

# Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg

Fakultät Wirtschaft und Soziales  
Department Pflege & Management

## Bachelorstudiengang Pflegeentwicklung & Management

### Prozessmanagement und Case Management – Ein Vergleich zweier Ansätze vor dem Hintergrund einer Anwendung im Krankenhaus

Bachelor-Thesis

Tag der Abgabe: 28.02.2011

Vorgelegt von: Sarah Stölting

Betreuender Prüfer: Prof. Dr. rer. pol. Knut Dahlgard

Zweiter Prüfer: Prof. Dr. phil. Peter Stratmeyer

## Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	II
Abkürzungsverzeichnis	IV
Abbildungsverzeichnis	V
Tabellenverzeichnis	V
<b>1 Grundlegung</b>	<b>1</b>
1.1 Einleitung	1
1.2 Problemstellung und Vorgehensweise	3
<b>2 Definition und Kennzeichnung thementragender Begriffe</b>	<b>4</b>
2.1 Management	4
2.1.1 Begriffsauffassung	4
2.1.2 Charakteristika des Ansatzes	9
2.1.2.1 Management als Funktion	9
2.1.2.2 Management als Institution	12
2.1.2.3 Ebenen des Managements	13
2.2 Prozessmanagement und -organisation	15
2.2.1 Begriffsauffassung	15
2.2.2 Charakteristika des Ansatzes	19
2.2.2.1 Prozessorganisation als Rahmen	19
2.2.2.2 Managementobjekt Prozess	22
2.2.2.3 Prozessgestaltung	25
2.2.2.4 Prozessmanagement und seine Funktionen	29
2.3 Case Management	33
2.3.1 Begriffsauffassung	33
2.3.2 Charakteristika des Ansatzes	37
2.3.2.1 Managementobjekt Case	37
2.3.2.2 Case Management Ebenen	38
2.3.2.3 Case Management Phasen	40
2.3.2.4 Case Management Funktionen	44
<b>3 Vergleich der Ansätze</b>	<b>47</b>
3.1 Zur Einordnung der Ansätze zwischen Methode und Konzept	47
3.2 Kriteriengestützte Gegenüberstellung der Ansätze	50

<b>4</b>	<b>Prozessmanagement und Case Management im Krankenhaus .....</b>	<b>56</b>
4.1	Ausgangssituation und Managementnotwendigkeit im Krankenhaus.....	56
4.2	Möglichkeiten der Konzeptanwendung im Krankenhaus.....	60
4.3	Resümee und Ausblick.....	65
<b>5</b>	<b>Literaturverzeichnis.....</b>	<b>68</b>
	Eidesstaatliche Erklärung	74

## Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
bzw.	beziehungsweise
DRG	Diagnosis Related Groups
ggf.	gegebenenfalls
i.d.R.	in der Regel
Jh.	Jahrhundert
mind.	mindestens
PM	Prozessmanagement
PO	Prozessorganisation
s.	siehe
Tab.	Tabelle
u.a.	unter anderem
USA	United States of America
usw.	und so weiter
vgl.	Vergleiche
z.B.	zum Beispiel
z.T.	zum Teil

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 : Managementprozess .....	11
Abbildung 2 : Verhältnis Prozessmanagement und -organisation .....	18
Abbildung 3 : Prozessmanagement-Funktionen im engeren Sinn.....	32
Abbildung 4 : Mehrebenenstrategie Case Management .....	40
Abbildung 5 : Wechselbeziehung Fall- und Systemebene Case Management ....	43
Abbildung 6 : Case Management - Leistungsdreieck .....	46
Abbildung 7 : Vergleich Prozessmanagement und Case Management.....	55

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 : Übersicht Managementfunktionen .....	10
Tabelle 2 : Prozessmerkmale .....	23
Tabelle 3 : Prozessarten .....	23
Tabelle 4 : Mehrebenenmodell der Prozessbetrachtung .....	24
Tabelle 5 : Aktionsträger im Prozess .....	27
Tabelle 6 : Prozessmanagement Maßnahmenbündel I .....	31
Tabelle 7 : Prozessmanagement Maßnahmenbündel II .....	31
Tabelle 8 : Gegenüberstellung Prozessmanagement und Case Management ....	51

