuslichen Weiterbetreuung in einem frühen Stadium im häuslichen Umfeld andererseits. Beide Aspekte machen eine Optimierung und Koordination der Prozesse vonnöten.⁵⁸ Sayn-Wittgenstein (2007) stellt vielseitig dar, was die Einführung der G-DRG für das Hebammenwesen bedeutet. Stellenabbau der Hebammenplanstellen, was zu Mehrarbeit und Überstunden von den übrigen angestellten Hebammen führt. Die normale physiologische Geburt ist laut G-DRG ein kostengünstigerer Fall, der für Krankenhäuser unwirtschaftlich ist. Sie sieht dadurch die Gefahr der Pathologisierung von Geburtsprozessen und die gesteigerte Anwendung der Geburtsmedizin, die mit kostenträchtigeren G-DRG beziffert ist. Zugleich führt sie die Tatsache an, dass die Neugeborenenbetreuung erst eine eigene G-DRG nach Ablauf von 24 Stunden bekommt. Dies hat zu einer Reduzierung von Entlassungen bis 6 Stunden nach der Geburt (ambulante Geburt) einerseits geführt. Andererseits wurde ein Anstieg bei frühzeitigen Entlassungen von unkompliziert verlaufenden Wochenbetten ins ambulante Setting nach einem Tag beobachtet. Aufbauend auf diesem Hintergrund konstatiert Sayn-Wittgenstein (2007), dass *>>eine flächendeckende Vernetzung stationärer und ambulanter Betreuung durch Hebammen immer dringlicher [..]<<* wird.⁵⁹ Diese Bewertung deckt sich mit den Empfehlungen des Statistischen Bundesamtes Deutschland. Ihrer Analyse entsprechend, hat sich die Verweildauer der jungen Mütter nach spontaner Geburt von 5,0 Tagen im Jahr 1997 auf 3,3 Tage im Jahr 2006 verkürzt. Die frühzeitige Entlas-

⁵⁶ Vgl. Klinke, S. (2003)

⁵⁷ Vgl. Thiry, L.; Pape, R. (2008), S. 29

⁵⁸ Vgl. ebd.

⁵⁹ Vgl. Sayn-Wittgenstein, F. zu (2007), S. 152ff.

sung impliziert einen verstärkten Betreuungsbedarf im häuslichen Umfeld durch ambulant arbeitende Hebammen. Es wurde ein Wachstum von rund 2000 Stellen in der ambulanten Gesundheitsversorgung zwischen 1997 bis 2006 verzeichnet.⁶⁰ Im 2. Fallpauschalenänderungsgesetz 2007 wurde die Selbstverwaltung der Hebammen beschlossen. Der §134a SGBV legitimisiert den Vertragsabschluss zwischen den Hebammenverbänden und den gesetzlichen Krankenversicherungen.⁶¹

5.4 GKV-Modernisierungsgesetz - GMG

Zum 01.01.2004 wurde das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) verabschiedet. Wesentliche Neuerungen waren die Verbesserungen und Weiterentwicklungen der Integrierten Versorgung, die Möglichkeit von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) und eine Teilöffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung.⁶² Ferner wurde das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) zum 01. Juni 2004 gegründet. Ziel dieser Reform war ein *>>Aufbrechen starrer historisch gewachsener Strukturen<<*.⁶³

5.5 GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG

2007 wurde das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG) verabschiedet. Der § 11 im Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) wurde um den Abs.4 wie folgt erweitert: *>>Versicherte haben Anspruch auf ein Versorgungsmanagement insbesondere zur Lösung von Problemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche. Die betroffenen Leistungserbringer sorgen für eine sachgerechte Anschlussversorgung des Versicherten und übermitteln sich gegenseitig die erforderlichen Informationen<<*.⁶⁴ Im allgemeinen Teil des GKV-WSG wird unter der Schnittstellenproblematik unterbrochenen Behandlungsabläufen einhergehend mit verschwendeten Finanzmitteln verstanden.⁶⁵ Pape et al. (2008) folgern aus dem §11 SGB V, dass CM *>>politisch gefordert und gesetzlich festgeschrieben<<* ist.⁶⁶

⁶⁰ Vgl. Statistische Bundesamt Deutschland (www.destatis.de _Zahl der Woche Nr. 032 vom 12.08.2008) [eingesehen am 04.07.2009 um 10.27 Uhr]

⁶¹ Vgl. Sayn-Wittgenstein, F. zu (2007)

⁶² Vgl. Schmid, E. et al. (2008), S. 16

⁶³ Vgl. Klinke, S. (2003), S. 52

⁶⁴ Gesetzesbeschluss des Deutschen Bundestages: GKV-WSG (2007) §11 Abs. 4 SGBV

⁶⁵ Vgl. Schmid, E. et al. (2008), S. 18

⁶⁶ Vgl. Pape, R. et al. (2008), S. 19

6 Theoretisches Phasenmodell von Case Management

Folgend werden die sechs Phasen von CM auf der Einzelfallebene, die bei dem Kapitel zu Fallmanagement schon kurz genannt wurden, erläutert. Dabei verwenden auch hier die Autoren ungleiche Begrifflichkeiten oder es besteht vereinzelt eine unterschiedliche Detailgestaltung der einzelnen Phasen. Insbesondere lehnen sich Ostgathe und Düsterdiek (2008) an Wissert (2006) an und ergänzen den CM Regelkreis um eine Vorphase bestehend aus Outreaching – Case Finding – Intake.⁶⁷

6.1 Outreaching / Case Finding / Intake

Unter Outreaching wird die Bereitstellung von Informations- und Beratungsstellen verstanden. Der Zugang für die Klientin und dem Klienten muss gesichert sein, damit das Angebot überhaupt angenommen wird.⁶⁸

Case Finding verspricht in diesem Zusammenhang, dass für die Gesundheitsdienst-nachfragenden das passende Angebot, Hilfsmittel und die zielgerichtete Maßnahme offeriert wird. Schon beim Erstkontakt wird geprüft, ob der angebotene Dienst auch mit den Bedürfnissen und Bedarfen der Klientin oder des Klienten übereinstimmt.⁶⁹

Das Intake steht für den eigentlichen Betreuungsbeginn zwischen Case Managerin oder Case Manager und der Klientin oder des Klienten. Intake wird auch mit der *>>Identifikation des Falles<<*⁷⁰ erklärt. Die Klientin oder der Klient gibt nach ausführlicher Aufklärung über CM sein Einverständnis zum CM. Die Case Managerin oder der Case Manager prüft mithilfe einer Kurzanamnese die Anwendung des methodischen Handlungskonzepts CM für diese individuelle Fragestellung.⁷¹

6.2 Assessment / Zielvereinbarung

Wurde die weitere Begleitung durch CM von beiden Parteien als sinnvoll erachtet, beginnt die „kritische Bewertung“, das sog. Assessment. Ziel des Assessments ist die *>>individuelle und ganzheitliche Einschätzung der Frau⁷² und ihrer Lebensum-*

⁶⁷ Vgl. Ostgathe Ch., Düsterdiek, A. (2008) S. 74, zitiert nach Wissert (2004)

⁶⁸ Vgl. ebd.

⁶⁹ Vgl. ebd.

⁷⁰ Vgl. Weskamm, A. (2007), S. 436

⁷¹ Vgl. Wetzel, A. (2008)

⁷² Da Weskamm, A. (2007) im Hebammenforum Case Management als Handlungskonzept für Familienhebammen vorstellt, spricht sich ausschließlich im generischen Feminina, die maskuline Form kann problemlos subsumiert werden.

stände<<.⁷³ Weskamm A. (2007) fokussiert das Assessment auf die Klärung, Beschreibung, Einschätzung und Bewertung der individuellen Situation.⁷⁴ Gleichermaßen wichtig für die Case Managerin oder den Case Manager ist neben der Risikoermittlung die Ressourcenidentifikation.⁷⁵ Erstmals erfolgt die Einschätzung durch die Case Managerin oder den Case Manager nach vorhergehender Sichtung der bisher erhobenen Daten auf Vollständigkeit. Unstimmige oder ausstehende Befunde müssen mit der Klientin oder dem Klienten und dem Behandler geklärt werden.⁷⁶ Die gesammelten Informationen geben Aufschluss über den objektiven Bedarf (Needs) und dem persönlichen Bedarf (Demands). Im Gespräch wird nun eine vorläufige Zielvereinbarung vereinbart, die >>*realistisch, konkret und terminbezogen*<< formuliert sein soll.⁷⁷

6.3 Service-Planing / Hilfeplanung

Auf Grundlage der Zielvereinbarung wird nun konkret die „Hilfe“ durch die Case Managerin oder den Case Manager geplant. Dafür tritt sie oder er in direkten Kontakt mit den einzelnen Gesundheitsanbietern, terminiert die Leistungen und leitet die notwendigen Daten weiter. Dies geschieht in Absprache mit der Klientin oder dem Klienten. Während dieser Phase agiert die Case Managerin oder der Case Manager auch auf der Systemebene, da die Angebote auf der Mesoebene geprüft werden. Die Case Managerin oder der Case Manager orientiert sich an standardisierten Behandlungspfaden oder Vergütungssystemen.⁷⁸

6.4 Monitoring / Intervention

Die Case Managerin oder der Case Manager überwacht nun die einzelnen Behandlungsschritte zwischen den Gesundheitsanbietern und der Klientin oder dem Klienten. Dabei koordiniert sie die Leistungen und die Zusammenarbeit der einzelnen Berufsgruppen und sorgt für einen transparenten, effizienten und zielgenauen Behandlungsverlauf und sammelt die erhobenen Daten.⁷⁹ In sog. „Briefings“ mit allen am Behandlungsprozess Beteiligten wird der Versorgungsplan geprüft und gegebenenfalls angepasst. Bei Abweichungen vom Behandlungspfad tritt die Case Mana-

⁷³ Vgl. Weskamm, A. (2007), S. 436

⁷⁴ Vgl. ebd.

⁷⁵ Vgl. Roland, C. (2008)

⁷⁶ Vgl. Wetzel, A. (2008)

⁷⁷ Vgl. Weskamm, A. (2007), S. 437

⁷⁸ Vgl. Roland, C. (2008)

⁷⁹ Vgl. Weskamm, A. (2007)

gerin oder der Case Manager in den Dialog mit den verantwortlichen Stellen. Während der Phase des Monitorings identifiziert die Case Managerin oder der Case Manager Mängel auf der Systemebene. Freigelegte Defizite werden an Entscheidungsträger weitergeleitet, damit ein Organisationsentwicklungsprozess angestoßen werden kann.⁸⁰

6.5 Re-Assessment / Kontrolle

Ein Re-Assessment findet dann statt, wenn während des Behandlungsverlaufs gravierende Veränderungen eingetreten sind, die eine neue Zieldefinition nötig machen. Treten in diesem Zusammenhang Fragen zur Kostenübernahme oder Förderung durch öffentliche Mittel auf, sucht die Case Managerin oder den Case Manager den Kontakt zu den notwendigen Stellen.⁸¹

6.6 Evaluation / Rechenschaftsablegung

In einem persönlichen Gespräch mit der Klientin oder dem Klienten reflektiert die Case Managerin oder der Case Manager die stattgefundene Betreuung während des Behandlungsverlaufs. Dieses Abschlussgespräch sollte Aufschluss über die Zielerreichung und den aktuellen Ist-Zustand der Klientin oder des Klienten geben.⁸² Damit die Wirksamkeit der Betreuung durch CM eingeschätzt werden kann, ist es wichtig eindeutige Kriterien im Vorfeld zu definieren.⁸³ Das Abschlussgespräch beendet die Prozessbegleitung durch die Case Managerin oder den Case Manager. Wendt (2004) ergänzt dieses Phasenmodell noch mit einem kontinuierlich stattfindenden „Screening“, der ein schnelles Eingreifen durch die Case Managerin oder den Case Manager bei Bedarf ermöglicht.⁸⁴ Dieses Phasenmodell unterstreicht die am Prozess ausgerichtete CM-Methode.

7 Instrumente des Case Managements

CM hat zum Ziel, die Klientin oder den Klienten optimal durch das fragmentierte deutsche Gesundheitssystem zu steuern. Damit der Klientin oder dem Klienten ein für sich individuelles, ressourcenförderndes und zielorientiertes Konzept bereitgestellt wird, welches Anspruch auf Effizienz, Effektivität und Qualität erhebt, ist die

⁸⁰ Vgl. Roland, C. (2008)

⁸¹ Vgl. Wetzel, A. (2008)

⁸² Vgl. ebd.

⁸³ Vgl. Weskamm, A. (2007)

⁸⁴ Vgl. Wendt, W. R. (2004)

konzertierte Aktion zwischen den Leistungsbringern unerlässlich. Dafür wendet die Case Managerin oder der Case Manager die Instrumente der Vernetzung, der Kooperation, der Koordination, der Kommunikation⁸⁵ und der Informationsverwaltung⁸⁶ an.

7.1 Kooperation / Vernetzung

Den Stellenwert von Kooperation im Gesundheitswesen verdeutlicht auch das Schwerpunktthema des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen in seiner Expertise 2007. Unter dem Titel „*Kooperation und Verantwortung – Voraussetzung einer zielorientierten Gesundheitsversorgung*“⁸⁷ bekräftigt der Sachverständigenrat, dass Zusammenarbeit der Leistungserbringer untereinander und mit den Patienten und die Koordination der Leistungen zu einer >>[...] optimalen Ressourcenallokation im Gesundheitswesen<< führt.⁸⁸ Doch was wird unter Kooperation verstanden? Bea und Haas (2001) verstehen unter Kooperation schlicht und einfach >>[...] die Zusammenarbeit zwischen mehreren Unternehmen [...]<<.⁸⁹ Nach den Auffassungen von Schwartz und Wismar (1998) müssen die Beteiligten Verständnis über ihren eigenen eingeschränkten Kompetenzbereich haben, damit hierarchie- und grenzüberschreitend Vernetzung stattfinden kann.⁹⁰ Für die Bundesärztekammer (2006) ist dann eine Kooperation gelungen, wenn >> [...], unter einem gemeinsamen Ziel das eigene Arbeitsverhalten mit dem Arbeitsverhalten und den Arbeitsabläufen anderer<< abgestimmt wird.⁹¹ Schweitzer (1998) fasst den Begriff der Kooperation weiter, da seiner Ansicht nach auch professionell kooperiert wird, wenn keine Einigung über das zu erzielende Arbeitsergebnis besteht und die Kooperationsakteure keine Kenntnis voneinander nehmen. Er befürchtet, dass der Begriff „Kooperation“ ein >>[...] modisches Allerweltswort<< mit unterschiedlichen Definitionen geworden ist.⁹² Der gesetzliche Auftrag zur Zusammenarbeit und Koordination der Gesundheitsleistungen ist im §140b

⁸⁵ Vgl. Wendt, W. R. (2001), S. 83

⁸⁶ Vgl. Baumberger, J. (2001), S. 87

⁸⁷ Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007)

⁸⁸ Vgl. ebd., S. 11

⁸⁹ Vgl. Bea, F. X.; Haas, J. (2001), S. 419

⁹⁰ Vgl. Schwartz, F. W.; Wismar, M. (1998), S. 570

⁹¹ Vgl. Bundesärztekammer (2006)

⁹² Vgl. Schweitzer, J. (1998), S. 24; Er warnt davor, dass die allzu häufige und unüberlegte Verwendung des Wortes „Kooperation“ zu einer teilweise negativen Assoziation geführt hat. So vermutet er, dass die gemeinsam Verwendung der Wörter „Kooperation, Synergie und Konzentration“ zu Ängsten und Ablehnung bei den Adressaten führt (vgl. hierzu auch Schweitzer, J. (2000)).

Abs. 3 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) geregelt. Wörtlich steht geschrieben, dass >>[...] eine an dem Versorgungsbedarf der Versicherten orientierte Zusammenarbeit zwischen allen an der Versorgung Beteiligten einschließlich der Koordination zwischen den verschiedenen Versorgungsbereichen und einer ausreichenden Dokumentation, die allen an der integrierten Versorgung Beteiligten im jeweils erforderlichen Umfang zugänglich sein muss<< sicherzustellen ist.⁹³ Zur Förderung der Kooperationsbereitschaft der Gesundheitsanbieter argumentiert die Bundesärztekammer (2006) mit folgenden Aspekten. Sie fordert gegenseitigen Respekt unter den Leistungserbringern mit Wertschätzung der beruflichen und fachlichen Qualifikationen und einen ressourcenschonenden Umgang mit den personellen und finanziellen Mitteln. Dabei wird die patientenorientierte, ganzheitliche Versorgung in den Mittelpunkt gestellt. Eine zielorientierte, an den Bedürfnissen des Patienten angepasste Betreuung kann nur erreicht werden, wenn transparent die erbrachte Leistung dokumentiert und kommuniziert wird. Die Bundesärztekammer (2006) konstatiert aber dem Gesundheitssystem eine kooperationsfeindliche Ausrichtung, da unklare Verantwortungs- und Arbeitsbereiche unter den Gesundheitsfachberufen herrschen. Ferner bedienen sich die Professionen unterschiedlicher Sprach- und Denkmuster.⁹⁴ Dies ist begründet auf der verschiedenen Ausbildungsausrichtung.⁹⁵ Oftmals ist die Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Berufsgruppen konflikt- und spannungsgeladen. Der Sachverständigenrat mit folgender Empfehlung. Schon während der Ausbildung soll berufsübergreifende Zusammenarbeit gefördert werden. Die interdisziplinäre und –professionelle Ausrichtung des Berufes muss sich darüber hinaus auch in der Berufsbezeichnung widerspiegeln.⁹⁶ Wie kann aber gegenwärtig erfolgreich kooperiert werden? Schweitzer (2000) kommt zu dem simplen Ergebnis, dass sich die Zusammenarbeit für alle Beteiligten lohnen muss. Da oftmals es sich für einen der Beteiligten nicht lohnt, lehnt dieser die Kooperation schlichtweg ab.⁹⁷ Basierend auf dieser These rät er zu anspruchsrarmen Kooperationszielen, wie z.B. dass die Arbeit des anderen nicht zusätzlich

⁹³ Vgl. Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) § 140b Abs. 3

⁹⁴ Vgl. Bundesärztekammer (2006)

⁹⁵ Vgl. Bund Deutscher Hebammen (BDH) (2006)

⁹⁶ Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007), S. 25 & 27

⁹⁷ Dieser nutzenorientierte Ansatz entspricht der „homo oeconomicus“-Theorie, der dem Prinzip nach maximalen Gewinn bei minimalem Aufwand folgt (vgl. Korte, H. (2004), S.98)

erschwert wird.⁹⁸ CM ist angewiesen auf eine erfolgreiche Kooperation mit der Klientin oder dem Klienten auf der Mikroebene und den Leistungsanbietern, Organisationen und den politischen Entscheidungsträgern auf der Meso- und Metaebene. Dafür wendet die Case Managerin oder der Case Manager netzwerkfördernde Elemente an. Nach Ansicht von Wendt (2004) spielt *»prozedurale Fairness«* eine große Rolle. Einhergehend mit Offenheit und Transparenz mit- und untereinander, berücksichtigt Case Management alle Beteiligte, mit denen verbindliche Abmachungen getroffen werden. Die vorher gemeinsam entwickelten und vereinbarten Standards, bzw. Behandlungspläne sind bindend und unterstützen den Qualitätsanspruch.⁹⁹ Ergänzend zu dieser Forderung empfiehlt die Bundesärztekammer berufsübergreifende Fortbildungen.¹⁰⁰ Dabei würde auch ein Angleichen der Sprach- und Denkweise stattfinden. Damit jedoch Kooperationen unter den Gesundheitsanbietern stattfinden, bedarf es eines gesetzlichen Rahmens, der gelingende Kooperationen belohnt. Solange Parallel- und Mehrfachuntersuchungen keinerlei Konsequenz nach sich ziehen, fehlt der Anreiz gemeinsam und damit wirtschaftlich zu arbeiten.¹⁰¹ Schwartz und Wismar haben fünf Prinzipien benannt, auf denen eine gelungene Kooperation beruht. Sie fordern ein *»gemeinsames Leitbild, klare Rollen und Verantwortungsbereiche, klare Zuweisungen der Verantwortung und Rechenschaft bei gemeinsamen Arbeiten, Anreize und Belohnungen und Förderung und Management von grenzübergreifenden Netzwerken«*. Das CM hat nun die Aufgabe, diese benannten Grundlagen zu legen und zu erhalten.¹⁰² Synergieeffekte werden freigesetzt.

Kooperation bedingt und wird bedingt durch Koordination und Kommunikation, die nachfolgend erläutert werden.

7.2 Koordination

Koordination kommt aus dem Lateinischen und wird mit Zuordnung und gegenseitigem Abstimmen verschiedener Dinge übersetzt.¹⁰³ Dieser Definition folgend, wendet CM Koordination dazu an, dass Personen, Zeitpunkt, Leistung und Ort un-

⁹⁸ Vgl. Schweitzer, J. (2000), S. 168ff.

⁹⁹ Vgl. Wendt, W.R. (2004)

¹⁰⁰ Vgl. Bundesärztekammer (2006)

¹⁰¹ Vgl. Schweitzer, J. (2000), S. 179

¹⁰² Vgl. Schwartz, F. W., Wismar, M. (1998), S. 570

¹⁰³ Vgl. Duden – Band 5 (2005)

ter ökonomischen Gesichtspunkten abgestimmt und zugeordnet werden.¹⁰⁴ Dem deutschen Gesundheitssystem wurden Koordinationsprobleme in dem Commonwealth Fund International Health Policy Survey¹⁰⁵ von 2007 bescheinigt. Laut ihrer Ergebnisse führt Deutschland bei dem Punkt von Doppel- oder Mehrfachuntersuchungen durch unterschiedliche Ärzte bei Inanspruchnahme von den beiden Sektoren. Auf dem letzten Platz liegt Deutschland bei der Frage, ob der Patient einen direkten Ansprechpartner hat, der den Patienten mit seiner Krankheitsgeschichte kennt, die Untersuchungen koordiniert und der jederzeit leicht zu erreichen ist. Am häufigsten haben die deutschen Patienten die Frage verneint, ob ihr Hausarzt nach stationärem Aufenthalt über die dort stattgefundenene Behandlung bescheid wusste.¹⁰⁶ Dieses Ergebnis spiegelt auch die Hausarztseite wider. Parallel zu der Commonwealth Fund Studie wurden Hausarztbefragungen in den gleichen sieben Vergleichsländern, wie bei der Commonwealth Fund Survey, durchgeführt. Dabei gaben nur 4% der deutschen Hausärzte an, dass sie innerhalb von 48 Stunden die Entlassungspapiere vom Krankenhaus bekommen haben.¹⁰⁷ Folglich offenbaren die Ergebnisse Defizite bei der Koordination von Behandlungsleistungen und bei der Inanspruchnahme der verschiedenen Sektoren, die durch die Anwendung von CM gelöst werden sollen. An dieser Stelle muss aber betont werden, dass laut der Studienergebnisse die deutschen Patienten im Allgemeinen sehr zufrieden mit ihrer ärztlichen Versorgung, insbesondere mit den Hausärzten, sind und ihnen eine hohe Fachkompetenz bescheinigen. Ferner geben die Patienten an, dass ihnen bei Bedarf ein schneller Zugang zur medizinischen Versorgung bereitgestellt wird.¹⁰⁸ Koordinationsprobleme entstehen häufig dadurch, dass der Behandlungsverlauf in einzelne Prozesse unterteilt wird. Dies hat zur Folge, dass der einzelne Prozessabschnitt von unterschiedlichen Personen zu ungleichen Zeitpunkten bearbeitet wird. Dies führt i.d.R. zur Ressourcen-Fehlallokation. Dem auszuweichen ist die Anwendung von einer prozessorientierten Ablauforganisation hilfreich.¹⁰⁹ Dementsprechend sollte der Behandlungsverlauf von allen Beteiligten als Ganzes verstanden werden.

¹⁰⁴ Vgl. Koerdt, A. (2001)

¹⁰⁵ Der Commonwealth Fund International Health Policy Survey (2007) vergleicht sieben Länder: Australien, Neuseeland, Österreich, Niederlande, Großbritannien, Amerika und Deutschland miteinander. Insgesamt nahmen an der telefonischen Befragung mehr als 12.000 Erwachsene teil. Schwerpunktmäßig wurden Fragen nach der Inanspruchnahme und Kosten des Gesundheitssystems, Koordination der Behandlungen und Patientenorientierung gefragt (vgl. Commonwealth Fund (2007))

¹⁰⁶ Vgl. International Health Policy Survey (2007)

¹⁰⁷ Vgl. Tescic, D. (2008)

¹⁰⁸ Vgl. International Health Policy Survey (2007)

¹⁰⁹ Vgl. Bea, F. X.; Haas, J. (2001)

Mit der Optimierung von Abläufen durch ökonomische Koordination befasst sich das Strategische Management seit langem. Wird das dort erlangte Wissen auf das deutsche Gesundheitswesen übertragen, ergeben sich verschiedene Forderungen. Bea und Haas (2001) unterscheiden zwischen zeitlichen, horizontalen und vertikalen Koordinationsrichtungen.

7.2.1 Zeitliche Koordination

Die zeitliche Koordination umfasst die Planung der einzelnen Schritte im Vorfeld.¹¹⁰ Wie eingangs erwähnt, führte die G-DRG's-Einführung zu einer Verdichtung der Behandlungsprozesse im stationären Bereich und nahm Einfluss auf die ambulante Weiterbehandlung. Dies führte vielerorts zur Einführung von terminierten Behandlungspfaden (Clinical Pathways).¹¹¹ Werden nun speziell die Lebensphasen der Schwangerschaft bis zum Ende der Stillzeit betrachtet, lässt sich eine zeitliche Koordination problemlos bewerkstelligen. Anhand der Richtlinie über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung, umgangssprachlich Mutterschafts-Richtlinien genannt, besteht eine klare terminliche und inhaltliche Regelung.¹¹²

7.2.2 Horizontale Koordination

Bei der horizontalen Koordination werden die einzelnen Arbeitsschritte, von Unternehmen mit gleicher Wertschöpfung¹¹³, in einen integrierten Gesamtplan¹¹⁴ zusammengeführt. Hieraus entsteht eine kooperative und gleichzeitig kompetitive Vernetzung der Unternehmen.¹¹⁵ In diese Koordinationsrichtung, Zusammenarbeit bei gleichzeitigem Wettbewerb, setzen die Entscheidungsträger zur Problemlösung des Gesundheitswesens große Hoffnung.¹¹⁶

Wird dieser Punkt auf CM angewendet, kommt hier das schon beschriebene theoretische Phasenmodell zum Tragen. Die ermittelten Bedarfe (Needs) und Bedürfnisse (Demands) des Einzelnen werden mit den Zielen, Leitbildern und Angeboten aller

¹¹⁰ Vgl. ebd.

¹¹¹ Vgl. Roland, C. (2007)

¹¹² Vgl. Richtlinie des Bundesausschusses der Ärzte und der Krankenkasse über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung (1985)

¹¹³ Vgl. Mühlbacher, A. (2002)

¹¹⁴ Vgl. Bea, F. X.; Haas, J. (2001)

¹¹⁵ Arbeiten konkurrierende Unternehmen zusammen, spricht man von „Coopetition“. Dieser Begriff setzt sich zusammen aus cooperation (Kooperation) und competition (Wettbewerb)

¹¹⁶ Vgl. Mühlbacher, A. (2002)

Leistungserbringer abgeglichen. Angewendet auf den Betreuungsverlauf während der Schwangerschaft bis zum Ende der Stillzeit heißt das, dass die ambulanten Leistungserbringer einerseits und die stationären Dienstleister andererseits gleiche Ziele an den Betreuungsverlauf der Klientin vereinbart haben müssen.