## 1 Grundlegung

### 1.1 Einleitung

Das Gesundheitswesen als komplexer und hochgradig arbeitsteiliger Sektor weist eine zunehmende Fragmentierung auf. Das System der Gesundheitsversorgung in seiner Gesamtheit ist in viele einzelne Versorgungsbereiche unterteilt. Besonders prägnant erscheint die Kluft zwischen ambulantem und stationärem Sektor. Die stark aufgegliederten Strukturen stellen neue Herausforderungen an die zeitliche und räumliche Gestaltung des Versorgungsgeschehens.<sup>1</sup>

Jene Fragmentierung und die damit verbundenen Ansprüche an die Leistungserstellung lassen sich auch auf das Subsystem Krankenhaus übertragen. Die Strukturen der Krankenhäuser sind geprägt durch eine funktionelle Spezialisierung und Arbeitsteilung, die eine Ordnung der Kliniken in medizinische Fachabteilungen (Innere Medizin, Chirurgie usw.) einerseits und Funktionsbereiche (Labor, Radiologie usw.) andererseits bewirkt.<sup>2</sup> Die Gesamtbehandlung der Patienten wird untergliedert und in verschiedene Abteilungen des Krankenhauses verlagert.

Ergebnis der Zersplitterung von Diensten und Leistungsangeboten ist eine wachsende Desintegration und Diskontinuität des Leistungsgeschehens sowohl im Gesundheitssystem selbst, als auch innerhalb seiner Institutionen. Im Sinne einer selbst erzeugten Komplexität ziehen unzählige Schnittstellen eine enorme „Schwerfälligkeit“<sup>3</sup> der Systeme nach sich.<sup>4</sup>

Neben der Zergliederung des Gesundheitswesens erwachsen auch aus der Veränderung des Versorgungsbedarfs Erfordernisse an die Funktionalität der Leistungserstellung im Krankenhaus. Demographische und epidemiologische

---

<sup>1</sup> Vgl. Ewers, Michael/ Schaeffer, Doris (2005): Einleitung: Case Management als Innovation im bundesdeutschen Sozial- und Gesundheitswesen, in: Ewers, Michael/ Schaeffer, Doris (Hrsg.): Case Management in Theorie und Praxis, 2. Aufl., Verlag Hans Huber, Bern, S. 7-27, hier S. 8f. sowie 30-32.

<sup>2</sup> Vgl. Köpfer, T (2004): Case Management –Chance für das Krankenhaus im Wandel, in: Hellmann, Wolfgang (Hrsg): Handbuch Integrierte Versorgung, Ecomed Medizin Verlag, Abschnitt 10.1.1, S. 1-26, hier S.14.

<sup>3</sup> Steyrer, Johannes (2003): Case- und Prozessmanagement als Option für ein erweitertes Berufsverständnis der Pflege, in: Österreichische Pflegezeitschrift, 11/ 2003, S. 12.

<sup>4</sup> ebd.

Entwicklungen sowie eine geforderte Nutzer- bzw. Patientenorientierung<sup>5</sup> führen zu einem vielschichtigen Versorgungsbedarf, zu dessen Deckung medizinische, pflegerische und soziale Dienstleistungen verbunden werden müssen. Gleichzeitig steigt in Folge der Einführung des leistungsbezogenen und pauschalierenden Vergütungssystems German- DRG (Diagnosis Related Groups) der ökonomische Druck auf die Kliniken, welche sich in einem Umfeld zunehmender Wirtschaftsorientierung und wachsendem Wettbewerb bewähren müssen.