7.2.3 Vertikale Koordination

Unter vertikaler Koordination, die auch hierarchische Koordination genannt wird, wird im strategischen Management die Abstimmung der Pläne auf den verschiedenen Ebenen der Leitungshierarchie verstanden.¹¹⁷ Wesentliches Ziel der vertikalen Vernetzung ist die Sicherstellung der Versorgungsqualität.¹¹⁸

Während dieser Koordinationsaufgabe handelt die Case Managerin oder der Case Manager auf der Meso- und Metaebene, demzufolge kommt das Systemmanagement zum Einsatz. Verknüpft mit dem deutschen Hebammenwesen unterstreicht die vertikale Koordination die Empfehlungen zur Optimierung der gesundheitlichen Versorgung während der Zeit der Schwangerschaft bis zur Stillzeit von Sayn-Wittgenstein (2007). Insbesondere appelliert sie an die Leistungsträger im Gesundheitswesen, wie z.B. Krankenkassen und Berufsverbände, und an die politischen Entscheidungsträger, Hebammenhilfe einen angemessenen Stellenwert zu geben und das Hebammenwesen im Gesundheitssystem zu festigen.¹¹⁹

Die Kommunikation unter allen Beteiligten ist der Schlüssel für eine komplementäre und erfolgreiche Kooperation und Koordination.

7.3 Kommunikation

Der Begriff „*Kommunikation*“ bedarf auf dem ersten Blick keiner Definition, da jede und jeder täglich kommuniziert. Kommunikation ist so selbstverständlich wie das Atmen und die Essenaufnahme. Diesem Selbstverständnis liegt aber die Gefahr einer unklaren Begriffbestimmung inne,¹²⁰ die Merten (2007) mit der *>>Banalität der Kommunikation<<* umschreibt.¹²¹ Es existieren zahlreiche Definitionen von Kommunikation¹²², da dem Gegenstand „*Kommunikation*“ disziplin- und professi-

¹¹⁷ Vgl. Bea, F. X.; Haas, J. (2001)

¹¹⁸ Vgl. Mühlbacher, A. (2002)

¹¹⁹ Vgl. Sayn-Wittgenstein, F. zu, S. 183ff.

¹²⁰ Vgl. Fachlexikon der sozialen Arbeit (1993), S. 571

¹²¹ Vgl. Merten, K. (2007), S. 13

¹²² Merten analysierte in einer Studie über 160 verschiedene Kommunikationsdefinitionen. Diese fasst er nach Kategorien und Forschungsgebiet zusammen (vgl. Fachlexikon der sozialen Arbeit (1993), S. 571).

onsübergreifend große Beachtung und Forschungsinteresse entgegengebracht wird. Laut Merten (2007) basiert das gesteigerte Interesse an dem Objekt Kommunikation an deren Zweckmäßigkeit. Aus ökonomischer Sicht ist der gezielte Einsatz von Kommunikation sehr profitabel. Mit minimalem Einsatz wird, seiner Meinung nach, maximale Wirkung erzielt.¹²³ Zu diesem Ergebnis kam auch die sog. „Yale-Gruppe“ schon Ende der 40er Jahre. Sie identifizierten eine Reihe von Kommunikationsmerkmale, die gezielt eingesetzt zu einer Einstellungsänderung beim Gegenüber führen.¹²⁴ Grundlage bietet hier die einfache Kommunikationstheorie des „Stimulus-Response-Modell“.¹²⁵ Ein weiterer gewichtiger Grund des gesteigerten Interesses an dem Feld der Kommunikation ist die verstärkte Inanspruchnahme von Kommunikationssystemen der „Mediengesellschaft“, hier prägt Merten nun den Begriff der *>>Relevanz der Kommunikation<<*¹²⁶ Die Verbreitung vom Themenfeld Kommunikation lässt sich auch mit einer kleinen Internetrecherche verdeutlichen. Gibt man z.B. die Wörter Kommunikation, Kooperation und Koordination in die GoogleSuchmaschine im WWW ein, erhält man folgende Ergebnisse. Werden bei dem Begriff Koordination „nur“ 3.750.000 Optionen angegeben, könnte man zu Kooperation schon auf 19.200.000 möglichen Seiten recherchieren. Zu Kommunikation bietet das Internet hingegen mehr als 40 Millionen Treffer an.¹²⁷

Da Kommunikation als wichtiges Instrument von CM identifiziert wurde und Bestandteil des Dreiecks mit Kooperation und Koordination ist, ist eine Begriffsdefinition unerlässlich. Der deutsche Duden versteht schlicht und einfach unter Kommunikation *>>eine Verständigung untereinander<<*,¹²⁸ die, nach den Überlegungen von Luhmann, als Grundlage zur Entstehung und Veränderung von sozialen Systemen überhaupt angesehen wird.¹²⁹ Schultz von Thun (1998) stellt die Bereitschaft und Fähigkeit des Zuhörens als Grundvoraussetzung von Kommunikation in den Mittelpunkt seiner Analysen.¹³⁰ Seibt (2004) fügt dem Kommunikationsbegriff noch ein weiteres Kriterium bei, nämlich die Anwendung von *>>eigenen Reflekti-*

¹²³ Vgl. Merten, K. (2007)

¹²⁴ Vgl. Krech, D. et al. (1992)

¹²⁵ Das Stimulus-Response-Modell besteht aus drei Kompetenzen, dem Kommunikator als Redner, der einen Stimulus in Form eines Wortes an den Rezipient als Zuhörer sendet (vgl. Merten, K. (2007), S. 55f.)

¹²⁶ Vgl. ebd., S. 13

¹²⁷ Internetrecherche – www.google.de [27.06.2009 um 14.32 Uhr]

¹²⁸ Vgl. Duden – Band 1(2004), S. 558

¹²⁹ Vgl. Korte, H. (2004)

¹³⁰ Vgl. Schultz von Thun, F. (1998)

onsprozessen<<.¹³¹ Wie kann nun unter allen Gesundheitsanbietern erfolgreich kommuniziert werden?

Gelingende Kommunikationsverfahren unterliegen verschiedenen Regeln. So ist eine gleichberechtigte, offene Kommunikation auf Basis abgestimmter demokratischer Leitlinien unter allen Akteuren in der Ich-Sprache unabdingbar.¹³² Bei der Wahl der Sprache sollte auf eine ziel- und lösungsorientierte Verständigung¹³³ geachtet werden, die gleichzeitig wertschätzend¹³⁴ sein soll. Kritikäußerung sollte konstruktiv vorgetragen werden, damit emotionslos reagiert werden kann. Ferner sollen Meinungsverschiedenheiten und Konflikte als Normalität angesehen werden. Durch regelmäßige Treffen, die auch Regelkommunikation genannt werden, der etablierten Arbeitsgruppen können Diskrepanzen vermieden, bzw. rechtzeitig behoben werden. Die Weitergabe von relevanten Informationen muss gewährleistet werden.¹³⁵ Regelmäßige Fallbesprechungen fördern, nach Brandstädter (2007), die Angleichung von den unterschiedlichen Denk- und Sprachmustern der einzelnen Professionen.¹³⁶ Damit eine Kommunikationskultur entsteht und gepflegt wird, muss der Nutzen für alle Beteiligten sichtbar sein. Erfahrungen mit einer verbesserten Kommunikation und deren positiven Auswirkungen stellt Roland (2008) dar. Sie beobachtet, dass ein regelmäßiger Informationsaustausch zum Freisetzen von wertvollen Zeitressourcen für die Gesundheitserbringer führt.¹³⁷ Die gewonnene Zeit wird für den informativen Austausch zwischen dem Leistungserbringer und der Klientin oder dem Klienten bereitgestellt.¹³⁸ Gut informiert und aufgeklärt über ihre Situation und die verschiedenen Möglichkeiten nehmen die Klienten oder der Klient längerfristig die Leistungserbringer weniger zeitlich in Anspruch. Darüber hinaus führt dieser Effekt zu Termintreue, Empowerment und Adherence¹³⁹ der Klientin oder des Klienten.¹⁴⁰ Die Verbindlichkeit der interdisziplinären und -professionellen beschlossenen Vereinbarungen steigert die Zufriedenheit der Be-

¹³¹ Vgl. Seibt, A. C. (2004), S. 168

¹³² Vgl. Trojan, A. (2004)

¹³³ Vgl. Staschek, B. (2001)

¹³⁴ Vgl. Schröder, J.-P. (2009)

¹³⁵ Vgl. Staschek, B. (2001), S. 53

¹³⁶ Vgl. Brandstädter, I. (2007)

¹³⁷ Vgl. Roland, C. (2008)

¹³⁸ Nach einer Studie von Franke, J. sind 67% der Ärzte unzufrieden mit der begrenzten Menge an Zeit, die sie für einen Patienten haben (vgl. Hurrelmann, K. / Leppin, A. (2001), S. 78).

¹³⁹ Adherence meint die gemeinsam zwischen Patientin/Patient und Ärztin/Arzt gesetzten Therapieziele. Es ersetzt zunehmend den Begriff Compliance.

¹⁴⁰ Vgl. Schmid, E. et al. (2008)

rufsgruppen und bildet die Grundlage für eine zielorientierte Patientenbetreuung.¹⁴¹ Voraussetzung für eine effektive Kommunikation ist der Aufbau einer umfassenden Kommunikationsstruktur, aufbauend auf verschiedenen Kommunikationsmedien.¹⁴²

7.4 Informations- und Datenmanagement

Ein unverzichtbarer Bestandteil für eine kooperative, koordinierte und kommunikative Begleitung der Klientin oder des Klienten unter ökonomischen Gesichtspunkten über die Schnittstellen der Sektoren hinweg, setzt die Bereitstellung von relevanten Daten für alle am Prozess Beteiligten voraus. Dies kann in Form von einer EDV- bzw. internetbasierte Kommunikationsplattform sowie einer elektronisch standardisiert Gesundheitsakte und Patientenakte der Klientin oder des Klienten geschehen.¹⁴³ Wesentliche Vorteile der Informations- und Kommunikationstechnologie sind folgende. Neben der schnelleren Kommunikation unter allen Akteuren wird die Qualität durch transparente Behandlungsabläufe gesteigert. Durch die Verknüpfung der Patientenakte mit verschiedenen Datenbanken wird aktuelles medizinisches Wissen bereitgestellt. Derzeit sind schon 20 – 40% der Leistungen im Gesundheitswesen Datenerfassungs- und Kommunikationsleistungen, die einen effizienten Einsatz von modernen Informationstechnologie vonnöten machen. Veränderungen im Betreuungsablauf werden zügig für die Klienten oder den Klienten und den Leistungserbringer sichtbar.¹⁴⁴ Die Erstellung eines Informations- und Kommunikationssystems gehört zum Tätigkeitsfeld einer Case Managerin oder eines Case Managers,¹⁴⁵ da CM für die Verfügbarkeit der Daten und Informationen Sorge trägt.¹⁴⁶ In diesem Zusammenhang spricht Koerdt (2001) auch vom *Case Manager als Informationsmanager*.¹⁴⁷ Dietzel (2004) attestiert dem deutschen Gesundheitssystem noch erhebliche Einführungsprobleme von IT-gestützten Netzwerken. Ungeklärt sind weiterhin Datenschutz- und Haftungsfragen und die ungeklärte Finanzierung. Es fehlen Standards und Organisationsstrukturen unter allen Leistungsanbietern, die die Einführung von elektronischen Kommunikationsstruk-

¹⁴¹ Vgl. Roland, C. (2008)

¹⁴² Vgl. Kerres, M.; Lohmann, H. (2000)

¹⁴³ Vgl. Schmid, E. et al. (2008)

¹⁴⁴ Vgl. Jähn, K.; Nagel, E. (2004)

¹⁴⁵ Vgl. Koerdt, A. (2001)

¹⁴⁶ Vgl. Rachold, U. (2000)

¹⁴⁷ Vgl. Koerdt, A. (2001), S. 40

turen ermöglichen.¹⁴⁸ CM berücksichtigt diese Schwachstellen vor der Erstellung und Einführung eines digitalen Kommunikationsverfahren und einer elektronisch gestützten Datenverwaltung und zieht folgende Schlussfolgerungen.

7.4.1 *Transparenz*

Die Daten müssen nutzerfreundlich dem System zugänglich gemacht werden. Die Klientin oder der Klient hat ebenso Zugriff auf seine persönliche elektronische Gesundheitsakte, als alle am Begleitungsprozess Beteiligten.

7.4.2 *Datenschutz- und Haftungsfragen*

Der sichere Umgang mit den Daten und individuellen Informationen wird durch verschiedene Sicherheitskomponenten gewährleistet. Die Sicherheitspolitik erlässt gesetzliche Rahmenbedingungen und Richtlinien, die bei der Anwendung von elektronischen Netzwerken berücksichtigt werden müssen. Beispielhaft werden hier kurz schon bestehende Gesetze, wie das Bundesdatenschutzgesetz (BDSG), Landesdatenschutzverordnungen und –gesetze, Teledienstschutzgesetz (TDDSG), Signatur- und Haftungsgesetz, genannt.¹⁴⁹ Bestandteil der Sicherheitsarchitektur¹⁵⁰ sind Firewalls, die aus Hard- und Software bestehen und den Zugriff von den Benutzern verbieten oder erlauben. Eine Verbindung mit dem Passwort-Schutz, der digitalen Signatur und den Datenverschlüsselungskonzepten, die eine gut funktionierende Benutzerverwaltung voraussetzt, erhöhen die Sicherheit. Kontinuierlich kommt ein Virusschutz zum Einsatz. Diese Maßnahmen können dennoch keinen absoluten Schutz geben. Sicherheitsunterstützend wirkt auch die laufende Überwachung des Netzes und die Anwendungsnutzung.¹⁵¹

7.4.3 *Finanzierung*

Nach Empfehlungen der Arbeitsgruppe *Case Management im Handlungsfeld von Gesundheit und Pflege* von der DGCC soll ein Globalbudget, welches in den Sozialgesetzbüchern V, VI, IX und XII gesetzlich verankert ist, für die flächendeckende Implementierung von CM bereitgestellt werden. Davon sollte das notwendige EDV-System finanziert werden. Die Entwicklung einer CM-Software sollte über

¹⁴⁸ Vgl. Dietzel, G. T. W. (2004)

¹⁴⁹ Vgl. Jäckel, A. (2004)

¹⁵⁰ Unter Sicherheitsarchitektur wird die Gesamtheit aller realisierten Sicherheitskonzepte und Sicherheitsmaßnahmen verstanden.

¹⁵¹ Vgl. Schwetlick, W. (2004)

die Marktanbieter stattfinden.¹⁵² Dem sollte entgegen gehalten werden, dass die Entwicklung von neuen IT-Systemen durch verschiedene Unternehmen den urheberrechtlichen Schutz¹⁵³ für die verschiedenen Anbieter zur Folge hat. Ob die Entwicklung von proprietären Technologie im Interesse der Kunden ist, ist fraglich.¹⁵⁴

¹⁵² Vgl. Pape, R. et al. (2008)

¹⁵³ Urheberrechtlichen Schutz wird in der Informations- und Kommunikationstechnologie oftmals mit dem Wort proprietär übersetzt (vgl. Schug, St. H.; Schramm-Wölk, I. (2004)).

¹⁵⁴ Vgl. Schug, St.H.; Schramm-Wölk, I. (2004)

Teil B: Das deutsche Hebammenwesen

Bisher wurde ein Grundverständnis für das Handlungskonzept *Case Management* aufgebaut. Im weiterführenden Teil wird nun geprüft, ob die Anwendung von CM Vorteile für alle Beteiligten des Prozessbogens, Schwangerschaft bis hin zur Mutterschaft, bringt und seitens der Klientin gewünscht ist. Zur besseren Verortung werden allgemeine Grundlagen des Hebammenwesens dem vertiefenden Teil vorangestellt.

8 Grundlagen des Hebammenwesens

8.1 Definition Hebamme

Laut einer gemeinsamen Erklärung zwischen der Internationalen Hebammenvereinigung (ICM), der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und der Internationalen Föderation für Gynäkologie und Geburtshilfe (FIGO) von 1992 lautet die Definition von Hebamme folgendermaßen:

>>A midwife is a person, who having been regularly admitted to a midwifery education program recognized in the country in which is located, [...] and has acquired the requisite qualifications to be registered and/or legally licensed to practice midwifery<<.¹⁵⁵

Die Befugnisse der in Deutschland tätigen Hebammen lassen sich aus den nationalen und europäischen Richtlinien und Gesetzen ableiten. Die Richtlinie 2005/36/EG, ehemals 80/155/EWG, liefert die Grundlage für die in Deutschland geltenden Bestimmungen, wie dem Hebammengesetz (HebG), der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (HebAPrv), der Hebammenhilfe-Gebührenverordnung (HebGV), der Reichsversicherungsordnung (RVO) und den Hebammen-Berufsordnungen (HebBO) der einzelnen Bundesländer.¹⁵⁶ Demnach sind Hebammen in Deutschland befähigt, während der gesamten physiologischen Schwangerschaft alleinig oder in Kooperation mit Gynäkologen die Schwangere zu betreuen und zu beraten und die Vorsorgeuntersuchungen nach den Mutterschaftsrichtlinien durchzuführen. Unter der Geburt unterstützt die Hebamme die Gebärende bei den Wehen, überwacht den Geburtsverlauf und entwickelt fachmännisch Kind und Nachgeburt. Nach der Geburt des Kindes überprüft sie den Vitalzustand des Neu-

¹⁵⁵ Vgl. Fullerton, J. et al. (2003), S. 174

¹⁵⁶ Vgl. Zoege, M. (2004); vgl. Sayn-Wittgenstein, F. zu (2007), vgl. Horschitz, H. (2005)

geborenen. Im Wochenbett überwacht die Hebamme den Gesundheitszustand der Wöchnerin und des Neugeborenen. Sie berät bei Stillfragen. Während der gesamten Betreuung zieht die Hebamme bei Komplikationen medizinische Hilfe hinzu.¹⁵⁷

8.2 Arbeitsformen

Grundsätzlich können Hebammen zwischen zwei Arbeitsformen wählen, dem Angestelltenverhältnis und der Freiberuflichkeit. Unter diesen beiden Bereichen subsumieren sich die vielseitigen Organisationsformen der Hebammen. Die Freiberuflichkeit umfasst in Deutschland folgende Modelle: Hausgeburts-, Praxis- und Geburtshaushebammen und die im Belegschaftssystem arbeitenden Hebammen. In Mischformen arbeiten Hebammen neben ihrem angestellten Verhältnis auch freiberuflich.¹⁵⁸ Die meisten Hebammen wählen aber das angestellte Arbeitsverhältnis im Krankenhaus, worunter auch Hebammen des hebammengeleiteten Kreißsaals fallen. Darüber hinaus versorgen Hebammen als Familienhebammen, in Familien- und Schwangerschaftsberatungsstellen und an Schulen, im Bereich der Gesundheitsbildung und -erziehung die Bevölkerung.¹⁵⁹ Durch dieses heterogen ausgeübte Tätigkeitsfeld resultieren sehr unterschiedliche Betreuungsformen für die Frau.¹⁶⁰

8.3 Datenlage

2008 erfasste das Statistische Bundesamt Deutschland 18.000 tätige Hebammen deutschlandweit. Zwischen 1997 bis 2006 stieg die Zahl, der im deutschen Gesundheitssystem arbeitenden Hebammen um 18% an, dagegen sank im gleichen Zeitraum die Geburtenrate um 17,2%, von 815.683 auf 675.144. Jede zweite Hebamme (50,2%) arbeitet gegenwärtig (auch) in der ambulanten Gesundheitsvorsorge, Tendenz steigend, was die Zunahme von 2.000 zusätzlichen Arbeitsplätzen zwischen 1997 – 2006 im ambulanten Bereich zeigt. Die 50,2% setzen sich aus ausschließlich freiberuflich arbeitenden Hebammen und Hebammen mit freiberuflicher Tätigkeit neben ihrem angestellten Verhältnis zusammen. Hebammen mit mehreren Arbeitsverhältnissen wurden demnach doppelt erfasst.¹⁶¹ Im Deutschen

¹⁵⁷ Vgl. Horschitz, H. (2005)

¹⁵⁸ 1985 fiel die sogenannte Niederlassungserlaubnis weg. Seitdem steigt die Zahl der angestellten Hebammen, die darüber hinaus auch freiberuflich tätig sind, kontinuierlich an (vgl. Sayn-Wittgenstein, F. zu (2007))

¹⁵⁹ Vgl. Sayn-Wittgenstein, F. zu (2007)

¹⁶⁰ Vgl. Zoege, M. (2004)

¹⁶¹ Vgl. Statistisches Bundesamt Deutschland (www.destatis.de_Zahl der Woche Nr. 032 vom 12.08.2008 [eingesehen am 04.07.2009 um 10.30 Uhr])

Hebammenverband e.V. sind, laut telefonischer Auskunft der Pressereferentin, aktuell 16.700 Mitglieder¹⁶² eingetragen und im Bund Freiberuflicher Hebammen (BfHD) sind 800 Mitglieder registriert.¹⁶³

8.4 Betreuung

Im letzten Jahrhundert erfolgte in Deutschland ein Paradigmenwechsel bei der Betreuungsart im Bereich der Schwangerschaft bis zum Ende der Stillzeit, eingeschlossen die Wahl des Geburtsortes und –modus. Fanden um 1900 über 97% der Geburten im häuslichen Umfeld statt, war um 1922 nur noch jede 2. Geburt eine Hausgeburt. Ende der 60er Jahre hatte sich die stationäre Geburt etabliert, da über 96% der Geburten in der Klinik erfolgten.¹⁶⁴ Wie bereits erwähnt, kamen 2006 98,2% der Kinder im Krankenhaus zur Welt.¹⁶⁵ Sayn-Wittgenstein (2007) spricht von einer *>>fast vollständigen Hospitalisierung des Gebärens<<*.¹⁶⁶ Diese Entwicklung, von der ambulanten hin zur stationären Geburt, begünstigte den Einsatz der Geburtsmedizin. Parallel zu der Verlagerung des Geburtsortes wurden die Mutterschaftsrichtlinien¹⁶⁷ eingeführt. Seit 1966 gehört die Kostenübernahme der ärztlichen Schwangerenvorsorge zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung. In der Einführung der Mutterschaftsrichtlinien sieht Sayn-Wittgenstein (2007) den *>>Meilenstein in der Medikalisierung<<* und die *>>Einführung des Risikokonzeptes in der Schwangerschaft<<*.¹⁶⁸ Waren sich die Experten noch am Anfang des letzten Jahrhunderts einig, dass Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett normale und natürliche Abläufe im Leben einer Frau sind, werden gegenwärtig diese Prozesse unter den Gesichtspunkten von Risiko und Krankheit betrachtet.¹⁶⁹ Sich dieser Entwicklung anpassend, veränderten sich das Tätigkeitsfeld und der

¹⁶² Telefonat am 06.07.2009 mit Fr. Dr. Edith Wolber, Pressereferentin des deutschen Hebammenverbandes e.V.

¹⁶³ Vgl. Sayn-Wittgenstein, F. zu (2007)

¹⁶⁴ Bis zum Ende der 60er Jahre war eine Krankheitsdiagnose notwendig, damit eine Kostenübernahme durch die Krankenversicherung bei einer Klinikgeburt stattfand. Der Wegfall der benötigten Risikoindikation zur vollständigen Kostenübernahme bei stationärer Geburt begünstigte den Trend von der Hausgeburt hin zur Krankenhausgeburt (vgl. Korporal, J.; Dangel-Vogelsang, B. (2000))

¹⁶⁵ Vgl. Statistisches Bundesamt Deutschland (www.destatis.de_Zahl der Woche Nr. 032 vom 12.08.2008 [eingesehen am 04.07.2009 um 10.30 Uhr])

¹⁶⁶ Vgl. Sayn-Wittgenstein, F. zu (2007), S. 53

¹⁶⁷ Bei der Entwicklung der Mutterschaftsrichtlinien des Mutterpasses wurde das Tätigkeitsfeld der Hebamme nicht berücksichtigt. Erst seit 2003 ist es dem Berufsstand der Hebamme möglich über Stellungnahmen Einfluss in die Ausgestaltung der Schwangerenvorsorge zu nehmen (vgl. ebd.).

¹⁶⁸ Vgl. ebd., S. 59

¹⁶⁹ Vgl. Korporal, J.; Dangel-Vogelsang, B. (2000)

Arbeitsort für die Hebammen.¹⁷⁰ Früher begleitete die Hebamme kontinuierlich und alleinig die Schwangere hin zur jungen Mutterschaft und übernahm die Verantwortung unter der häuslichen Geburt, vorausgesetzt dies entsprach dem Wunsch der Frau.¹⁷¹ Dieses konventionelle Management der einen zuständigen Hebamme je einer Frau (1zu1-Betreuung) während der Schwangerschaft bis in die Wochenbettzeit, veränderte sich gravierend durch die Zunahme der stationären Geburten. Die Konsequenz der Klinifizierung war und ist auch heute noch, dass eine Vielzahl von verschiedenen Professionen arbeitsteilig den Prozess rund um die Geburt im Krankenhaus, aber auch im ambulanten Bereich, während der Schwangerschaft und dem Wochenbett begleitet.¹⁷² Aufgezeigt wurde bereits, dass fragmentierte Strukturen nicht dem Wunsch der Klientin nach zielorientierter Betreuungskontinuität entsprechen¹⁷³ und gesundheitsökonomisch ineffizient und ineffektiv sind.¹⁷⁴

Einhergehend mit der Zunahme von Klinikgeburten reifte die Geburtsmedizin, und der Einsatz von medizinisch-apparativen Techniken stieg kontinuierlich an. Lutz und Kolip (2006) sehen in ihrer Kaiserschnittstudie die Entwicklung und Verbesserung von technischen Geräten und deren zunehmende Inanspruchnahme im Krankenhaus als einen gewichtigen Grund für die Zunahme der Kaiserschnitte in allen Industrienationen. Wurde 1991 in 15,1% der Fälle in Deutschland eine Kaiserschnittentbindung durchgeführt, lag die Zahl der Schnittentbindungen 2003 schon bei 25,5%.¹⁷⁵ Den Statistiken des Bundesamtes zufolge, stieg die Kaiserschnitttrate erneut um 3,8% auf 29,3% im Jahr 2007 an, d.h. fast jedes 3. Neugeborene kommt mittels Kaiserschnitt zur Welt.¹⁷⁶ Es stellt sich die Frage, ob diese knapp skizzierte gegenwärtig in Deutschland herrschende Situation im Einklang steht mit dem Wunsch, die Gesundheitsversorgung zielgerichtet an den Bedarfen und Bedürfnissen der Frau, unter Berücksichtigung der wirtschaftlichen Ressourcen und wissenschaftlichen Erkenntnissen, auszurichten. An dieser Stelle könnte die Frage auftauchen, ob nicht der „Wunschkaiserschnitt“ die Zunahme der Kaiserschnitte rechtfertigt, den Frauen selbstbestimmt fordern. Lutz und Kolip (2006) verweisen auf eine

¹⁷⁰ Auch die Anzahl der in Westdeutschland tätigen Hebammen sank aufgrund der ausschließlich stattfindenden Klinikgeburten um 50% zwischen 1953 und 1975 von 11.601 auf 5.713 (vgl. Katerman, H.; Herschderfer, K. (2005).

¹⁷¹ Vgl. Todd, Ch. J. et al. (1998)

¹⁷² Vgl. Korporal, J.; Dangel-Vogelsang, B. (2000)

¹⁷³ Vgl. Todd, Ch. J. et al. (1998)

¹⁷⁴ Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007)

¹⁷⁵ Vgl. Lutz, U.; Kolip, P. (2006), S. 18

¹⁷⁶ Vgl. Statistisches Bundesamt Deutschland (www.destatis.de_Zahl der Woche Nr. 014 vom 07.04.2009 [eingesehen am 05.07.2009 um 14.30 Uhr])

Studie durch Hellmers (2005), die belegt, dass nur wenige Frauen (3,7% bis 14,7%) einen Kaiserschnitt in Betracht ziehen.¹⁷⁷ Doch was genau wünschen sich Schwangere, Gebärende und junge Mütter von den Akteuren in der Gesundheitsversorgung?

9 Wünsche der Frauen

Dieser Frage ging im März 1991 eine Arbeitsgruppe unter der Leitung von Nicholas Winterton des englischen Parlaments nach. 1992 wurde der sog. Winterton-Bericht publiziert.¹⁷⁸ Obwohl die Organisation des englischen Gesundheitssystems sich von dem deutschen sehr unterscheidet, fand im Bereich der Geburtshilfe eine ähnliche Entwicklung statt. Wurden am Anfang des 20. Jahrhunderts in Großbritannien die Kinder überwiegend im häuslichen Umfeld mithilfe von Hebammen geboren, fanden um 1970 annähernd 100% der Geburten in der Klinik statt. Der Wechsel des Geburtsortes wurde bedingt durch eine Veränderung der Betreuungsart und des –personals der britischen Frauen, ähnlich der hierzulande stattgefundenen und schon beschriebenen Entwicklung.¹⁷⁹ Demgemäß können Erkenntnisse aus dem britischen Gesundheitswesen bei der Betreuung von Schwangeren hin zur Mutterschaft aufschlussreich für die deutsche Praxis sein.

9.1 Winterton-Report

Der Winterton-Report offenbarte eine große Unzufriedenheit seitens der jungen Mütter mit der Betreuung während der Schwangerschaft, unter der Geburt und im Wochenbett. Auf diesen Bericht reagierte die britische Regierung mit Veränderungsstrategien und Neuorganisation des Gesundheitssystems. Diese Rahmenbedingungen bildeten die Grundlage des *Changing Childbirth Reports* im Jahr 1993. Wesentliche Forderungen von den Frauen an die Leistungserbringer im Bereich der Schwangerschaft bis zum Ende der Stillzeit waren:

- „eine an ihren Bedürfnissen angepasste Betreuung;
- Betreuungskontinuität durch mindestens eine Hebamme (*continuity*);
- gemeinsam zu treffende Entscheidungen (*informed consens*);

¹⁷⁷ Vgl. Lutz, U.; Kolip, P. (2006), S. 37f.

¹⁷⁸ Vgl. Porter, M. (2004)

¹⁷⁹ Vgl. Williamson, S.; Thomson, A. M. (1996)

- freie Wahl der Betreuungsperson, einschließlich der Untersuchungen und des Geburtsortes (*choice*), einhergehend mit Kontrolle über das Vorgehen während der Geburt (*control*);
- Hebammen erhalten Zugang zu ihren stationären Frauen;
- jede Frau sollte uneingeschränkt Informationen über das gemeinde- und kommunale Hilfenetz erhalten;
- 30% der Frauen sollten in hebammengeleiteten Institutionen gebären;
- Schwangerenvorsorgeuntersuchungen sollten dem Standard der evidenzbasierten Medizin entsprechen.¹⁸⁰

Insbesondere die drei wesentlichen Punkte, Kontinuität (*continuity*), Wahlmöglichkeit (*choice*) und Kontrolle (*control*) wurden von den Frauen verlangt. Gesundheitspolitische Strategien wurden seitens des britischen Parlaments in die Wege geleitet.¹⁸¹

9.2 Veränderungen durch den Changing Childbirth Report

Mit der Entwicklung von zielorientierten, frauenspezifischen und kontinuierlichen Betreuungsmodellen, die im *Changing Childbirth* 1993 veröffentlicht wurden, veränderten sich die Verantwortungsbereiche. Die Hauptveränderung fiel zulasten der Ärzteschaft, insbesondere der Gynäkologen, da die Begleitung von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett vorrangig in die Hände der *community-based midwives*¹⁸² gegeben wurden. Community-based midwives arbeiteten in Großbritannien fortan im hausärztlichen Versorgungsnetz (general practitioner GP). Im Falle einer Schwangerschaft wendet sich die Schwangere an die hausärztliche Versorgungsstruktur und die dort arbeitende Hebamme, die während der ganzen Schwangerschaft und unter der Geburt, unabhängig vom Geburtsort, und im Wochenbett die Begleitung übernimmt und die anstehenden medizinischen Untersuchungen, wie z.B. Screenings, koordiniert. Bei Risikoschwangerschaften oder Komplikationen wird in Kooperation mit der Ärztin oder dem Arzt betreut, wobei der Betreuungsverlauf weiterhin durch die community-midwife geplant und koordiniert wird.¹⁸³

¹⁸⁰ Vgl. Porter, M. (2004)

¹⁸¹ Vgl. Spurgeon, P. et al. (2001)

¹⁸² Community-based midwives sind Hebammen, die fest angestellt vom National Health Service (NHS) im britischen, öffentlichen Gesundheitswesen arbeiten. Sie sind nicht zu vergleichen, mit den hier tätigen freiberuflich, selbstständigen Hebammen (*Anmerk. d. Verf.*)

¹⁸³ Kateman, H.; Herschderfer, K. (2005)

Verschiedene Studien evaluierten die zielgerichteten Betreuungsmodelle für die werdenden und gewordenen Mütter. Die erzielten Ergebnisse belegen mehrheitlich eine gesteigerte Zufriedenheit, bei gleichem kindlichen und mütterlichen Outcome, bei den Müttern, die eine hebammengeleitete Betreuungskontinuität mit partnerschaftliche Begleitung erfahren haben, als bei denen, die durch eine gynäkologisch geleitete Betreuung begleitet wurden.¹⁸⁴ Ferner belegt eine Arbeit von Ratcliffe et al. (1996), die sich mit der Betreuung von risikoarmen Schwangerschaften befasst, dass eine hebammen-/hausarztgeleitete Betreuung unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten effizienter ist als eine gynäkologisch-zentrierte Betreuung.¹⁸⁵

Die oben erwähnten Bedürfnisse der schwangeren Frauen und jungen Müttern nach Kontinuität, Wahlmöglichkeit und Kontrolle können unter Anwendung des Handlungskonzeptes CM erreicht werden. Das nachfolgende Kapitel wird nun die Hebamme als Case Managerin vorstellen.

¹⁸⁴ Vgl. Spurgeon, P. et al. (2001); vgl. McCourt, Ch. et al. (1998), vgl. Allen, I. et al. (1997); vgl. Williamson, S.; Thomson, A. M. (1996)

¹⁸⁵ Vgl. Ratcliffe, J. et al. (1996)

Teil C: Hebammenwesen und Case Management

10 Zeitungsrecherche

In Vorbereitung auf die Thematik stellte ich mir die Frage, ob es bereits Hebammen gibt, die CM bewusst einsetzen. Ausgehend von dem Faktum, dass Hebammen über die (erfolgreiche) Anwendung von CM berichten würden, fand eine umfangreiche Literaturrecherche in den zwei führenden hebammenrelevanten Zeitschriften Deutschlands von Januar 1993¹⁸⁶, bzw. Januar 2000, bis Mai 2009 statt.

Berücksichtigt wurde die Deutsche Hebammen Zeitschrift (DHZ), die vom Elwin Staude Verlag GmbH monatlich herausgegeben wird. Seit 1886 existiert bereits das unabhängige Fachmagazin für Hebammen mit den zentralen Themen der Geburtshilfe, Schwangeren-, Wochenbett- und Neugeborenenbetreuung einerseits und gesundheitlichen, gesundheitspolitischen und gesellschaftsrelevanten Themen andererseits. Die Druckauflage liegt bei 9.428 (Stand 2008).¹⁸⁷ Als zweite Zeitung wurde das Hebammenforum als offizielles Fachmagazin des Deutschen Hebammenverbandes e.V., ehemals Bund Deutscher Hebammen e.V. (BDH), analysiert. Auch diese Zeitung wird monatlich bundesweit mit einer Auflage von ca. 9.867 (Stand 2009) verlegt. Das Themenspektrum gleicht dem der Deutschen Hebammen Zeitschrift. Erstmalig erschien diese Zeitung im April 2000.¹⁸⁸

In meiner Recherche fanden 282 Ausgaben Beachtung. Eine Zeitschrift beinhaltet im Durchschnitt zwischen 7 – 13 Artikel, was einen Mittelwert von 10 ergibt. Zusammenfassend wurden ca. 2820 Artikel inhaltlich auf die Erwähnung von CM und /oder Case Managerin hin geprüft.¹⁸⁹

Als Ergebnis lässt sich festhalten, dass CM für Hebammen in nur zwei Artikeln (0,07%) explizit erwähnt wird. Bei diesen beiden Arbeiten handelt es sich um „Die Hebamme als Case Managerin“¹⁹⁰ von Dörpinghaus, Kremer und Mai in der Okto-

¹⁸⁶ Bewusst wurde das Jahr 1993 als Anfangspunkt gewählt, da, wie bereits erwähnt, das Inkrafttreten des Gesundheitsstrukturgesetzes sektorübergreifende Veränderungen erzwingen wollte. Folglich führte dies zu organisatorischen Umstrukturierung, insbesondere im stationären Bereich. (vgl. Rechtliche Rahmenbedingungen)

¹⁸⁷ Vgl. Deutsche Hebammen Zeitschrift; www.deutschehebammenzeitschrift.de [eingesehen am 05.07.2009 um 13:30 Uhr]

¹⁸⁸ Vgl. Deutscher Hebammenverband e.V.; <http://www.hebammenverband.de/index.php?id=15> [eingesehen am 05.07.2009 um 14:30 Uhr]

¹⁸⁹ Ermöglicht wurde diese umfangreiche Recherche durch die Hebammenschule Hamburg, die im Bildungszentrum für Gesundheitsberufe (BZG) angesiedelt ist.

¹⁹⁰ Vgl. Dörpinghaus, S.; Kremer, M.; Mai, A. (2003)

berausgabe von 2003 der DHZ und „Alle tun es und keiner weiß es“¹⁹¹ von Weskamm in der Juniausgabe des Hebammenforums 2007.

Aus der sehr kleinen Zahl, der publizierten Beiträge über Case Management für Hebammen ziehe ich für mich folgende Schlüsse:

1. Case Management wurde bereits von Hebammen erprobt, demzufolge existieren Anwendungsbeispiele von Hebammen als Case Managerinnen.
2. Das Konzept des CM hat im deutschen Hebammenwesen bisher noch keine große Beachtung und Rolle gespielt. Folglich gibt es keine Anpassung des Konzeptes an die Besonderheiten der Hebammenhilfe.

Da es sich ausschließlich um zwei Artikel handelt, werden diese kurz inhaltlich wiedergegeben.

Der Beitrag „Die Hebamme als Case Managerin“ berichtet von einem dreijährig erprobten Projekt der Städtischen Kinderklinik Köln, die den Übergang zwischen dem stationären ins ambulante Setting für Mütter mit Frühgeborenen optimieren wollten. Die Autorinnen (2003) berichten, dass sich erfahrungsgemäß viele verschiedene Berufsgruppen in der Klinik parallel auf die Betreuung des (kranken) Frühgeborenen fokussieren, hingegen eine Betreuungslücke bei den Wöchnerinnen, während des Klinikaufenthaltes einerseits und im häuslichen Umfeld andererseits, bestand. Die Hebamme als Case Managerin hatte im Kölner Projekt sowohl freiberuflich arbeitende Hebammen, als auch die im klinischen Setting tätigen Akteure zusammengebracht und die komplette Betreuung von der jungen Mutter und dem zu früh geborenem Kind einheitlich koordiniert. Das Ziel war die Schließung der Betreuungslücke innerhalb der Klinik und zwischen dem stationären und ambulanten Sektor, entstehende Synergieeffekte durch die interdisziplinäre Teamarbeit zu erwirken und Doppel- und Mehrfachuntersuchungen zu vermeiden.¹⁹²

Der Titel „Alle tun es und keiner weiß es“ des zweiten Aufsatzes von Weskamm (2007) ist geflissentlich gewählt worden. Hier wird CM als mögliches (neues) Anwendungskonzept für die allgemeine Hebammenbetreuung, als auch für die Familienhebamme, diskutiert. Zusammenfassend gibt sie einen Revue über Merkmale einer Case Managerin und gleicht diese mit den Kompetenzen der Hebammen ab. Sie sieht viele Parallelen, insbesondere wenn sie CM mit dem Familienhebammenkonzept vergleicht. Als Fazit zieht sie, dass gerade in der Begleitung von problem-

¹⁹¹ Vgl. Weskamm, A. (2007)

¹⁹² Vgl. Dörpinghaus, S.; Kremer, M.; Mai, A. (2003)

belastenden Familien, die be- und gewusste Anwendung von CM zunehmend an Bedeutung gewinnen wird.¹⁹³ Da CM ursprünglich aus der Sozialen Arbeit mit dem Ziel erstand, Personen in komplexen Problemlagen hilfreiche soziale Angebote im ambulanten Setting durch Koordination und Kooperation der Leistungserbringer zu vermitteln,¹⁹⁴ ist es verständlich, dass das Familienhebammenkonzept und die CM-Methode Ähnlichkeiten aufweisen. Im Folgenden wird das Modell der Familienhebamme als ein Anwendungsgebiet von CM in der Hebammenarbeit exemplarisch erläutert.

11 Familienhebammen

11.1 Definition

Erstmalig wurde 1980 das Modellprojekt „Familienhebamme“ in Bremen gestartet. Grund für die Entwicklung des Konzeptes war die überdurchschnittlich hohe Säuglingssterblichkeit, insbesondere bei jungen Familien, die ein oder mehrere gesundheitliche, medizinisch-soziale und/oder psychosoziale Risiken aufwiesen. Der Berufsstand der Hebamme wurde damals gewählt, da sie von den Schwangeren und den jungen Müttern mit ihren Kindern gleichermaßen akzeptiert wurden und der Besuch (aufsuchende Hilfe) einer Hebamme nichts Stigmatisierendes hat. Erreicht werden sollten, damals wie auch heute, insbesondere Schwangere oder junge Mütter in komplexen Lebenslagen. Per definitionem sind Familienhebammen staatlich examinierte Hebammen mit einer Zusatzqualifikation, die sie dazu befähigt, Familien mit besonderer Belastung über den eigentlichen Betreuungszeitraum der Hebamme hinaus zu begleiten.¹⁹⁵ Die Familienhebamme hat die Einbettung von Schwangeren und Müttern mit besonderem Unterstützungsbedarf ins soziale Hilfsnetz und die Gesundheit der Mutter und des Kindes zum Ziel.¹⁹⁶ Mit dem frühen Betreuungszeitpunkt, schon in der Schwangerschaft, ist das Familienhebammenkonzept dem Gebiet der Gesundheitsförderung einzuordnen, obgleich es präventiv Frauen in komplexen Lebenslagen anspricht. Das Initialprojekt in Bremen endete zwar 1983,¹⁹⁷ aber an Aktualität hat der Ansatz der „Hilfen von Anfang an“ nicht verloren. 2007 entstand das Nationale Zentrum Frühe Hilfen (NZFH), welches in

¹⁹³ Vgl. Weskamm, A. (2007)

¹⁹⁴ Vgl. Klug, W. (2003)

¹⁹⁵ Vgl. Nakhla, D. et al. (2009)

¹⁹⁶ Vgl. Bund Deutscher Hebammen e.V. (2004)

¹⁹⁷ Vgl. Schneider, E. (2009)

Zusammenarbeit mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und dem Deutschen Jugendinstitut (DJI) für das Programm „*Frühe Hilfen für Eltern und Kindern und soziale Frühwarnsysteme*“ zuständig ist. Ziel des NZFH ist es, als Koordinierungsstelle schwangere Frauen und jungen Familien in schwierigen Lebenslagen zu identifizieren und ihnen eine bedarfsgerechte Versorgung anzubieten. Als übergeordnetes Ziel steht der Schutz des Kindeswohls. Gegenwärtig fördert das NZFH vier Projekte, von möglichen zehn, in denen (Familien-) Hebammen Angebote und Hilfen für hochbelastete Familien bereitstellen.¹⁹⁸

11.2 Anzahl

Die Anzahl der in Deutschland tätigen Familienhebammen ist in den letzten vier Jahren beachtlich angestiegen. Nieting (2009) umschreibt diese Tatsache mit einem Zitat von Victor Hugo >>*Nichts ist mächtiger, als eine Idee deren Zeit gekommen ist*<<.¹⁹⁹ Lag die Zahl der Familienhebammen 2004 noch übersichtlich bei ca. 30, arbeiten aktuell 782 ausgebildete Familienhebammen deutschlandweit²⁰⁰ in drei verschiedenen Konzepten:

- als Familienhebamme des öffentlichen Gesundheitsdienstes und demzufolge beim Gesundheitsamt angestellt,
- als Angestellte bei einem Träger der freien Wohlfahrtspflege im der Gemeinwesenarbeit,
- als Honorarkraft vom Jugendamt oder dem öffentlichen Gesundheitsdienst. Erst rechnet die freiberuflich arbeitende Hebamme über die Hebammengebührenordnung ihre Leistungen der Regelversorgung mit den gesetzlichen Krankenversicherungen ab, die spezifischen Leistungen werden den Kommunen, dem Landkreis oder dem Bundesland in Rechnung gestellt.²⁰¹

2009 nehmen weitere 200 Hebammen an der Fortbildung²⁰² durch das Curriculum des DHV's, ehemals BDH, teil.²⁰³

¹⁹⁸ Vgl. www.fruehehilfen.de/3232.0.html [eingesehen am 08.07.2009 um 15:56 Uhr]

¹⁹⁹ Vgl. Nieting, A. (2009), S. 526

²⁰⁰ Vgl. ebd.

²⁰¹ Vgl. Bund Deutscher Hebammen e.V. (2004)

²⁰² Der Begriff *Fortbildung zur Familienhebamme* wird nicht deutschlandweit einheitlich gebraucht. So wird z.B. Sachsen-Anhalt von der *Weiterbildung zur Familienhebamme* gesprochen, auch wurde im Mai die Familienhebammenweiterbildungsverordnung in Niedersachsen verabschiedet. Ab 2010 wird ein Familienhebammeprojekt mit einer 720-stündigen Weiterbildung zur Familienhebamme in Niedersachsen gestartet (vgl. Ayerle, G. M. (2009), vgl. Nieting, A. (2009)).

²⁰³ Vgl. Nieting, A. (2009)

11.3 Vergleich: Familienhebammen- und Case Managementkonzept

Das Tätigkeitsprofil der Familienhebamme sieht nach einem Thesenpapiers des BDH's von 2004 folgendermaßen aus. Hiernach sind Netzwerkarbeit sowie interdisziplinäre und sektorübergreifende Kooperationen unerlässlich, um Versorgungslücken und die Schnittstelle beim Übergang in den anderen Bereich zu schließen. Dies entspricht dem Ziel des CM-Konzepts. Deshalb ist die Vermittlung von Kommunikationskompetenzen im Rahmen des Fortbildungscurriculums zur Familienhebamme ein eigener Inhaltsschwerpunkt. Beide Weiter- bzw. Fortbildungscurricula zur Case Managerin / Case Manager und zur Familienhebamme beinhalten Module zur Netzwerkarbeit mittels Koordination und Kooperation, grundlegende Aspekte der Sozialen Arbeit und führen in den Bereich der Organisation, Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement ein.²⁰⁴ Diese Aufführung von den Lehrinhalten zeigt, dass sich der Ansatz einer Case Managerin oder eines Case Managers und der einer Familienhebamme sehr ähnelt. Deshalb sollten die Erfahrungen des Familienhebammenkonzeptes berücksichtigt werden, wenn nun CM als ein mögliches Konzept in der Gesundheitsversorgung von risikoarmen Schwangeren durch die Hebamme vorgestellt wird.

12 *Hebamme als Case Managerin*

Werden die bisher erarbeiteten Punkte kurz zusammengefasst, wird deutlich, dass die hierzulande herrschende, arbeitsteilige Betreuung in den Lebensphasen Schwangerschaft bis zum Ende der Stillzeit, ineffizient und –effektiv ist und sich nicht zielspezifisch an den Wünschen der Frauen orientiert, d.h. dass Schwangere derzeit noch nicht als Kundin / Klientin verstanden werden. Herausgearbeitet wurde auch, dass es an überregionalen, innovativen Modellen der prozessorientierten Schwangerensteuerung und sektorübergreifender Kooperation mangelt. Die Forderung nach entsprechenden Organisationsformen, die ein ganzheitliches Versorgungsdenken im Bereich der Schwangerschaft bis hin zur Mutterschaft sicherstellt, sollte sich an alle Prozessbeteiligten richten. Die Besonderheit von Case Management als geplante, zielspezifische und fallbezogene Versorgung in Absprache mit der Klientin oder dem Klienten wurde bereits betont. Fraglich ist nur, ob die Ein-

²⁰⁴ Vgl. Bund Deutscher Hebammen e.V. (2004), vgl. Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management (2009)

führung der Hebamme als Case Managerin in das bestehende Gesundheitssystem zu realisieren wäre. Von Vorteil ist, dass Case Management auf der Fall- und Systemebene gleichermaßen agiert. So werden Impulse die durch die Implementierung der Hebamme als Case Managerin entstehen, sogleich entsprechend von den zuständigen Stellen wahrgenommen und diskutiert. Diese könnten dann notwendige systemische Veränderungen durch gesetzliche Rahmenbedingungen in die Wege leiten. Folgend wird nun fiktiv das Projekt „*Die Hebamme als Case Managerin*“ vorgestellt.

12.1 Ausbildung zur Case Managerin

Grundlegend für den qualifizierten Einsatz von Case Management im Hebammenwesen ist eine Weiterbildung der Hebamme zur Case Managerin. Die Case Managerin sollte über verschiedene Qualifikationen, wie z.B. die anwaltschaftlichen, vermittelnden und steuernden Kompetenzen, verfügen.²⁰⁵ Zudem benötigt sie das Wissen über ökonomische Zusammenhänge, EDV-Kenntnisse und strukturelle Gegebenheiten im Gesundheitswesen. Wie bereits mehrfach erwähnt, ist ein hohes Maß an sozialer-kommunikativer Kompetenz nötig, da Gespräche mit der Klientin die Basis von Case Management sind. Ebenfalls kommt Verhandlungsgeschick, Durchsetzungsvermögen und Konfliktmanagement bei der Netzwerkarbeit zum Tragen.²⁰⁶ Es existieren bereits 17 Anbieter bundesweit, die Case Managerinnen und Case Manager ausbilden.²⁰⁷ Die Weiterbildung ist kostenpflichtig, demnach sollte die Finanzierung geklärt werden. Da ich mir eine Anbindung der Case Management Hebamme an das öffentlichen Gesundheitswesen (*ÖGW*) vorstellen kann, wäre eine Weiterbildung zu Case Management an den *Akademien für öffentliches Gesundheitswesen* in Düsseldorf oder München anzusiedeln.²⁰⁸

Ebenfalls ist die Hebamme als Case Managerin an weiteren Institutionen im Gesundheitswesen vorstellbar. In diesem Fall richtet sich die Kostenübernahme an die jeweilige Stelle. Exemplarisch wird hier das Kölner Modell dargestellt.

Das Kölner Krankenhaus führte Case Management ein und übernahm die anfallenden Kosten der Case Management Ausbildung ihrer Arbeitnehmer, die durch externe Stellen durchgeführt wurde. Da das Kölner Krankenhaus erfolgreich Case

²⁰⁵ Vgl. Mühlbacher, A.; Pflügel, R. (2008)

²⁰⁶ Vgl. Roland, C. (2008)

²⁰⁷ Vgl. Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management, Homepage: www.dgcc.de [eingesehen am 08.07.2009 um 17:52 Uhr]

²⁰⁸ Vgl. Brand, H.; Schmacke, N. (1998)

Management implementiert hat und der Bedarf an den Case Managerinnen und Case Manager steigt, entwickelte das Krankenhaus ein eigenes Case Management Curriculum und bildet nun intern und extern selbst aus.²⁰⁹

12.2 Projektanbindung in der regionalen Gesundheitsversorgung

Jede Veränderung und Neueinführung führt zu Unsicherheit und Stress bei den betroffenen Personen. Daher ist es wahrscheinlich, dass das Konzept der regional tätigen Hebamme als Case Managerin bei den verschiedenen Akteuren, im ambulanten wie stationären Bereich gleichermaßen, Widerstände erzeugt.²¹⁰ Um situationgerecht auf die verschiedenen Widerstandssymptome zu reagieren, sollte die Hebamme über Grundlagenkenntnisse von Veränderungsprozessen²¹¹ verfügen. Dieses Wissen hilft um systematisch und strukturiert die Implementierungsphase zu planen und adäquat auf die differenten Reaktionen der Prozessbeteiligten zu reagieren. Eine Voraussetzung der erfolgreichen Projektimplementierung ist die erfolgreiche Einbindung aller Beteiligten während des gesamten Veränderungsprozesses von Anfang an. Baumöl (2008) zitiert einen Interviewteilnehmer einer Change Management Studie (2003/2008) mit folgendem Wortlaut: >> *Der Erfolg oder Misserfolg hängt vom Verhalten und der Einstellung der Beteiligten ab. Deshalb ist den weichen Faktoren mindestens genauso viel Bedeutung beizumessen wie den Fakten*<<.²¹² Nachstehend werden die einzelnen Projektschritte für das Konzept „Die Hebamme als Case Managerin“ skizziert. Als Orientierungshilfe dient der Deming-Cycle oder Plan-Do-Check-Act-Zyklus. Dieser Regelkreis, der aus dem Qualitätsmanagement stammt²¹³, bietet sich besonders an, um die fortwährende Vorgehensweise bei Veränderungsprozessen zu beschreiben.²¹⁴ Auf die Planungsphase, in der die notwendigen Maßnahmen zur Veränderung geplant werden,

²⁰⁹ Vgl. Thiry, L.; Bryant, M. (2008)

²¹⁰ Vgl. Kostka, C.; Mönch, A. (2009)

²¹¹ In dem Buch Change Management widmen Kostka und Mönch mehrere Kapitel dem Veränderungsprozess und den damit einhergehenden Widerstände. Z.B. thematisieren sie die emotionalen Bedingungen während des Veränderungsprozesses, die Widerstandssymptome, Widerstandsmuster etc. (vgl. ebd., S. 10ff.).

²¹² Die Management of Change (MoC)-Studie des Internationalen Instituts für lernende Organisation und Innovation (ILIO-Studie, 1997) zeigt, dass bei den Projekten, die weniger als 60% ihrer Zielsetzung erreicht haben, der Grad der Veränderungsbereitschaft bei den Mitarbeitern, der Eigenverantwortung, sowie die Vertrauens- und Konfliktkultur schwächer ausgeprägt war als bei erfolgreicheren Projekten. Die ILIO-Studie zieht als Fazit, Barrieren im mental-kulturellen Bereich und nicht im fachlich-sachlichen Bereich (vgl. Baumöl, U. (2008), S.1).

²¹³ Vgl. Riemann, K. (2003)

²¹⁴ Vgl. Joskus, H. (2009)

folgt die Durchführungsphase, die sich an den chronologischen Planungsschritten orientiert. Die daran anschließende Phase überprüft die beobachteten und dokumentierten Ergebnisse. Der vierte Schritt, die Neuplanung, analysiert den Zustand, schließt den alten Regelkreis ab und leitet den erneuten Zyklus ein.²¹⁵ Während eines Projektes wird der PDCA-Zyklus mehrfach durchlaufen.

Das übergeordnete Ziel ist die Verstetigung der Hebamme als Case Managerin in das Gesundheitswesen.

Schritt 0

- Klärung der Projektidee
- Sichern der Projektfinanzierung

An und für sich findet dieser Schritt schon per Projektantrag vor der Weiterbildung der Hebamme zur Case Managerin statt, bzw. bei Anbindung an die Klinik ist die Finanzierung seitens des Krankenhausmanagements zu klären.

- Verortung der Projektidee

An ein Versorgungszentrum für Familien, an den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) oder an eine Klinik

Schritt 1

- Prozess-, Struktur-, Aufbau- und Ablaufanalyse²¹⁶

Da CM einen prozessorientierter Ansatz verfolgt, bedarf es einer vollständigen Analyse der Prozesse²¹⁷. Für die optimale Lenkung der Schnittstellen müssen insbesondere die Übergänge zwischen den beiden Sektoren durchlässig beschrieben werden.

Ziel ist es,

1. dass ähnliche Prozesse, bzw. Kompetenzen identifiziert und zu organisatorische Einheiten zusammengefasst werden, mit dem Zweck des wirtschaftlichen und qualitativen Vorteils.
2. Über- und Unterversorgungen zu erkennen, Doppel- und Mehrfachuntersuchungen zu reduzieren, Unterversorgung zu vermeiden.
3. dass alle Leistungserbringer erfasst werden und zukünftig im Prozess berücksichtigt, eingebunden und koordiniert werden können.²¹⁸

²¹⁵ Vgl. ebd.

²¹⁶ Vgl. Sabo, P. (2003)

²¹⁷ Unter Anwendung des Service Blueprinting, eine von Shostack entwickelte Methode, wird Schritt für Schritt die Dienstleistung zwischen Erbringer und Klient herausgearbeitet. Diese Methode orientiert sich klar an den Wünschen des Klienten.

²¹⁸ Vgl. Kerres, M.; Lohmann, H. (2000), S. 50

Schritt 2

- Einbindung aller Beteiligten

Informationstreffen, transparente und kontinuierliche Informationsweitergabe, Inhaltlich sollten Einführungsgründe von CM benannt werden. Wesentliche Veränderung der Organisation müssen strukturiert vorgetragen werden. Motivation, Interesse und Anreize zur Mitarbeit schaffen.²¹⁹

- Evaluationsprojekt

Da die Verstetigung von einer erfolgreichen Evaluierung abhängt, orientiert sich dieser Aspekt an den Erkenntnissen einer Delphi-Befragung²²⁰ von Balzer (2006)

1. methodisch saubere und korrekte Evaluationsdurchführung und Datenauswertung
2. angemessenes Evaluationsdesign
3. klar definierte Ziele,
4. vernünftiger Zeit- und Budgetrahmen
5. Beachtung des Qualitätsstandards
6. Beachtung datenschutzrechtlicher, ethischer und rechtlicher Grundsätze
7. professionelle Evaluatorin oder professioneller Evaluator²²¹

- Projektstart terminieren („Projekt-Kick-off“)

Schritt 3

- Bilden von interdisziplinären und -professionellen Arbeitsgruppen

Empfehlenswert ist es, dass die Projektgruppe berufsübergreifend besetzt ist, damit eine größtmögliche Akzeptanz während des Implementierungsprozesses von allen Berufsgruppen erreicht wird und die verschiedenen berufsspezifischen Denkmuster Berücksichtigung finden.²²²

1. Entwickeln von standardisierten Betreuungspfaden²²³
2. Dokumentationsstandard festlegen
3. Kooperationsvereinbarung formulieren
4. EDV-Entwicklung

²¹⁹ Vgl. Joskus, H. (2009)

²²⁰ Als Delphi-Studien werden mehrstufige, meist schriftliche, Expertenbefragungen bezeichnet, mit dem Ziel, Lösungswege für komplexe Sachverhalte oder Handlungsleitlinien zu generieren (vgl. Balzer, L. (2006); Vgl. Rienhoff, O. (1998)).

²²¹ Vgl. Balzer, L. (2006); vgl. Kirschner, W. et al. (2006)

²²² Vgl. Joskus, H. (2009)

²²³ Betreuungspfad orientiert sich an den Mutterschaftsrichtlinien, dabei sollte aber auf die Evidenz der empfohlenen Untersuchungen geachtet werden. Derzeit forscht Schling, S. (2009) zu dieser Thematik.

Schritt 4

- Unterzeichnung der Kooperationsvereinbarung aller Akteure

Die gemeinsam entwickelte und unterschriebene Vereinbarung hat bindenden Charakter.²²⁴

- Überleitungsmanagement ambulant-stationär und stationär-ambulant
- EDV-Schulung
- regelmäßiges Treffen mit den Akteuren mit Ist- und Soll-Stand – Analyse

1. Kommunikationsstruktur

Wie bereits erwähnt, hängt der Erfolg wesentlich von der Kommunikation ab. Diesem CM-Instrument sollte große Beachtung geschenkt werden.

2. Kooperationspartner

Die Wichtigkeit der Kooperation für ein erfolgreiches CM wurde bereits mehrfach erwähnt. Kooperation ist aber nicht nur ein CM-Instrument sondern auch ein Qualitätskriterium.²²⁵

Schritt 5

- Pretest – Probelauf Hebamme als Case Managerin

Der Probelauf hat ein klar definiertes Start- und Enddatum. Joskus (2009) empfiehlt ein halbes Jahr.²²⁶ Da der Prozess der Schwangerschaft bis hinein ins Wochenbett über ein Jahr hinaus dauert, sollte die Testphase mindestens 12 Monate betragen.

1. Sicherstellen von Outreaching, Case Finding, Intake
 2. Erstkontakt zwischen Hebamme und Klientin
 3. Assessment mit den Klientinnen und Hilfeplanung des kompletten Betreuungsbogens
 4. kontinuierliches Monitoring, bei Bedarf nach- und verbessern
 5. Evaluation mit der Klientin und Rückkopplung der Akteure, Evaluation der Akteure
- Modifikation des Konzepts
 1. Rückkopplung Fall- und Systemebene
 - Projektstart des verbesserten Konzepts

²²⁴ Vgl. Schweitzer, J. (2000); vgl. Wendt, W. R. (2004)

²²⁵ Vgl. Joskus, H. (2009)

²²⁶ Vgl. ebd.

Das Projekt „*Die Hebamme als Case Managerin*“ hat erneut ein klar definiertes Start- und Enddatum.²²⁷

Schritt 6

- Evaluation der Implementierung

1. alle Beteiligten
2. ggf. Organisation
3. Klientinnen
4. Kosten-Nutzen

- Verstetigung²²⁸

Ergebnisse des Projektes *Die Hebamme als Case Managerin* sollten publiziert und diskutiert werden. Das Ziel ist es, einen klar definierten (unbefristeten) Arbeitsauftrag von den Entscheidungsträgern zu erlangen.²²⁹

²²⁷ Vgl. ebd.

²²⁸ Die Schritte lehnen sich an Joskus, H: (2009); Pape, R. et al. (2008); Sabo, P. (2003) an

²²⁹ Vgl. Joskus, H. (2009)

13 **Schlussbetrachtung**

Diese Ausarbeitung hat einleitend den Anspruch erhoben, ein neues innovatives Konzept in der Lebensphase der Schwangerschaft bis hinein in die Elternzeit zu beschreiben. Maßgeblich sollte dies an die Berufsgruppe der Hebammen angebunden sein. Dafür wurden verschiedene Gründe beschrieben. Neben der Empfehlung des Sachverständigenrates (2007) das Handlungskonzept CM an die Pflegeberufe oder anderen entsprechenden Berufsgruppen anzusiedeln²³⁰, heben Schmid et al. (2008) hervor, dass die jeweilige Berufsgruppe Experten ihres Fachs sein sollten.²³¹ Dass nun Hebammen über umfangreiche Expertise im Bereich der Schwangerschaft bis zum Ende der Stillzeit verfügen, wurde herausgearbeitet.

Ein weiterer Argumentationspunkt für „*Die Hebamme als Case Managerin*“ wurde bis hierher noch nicht diskutiert. Es herrscht momentan nicht nur ein *Ärztmangel* in Deutschland, sondern auch eine Unterversorgung im Bereich der Hebammenhilfe. Besonders in strukturschwachen Gebieten ist aktuell eine flächendeckende Hebammenversorgung in Deutschland nicht gewährleistet.²³² Demnach empfiehlt es sich, besonders in ländlichen Gebieten ein strukturiertes Behandlungskonzept, bei dem die Hebamme federführend Verantwortung übernimmt, zu implementieren, damit eine an den Bedürfnissen der Frau ausgerichtete Begleitung gesichert ist und optimal die vorhandenen Ressourcen genutzt werden.

Basierend auf der Tatsache, dass das deutsche Gesundheitssystem sich weiterhin verändern wird, bietet sich für die Gesundheitsversorgung die Chance der Neustrukturierung. Welche Richtung aber im Bereich der Schwangeren-, Gebärenden- und Wöchnerinnenbetreuung künftig eingeschlagen wird, vermag ich nicht zu beurteilen. Ob nun eine steigende Tendenz zur operativen Beendigung der Geburt und eine Ausweitung des Untersuchungsrahmen in der Schwangerschaft zu verzeichnen sein wird oder aber die originäre Hebammenarbeit vermehrt in Anspruch genommen wird, wird sich zeigen.

Das Modell „*Die Hebamme als Case Managerin*“ weist in dieser Ausarbeitung eine Lücke bei der Systemfrage auf. Bewusst wurde auf den Punkt verzichtet, ob

²³⁰ Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007), S. 24

²³¹ Vgl. Schmidt et al. (2008), S. 27

²³² Vgl. Albrecht, H. (2009), S. 521, im Hebammenforum weist sie darauf hin, dass derzeit politisch über die zugelassenen Distanzen von Perinatalzentren diskutiert wird. Da sie die räumlichen Abstände als zu weit interpretiert, sieht sie die Gefahr der Unterversorgung der Hebammenhilfe in ländlichen Gebieten

die Anwendung von CM kompatibel ist mit dem gängigen System oder wie es sich theoretisch verändern müsste. Dieser Aspekt ist aber grundlegend, wenn über das Projekt „*Die Hebamme als Case Managerin*“ nachgedacht wird und sollte bei einer weiterführenden Auseinandersetzung mit der Thematik beantwortet werden.

Zum Schluss bleibt mir nur noch zu sagen, dass das Gesundheitswesen eine spannende Zukunft für alle Beteiligten bereithält. Und es wahrscheinlich ist, dass diejenigen, die nicht mit der Zeit gehen, mit der Zeit gehen werden.

Literatur

Albrecht, H. (2009): Versorgungsauftrag der Hebammen, In: Hebammenforum 7/2009, 521.

Allen, I.; Dowling, S.; Williams, S. (1997): A leading role for midwives? Policy Studies Institute, London.

Ayerle, G. M. (2009): Prädikat Familienhebamme, In: Hebammenforum 7/2009, 529 – 535.

Balzer, L. (2006): Bedingungen erfolgreicher Evaluationen im Gesundheitswesen – Ergebnisse einer Delphi-Befragung, In: Loidl-Keil, R.; Laskowski, W. (2006): Evaluation im Gesundheitswesen – Konzepte, Beispiele, Erfahrungen, München: Rainer Hampp Verlag.

Baumberger, J. (2001): So funktioniert Managed Care - Anspruch und Wirklichkeit der integrierten Gesundheitsversorgung in Europa, Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

Baumöl, U. (2008): Change Management in Organisationen – Situative Methodenkonstruktion für flexible Veränderungsprozesse, Wiesbaden: Gabler Verlag.

Bea, F.X.; Haas, J. (2001): Strategisches Management, Stuttgart: Lucius & Lucius, 3. Auflage.

Brand, H.; Schmacke, N. (1998): Der öffentliche Gesundheitsdienst, In: Schwartz, F.W. et al. (1998): Das Public Health Buch – Gesundheit und Gesundheitswesen, München: Urban & Schwarzenberg.

Brandstädter, I. (2007): Das Denken der anderen, In: Deutsche Hebammenzeitschrift, 10/2007, 6 – 7.

Bund Deutscher Hebammen e.V. (2004): Die Familienhebamme –Thesenpapier der AG-Familienhebamme.

Bund Deutscher Hebammen e.V. (BDH) (2006): Expertise des Bund Deutscher Hebammen e.V. im Rahmen der Anhörung vor dem Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen am 24. August 2006 in Berlin, Karlsruhe.

Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management (DGCC) (2009): Standards und Richtlinien für die Weiterbildung: Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen und in der Beschäftigungsförderung, Mainz.

- Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (Hrsg.) (1993):** Fachlexikon der sozialen Arbeit, Frankfurt am Main: Eigenverlag.
- Dietzel, G. T. W. (2004):** Auf dem Weg zur europäischen Gesundheitskarte und zum e-Rezept, In: Jähn, K.; Nagel, E. (2004): e-Health, Berlin: Springer-Verlag.
- Dörpinghaus, S.; Kremer, M.; Mai, A. (2003):** Die Hebamme als Case Managerin, In: Deutsche Hebammenzeitschrift 10/2003, S. 50 – 55.
- Duden – Band 1 (2004):** Die deutsche Rechtschreibung, Mannheim: Dudenverlag, 23. Auflage.
- Duden – Band 5 (2005):** Fremdwörterbuch, Mannheim: Dudenverlag, 8. Auflage.
- Fachlexikon der Sozialen Arbeit (1993):** Frankfurt am Main: Eigenverlag, 3. Auflage
- Fullerton, J. et al. (2003):** The International Confederation of Midwives' study of essential competencies of midwifery practice, In: Midwifery, 19/2003, 174 – 190.
- Gesetzesbeschluss des Deutschen Bundestages (1992):** Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheitsstrukturgesetz), Zuletzt geändert 2003.
- Gesetzesbeschluss des Deutschen Bundestages (2007):** Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG).
- Hebammengesetz (HebG) (1985):** Gesetz über den Beruf der Hebamme und des Entbindungspfleger, Zuletzt geändert 2003.
- Hejda, M.; Stenz, G. (2002):** Zukunft der Wochenstation, In: Deutsche Hebammenzeitung, 12/2002, 49 – 52.
- Henke, K.-D.; Bungenstock, J. M.; Podtschaske, B. (2008):** Mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen durch genossenschaftliche Kooperationen – Europäische Schriften zu Staat und Wirtschaft, Baden-Baden: Nomos Verlag, 26. Band.
- Horschitz, H. (2005):** Das Krankenkassengebührenrecht der Hebamme - Text und Kommentar zur Hebammenhilfe-Gebührenverordnung ; vom 28.10.1986 in der Fassung vom 21. Juni 2004 (Bundesgesetzblatt Teil I, S. 1731); mit Gebührevorschrift für die neuen Bundesländer, Hannover: Stade Verlag, 9. Auflage.
- Jähn, K.; Nagel, E. (2004):** e-Health, Berlin: Springer-Verlag.
- Joskus, H. (2009):** Primary Nursing – Ein Konzept für die ambulante Pflege, Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft, 2. Auflage.

- Kateman, H.; Herschderfer, K. (2005):** Multidisciplinary collaborative primary maternity care project – current practice in Europe and Australia, A descriptive study, International Confederation of Midwives
- Kerres, M.; Lohmann, H. (2000):** Der Gesundheitssektor: Chancen zur Erneuerung – Vom regulierten Krankenhaus zum wettbewerbsfähigen Gesundheitszentrum, Wien: Wirtschaftsverlag Carl Ueberreuter.
- Kirschner, W. et al. (2006):** Evaluation der Tätigkeit des Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) – Erfahrungen aus einer Evaluation einer institutionellen Aufgabewahrnehmung, In: Loidl-Keil, R.; Laskowski, W. (2006): Evaluation im Gesundheitswesen – Konzepte, Beispiele, Erfahrungen, München: Rainer Hampp Verlag.
- Klinke, S. (2003):** Ordnungspolitischer Wandel im Gesundheitssystem als Folge der Reformgesetz Bemühungen – Diplomarbeit, Bremen.
- Klug, W. (2003):** Case Management im US-amerikanischen Kontext: Anmerkungen zur Bilanz und Folgerungen für die deutsche Sozialarbeit, In: Löcherbach, P. (Hrsg.) et al.: Case Management – Fall- und Systemsteuerung in der Sozialen Arbeit, München: Wolters Kluwer, 2. Auflage.
- Koerdt, A. (2001):** Case Management und Systemsteuerung, In: Managed Care, 7/2001, 40 – 42.
- Korporal, J.; Dangel-Vogelsang, B. (2000):** Schwangerschaft und Geburt: außerklinische Geburtshilfe durch Hebammen, In: Rennen-Allhoff, B.; Schaeffer, D. (Hrsg.) (2000): Handbuch Pflegewissenschaft, Weinheim/München: Juventa Verlag.
- Korte, H. (2004):** Soziologie, Konstanz: UVK Verlagsgesellschaft mbH.
- Kostka, C.; Mönch, A. (2009):** Change Management – 7 Methoden für die Gestaltung von Veränderungsprozessen, München: Hanser Verlag, 3. Auflage.
- Krech, D.; Crutchfield, R. S. et al. (1992):** Grundlagen der Psychologie - Studienausgaben, Weinheim: Beltz – Psychologie Verlags Union.
- Kreft, D.; Mielenz, I. (Hrsg.) (2005):** Wörterbuch Soziale Arbeit – Aufgaben, Praxisfelder, Begriffe und Methoden der Sozialarbeit und Sozialpädagogik, Weinheim: Juventa Verlag, 2005.
- Löcherbach, P. (2003):** Einsatz der Methode Case Management in Deutschland: Übersicht zur Praxis im Sozial- und Gesundheitswesen – Vortrag: Augsburger Nachsorgesymposium am 24.05.2003.

- Lutz, U.; Kolip, P. (2004):** Die GEK-Kaiserschnittstudie – Schriftreihe zur Gesundheitsanalyse, Gmünder ErsatzKasse, St. Augustin: Asgart-Verlag, Band 42.
- Mändel, Ch.; Opitz-Kreuter, S.; Wehling, A. (1995):** Das Hebammenbuch - Lehrbuch der praktischen Geburtshilfe, Stuttgart: Schattauer Verlag.
- McCourt, Ch. et al. (1998):** Evaluation of one-to-one midwifery: women's responses to care, In: Birth, 25(2) / 1998, 73 – 80.
- Merten, K. (2007):** Einführung in die Kommunikationswissenschaft – Grundlagen der Kommunikationswissenschaft, Berlin: LIT.-Verlag, Band 1/1, 3. Auflage.
- Mühlbacher, A. (2002):** Integrierte Versorgung – Management und Organisation, Bern: Hans Huber Verlag.
- Mühlbacher, A.; Pflügel, R. (2008):** Welche Qualifikationen brauchen Gesundheitsberufe in der Integrierten Versorgung? In: Public Health Forum 16 (58) / 2008, 14.e1 – 14.e2.
- Nakhla, D.; Eickhorst, A.; Cierpka, M. (2009):** Praxishandbuch für Familienhebammen – Arbeit mit belasteten Familien, Frankfurt am Main: Mabuse Verlag.
- Nieting, A. (2009):** Nichts ist mächtiger, als eine Idee deren Zeit gekommen ist, In: Hebammenforum 7/2009, 526 – 528.
- Ostgathe, Ch.; Düsterdiek, A. (2008):** Case Management in der Palliativmedizin, In: Pape, R. et al. (2008): Case Management im Krankenhaus – Aufsätze zum Kölner Modell in Theorie und Praxis, Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft.
- Pape, R. et al. (2008):** Case Management im Krankenhaus – Aufsätze zum Kölner Modell in Theorie und Praxis, Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft.
- Petersen, J.; Jahn, A. (2008):** Suspicious findings in antenatal care and their implications from the mothers' perspective: A prospective study in Germany, Birth 35:1, 2008/03, 41 – 49.
- Porter, M. (2004):** Changing Childbirth? The British Midwife's role in research and innovation, In: Teijlingen van, E. R.(2004): Midwifery and the medicalization of childbirth: comparative perspectives, New York: Nova Sciences Publishers Inc.
- Rachold, U. (2000):** Neue Versorgungsformen und Managed Care - Ökonomische Steuerungsmaßnahmen der Gesundheitsversorgung, Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.
- Ratcliffe, J.; Ryan, M.; Tucker, J. (1996):** Family doctor/midwife-led antenatal care is cheaper than obstetric-led care in low-risk pregnant women, In: Journal of Health Services Research & Policy, 1(3) / 1996, 135 – 140.

Reichsversicherungsordnung (RVO) (1911): Reichsversicherungsordnung im Bundesgesetzblatt Teil III, Zuletzt geändert 2009.

Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung (Mutterschafts-Richtlinien) (1985): zuletzt geändert am 22.01.2009.

Riemann, K. (2003): Qualitätssicherung, Qualitätsentwicklung, Qualitätsmanagement, In: BZgA (Hrsg.) (2004): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung – Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung, Schwabenheim a. d. Selz: Fachverlag Peter Sabo, 5. Auflage.

Rienhoff, O. (1998): Qualitätsmanagement, In: Schwartz, F.W. et al. (1998): Das Public Health Buch – Gesundheit und Gesundheitswesen, München: Urban & Schwarzenberg.

Roland C. (2008): Das Konzept und seine Umsetzung, In: Pape, R. et al. (2008): Case Management im Krankenhaus – Aufsätze zum Kölner Modell in Theorie und Praxis, Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft.

Sabo, P. (2003): Projekte / Projektmanagement, In: BZgA (Hrsg.) (2004): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung – Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung, Schwabenheim a. d. Selz: Fachverlag Peter Sabo, 5. Auflage.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007): Kooperation und Verantwortung – Voraussetzung einer zielorientierten Gesundheitsversorgung, Gutachten – Kurzfassung, Bonn.

Sayn-Wittgenstein F. zu (Hrsg.) (2007): Geburtshilfe neu denken – Bericht zur Situation und Zukunft des Hebammenwesens in Deutschland, Bern: Hans Huber Verlag.

Schling, S. et al. (2009): Zur Historie des Mutterpasses und seines Aktualisierungsbedarfs, In: Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie, 213, 42 – 48.

Schmid, E. et al. (2008): Patientencoaching Gesundheitscoaching Case Management – Methoden im Gesundheitsmanagement von morgen, Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Schneider, E. (2009): Von der Hebamme zur Familienhebamme – Auswirkung auf das berufliche Selbstverständnis, In: Nakhla, D.; Eickhorst, A.; Cierpka, M. (2009):

Praxishandbuch für Familienhebammen – Arbeit mit belasteten Familien, Frankfurt am Main: Mabuse Verlag.

Schröder, J. - P. (2009): Von der Wertschätzung zur Wertschöpfung, In: Arzt und Krankenhaus, 05/2009, 140 – 143.

Schug, St. H.; Schramm-Wölk, I. (2004): Telematik-Standards für das Gesundheitswesen, In: Jähn, K.; Nagel, E. (2004): e-Health, Berlin: Springer-Verlag.

Schultz von Thun, F. (1998): Miteinander reden 3 – Das Innere Team und situationgerechte Kommunikation, Hamburg: Rowohlt Verlag.

Schwartz, F. W.; Wismar, M. (1998): Planung und Management, In: Schwartz, F.W. et al. (1998): Das Public Health Buch – Gesundheit und Gesundheitswesen, München: Urban & Schwarzenberg.

Schweitzer, J. (1998): Gelingende Kooperation- Systemische Weiterbildung in Gesundheits- und Sozialberufen, Weinheim: Juventa Verlag.

Schweitzer, J. (2000): Bedingungen gelingender Kooperation im Gesundheitswesen, In: Kröger, F.; Hendrichke, A.; McDaniel, S. (Hrsg.) (2000): Familie, System und Gesundheit – Systemische Konzepte für ein soziales Gesundheitswesen, Heidelberg: Carl-Auer-System Verlag.

Schwetlick, W. (2004): Intranets und virtuelle Netzwerke (VPN'S), In: Jähn, K.; Nagel, E. (2004): e-Health, Berlin: Springer-Verlag.

Seibt, A. C. (2004): Pantheoretisches Modell, In: BZgA (Hrsg.) (2004): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung – Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung, Schwabenheim a. d. Selz: Fachverlag Peter Sabo, 5. Auflage.

Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V): § 140b Abs. (3) - Verträge zu integrierten Versorgungsformen.

Spurgeon, P.; Hicks, C.; Barwell, F. (2001): Antenatal, delivery and postnatal comparison of maternal satisfaction with two pilot Changing Childbirth schemes compared with a traditional model of care, In: Midwifery, 17/2001, 123 – 132.

Staschek, B. (2001): Kooperation in der Geburtshilfe, In: Deutsche Hebammenzeitung, 10/2001, 51 – 53.

Thiry, L.; Bryant, M. (2008): Das Kölner Curriculum, In: Pape, R. et al. (2008): Case Management im Krankenhaus – Aufsätze zum Kölner Modell in Theorie und Praxis, Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft.

Thiry, L.; Pape, R. (2008): Case Management im Krankenhaus, In: Pape, R. et al. (2008): Case Management im Krankenhaus – Aufsätze zum Kölner Modell in Theorie und Praxis, Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft.

Todd, Ch. J.; Farquhar M. C.; Camilleri-Ferrante, C.(1998): Team midwifery: the views and job satisfaction of midwives, In: Midwifery 14/1998, 214- 224.

Trojan, A. (2004): Vermitteln und Vernetzen, In: BZgA (Hrsg.) (2004): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung – Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung, Schwabenheim a. d. Selz: Fachverlag Peter Sabo, 5. Auflage.

Wendt, W. R. (2001):Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen – Eine Einführung, Freiburg: Lambertus-Verlag, 3. Auflage.

Wendt, W. R. (2003): Case Management: Stand und Position in der Bundesrepublik, In: Löcherbach, P. (Hrsg.) et al.: Case Management – Fall- und Systemsteuerung in der Sozialen Arbeit, München: Wolters Kluwer, 2. Auflage.

Wendt, W. R. (2004): Case Management der Zukunft – Thesenpapier, Münster.

Weskamm, A. (2005): Alle tun es und keiner weiß es, In: Hebammenforum, 6/2007, 436 – 442.

Wetzel, A. (2008): Fallbeispiel aus der Orthopädie, In: Pape, R. et al. (2008): Case Management im Krankenhaus – Aufsätze zum Kölner Modell in Theorie und Praxis, Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft.

Williamson, S.; Thomson, A. M. (1996): Women´s satisfaction with antenatal care in a changing maternity service, In: Midwifery, 12/1996, 198 – 204.

Zoege, M. (2004):Die Professionalisierung des Hebammenberufs – Anforderungen an die Ausbildung, Bern: Hans Huber Verlag.

Internet

Bundesärztekammer (2006): Kooperation der Fachberufe im Gesundheitswesen, Augsburg, 21.10.1994.

<http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.1.17.3619.3884#2> [eingesehen am 22.06.2009 um 15.12 Uhr]

Deutscher Hebammenverband e.V. (DHV)

<http://www.hebammenverband.de/index.php?id=15> [eingesehen am 05.07.2009 um 14:30 Uhr]

Deutsche Hebammenzeitschrift (DHZ)

www.deutschehebammenzeitschrift.de [eingesehen am 05.07.2009 um 13:30 Uhr]

Frühe Hilfen

www.fruehehilfen.de/3232.0.html [eingesehen am 08.07.2009 um 15:56 Uhr]

Statistisches Bundesamt Deutschland

[www.destatis.de_Zahl der Woche Nr. 032 vom 12.08.2008](http://www.destatis.de_Zahl_der_Woche_Nr._032_vom_12.08.2008) [eingesehen am 04.07.2009 um 10.30 Uhr]

Statistisches Bundesamt Deutschland

[www.destatis.de_Zahl der Woche Nr. 014 vom 07.04.2009](http://www.destatis.de_Zahl_der_Woche_Nr._014_vom_07.04.2009) [eingesehen am 05.07.2009 um 14.30 Uhr]

Tesic, D. (2008): 7-Länder-Vergleich des Commonwealth Fund: Der deutsche Hausarzt genießt international einen guten Ruf, KV Blatt 01/2008. http://www.kvberlin.de/40presse/30kvblatt/2008/01/30_titelthema/kvbj.html [eingesehen am 07.06.2009 um 9:21 Uhr]

The 2007 Commonwealth Fund International health Policy Survey: Data Sheeted Questionnaire

http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Surveys/2007/2007%20International%20Health%20Policy%20Survey%20in%20Seven%20Countries/28662_DSQ_Final_070607%20pdf.pdf [eingesehen am 25. 06.2009 um 13:36 Uhr]

The 2007 Commonwealth Fund International health Policy Survey: Data Sheeted Questionnaire – gesamte Ergebnisse

<http://www.commonwealthfund.org/Content/Surveys/2007/2007-International-Health-Policy-Survey-in-Seven-Countries.aspx> [eingesehen am 25. 06.2009 um 13:20 Uhr]

Eidesstattliche Erklärung

„Ich erkläre hiermit an Eides statt, dass ich vorliegende Arbeit ohne unzulässige Hilfe Dritter und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe; die aus anderen Quellen direkt oder indirekt übernommenen Daten und Konzepte sind unter Angabe des Literaturzitats gekennzeichnet.“

(Ort, Datum)

(Unterschrift)