Fragmentierung sowie ein Krankenhausauftrag zwischen limitierter Finanzausweisung und Nutzerorientierung bei quantitativ und qualitativ gestiegenem Leistungsbedarf stellen hohe Anforderungen an eine effektive und effiziente Gesundheitsversorgung, deren Ziel die Sicherstellung einer kontinuierlichen, integrierten und bedarfsgerechten Versorgung ist. Es gilt, „(...) den Patienten sicher durch das Räderwerk der Leistungserbringung zu begleiten und zum anderen aber auch darauf zu achten, dass die Zahnräder der Leistungserbringung gut ineinander greifen können“.<sup>6</sup>

Zahlreiche themenbezogene Publikationen widmen sich der Lösung dieser Aufgabe. Zwei Ansätze, die häufig zur Problembewältigung herangezogen werden, sind Prozessmanagement und Case Management. In einer wahren babylonischen Sprachverwirrung finden beide Begrifflichkeiten – oft ohne eine eindeutige Definition – in der Literatur Anwendung. Eine klare Abgrenzung der Begriffe wird durch die vielfach synonyme Verwendung erschwert. Diese Sprachverwirrung ist Ausgangspunkt der Problemstellung dieser Thesis, welche im folgenden Abschnitt im Zusammenhang mit der Vorgehensweise der Bearbeitung detaillierter beschrieben wird.

---

<sup>5</sup> Vgl. SfKAG (Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen) (2003): Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität; Band I: Finanzierung und Nutzerorientierung, Bonn, Gutachten 2003, S. 39-41.

<sup>6</sup> Köpfer, a.a.O., S.20.

## 1.2 Problemstellung und Vorgehensweise

Die vorliegende Arbeit versucht eben beschriebene (Sprach-)Verwirrung hinsichtlich der beiden Ansätze<sup>7</sup> Prozessmanagement und Case Management vor dem Hintergrund einer Anwendung im Krankenhaus zu klären. Unklar ist gegenwärtig sowohl die inhaltliche Bestimmung der Begriffe, als auch deren wissenschaftstheoretische Einordnung oder Beziehung zueinander. Ziel ist es, für beide Ansätze eine Arbeitsdefinition bzw. -beschreibung zu erhalten, die Hinweise für eine Anwendung im Bereich des Krankenhauses liefert. Die wissenschaftstheoretische Einordnung sowie die Klärung der Beziehung der Ansätze zueinander ist Ergebnis des Vergleichs der zwei idealtypischen Ansätze. Das anwendungsorientierte Ziel dieser Arbeit liegt in der Prüfung der Nutzbarkeit der Ansätze für die Verwendung im Krankenhaus. Aus den einleitend beschriebenen Kontextfaktoren erwachsen für die Leistungserstellung der Krankenhäuser unterschiedliche Problemlagen, wie z.B. Zeit- und Informationsverluste an Schnittstellen oder Steuerungs- und Koordinationsprobleme. Für den Patienten stellen diese Rahmenbedingungen mit vielen Ansprechpartnern und zuständigen Abteilungen – sowohl innerhalb einer Klinik, als auch im gesamten Gesundheitswesen – Unsicherheitsfaktoren dar. Dies ist besonders schwerwiegend, da sich die Patienten in einer abhängigen Bedarfslage befinden, in der ihre körperliche und/ oder seelische Integrität durch Krankheit berührt wird. Es gilt zu prüfen, ob Prozessmanagement und Case Management als Ansätze in der Leistungsgestaltung von Krankenhäusern geeignet sind, diesen Anforderungen zu begegnen.

Um einen Vergleich der Ansätze Prozessmanagement und Case Management vornehmen zu können, ist es zunächst notwendig, diese inhaltlich und begrifflich klar voneinander zu trennen. Aus diesem Grund erfolgt zu Beginn eine, der Problemstellung angemessene, Klärung der Begriffsauffassungen, die eine inhaltliche Bestimmung der idealtypischen Ansätze erlaubt. Da der Begriff Management (Begriffs-) Bestandteil beider Ansätze ist, wird im zweiten Kapitel zuerst dieser näher bestimmt und seine für die Arbeit relevanten Aspekte

---

<sup>7</sup> Zunächst werden Prozessmanagement und Case Management allgemein als Ansätze bezeichnet, da Beschreibung, Einordnung und Vergleich, die eine konkrete Bezeichnung ermöglichen, erst Bestandteil der weiteren Ausführungen sind.



dargestellt. Anschließend folgt in den Abschnitten 2.2 und 2.3 eine problemstellungsadäquate Klärung der beiden Ansätze Prozessmanagement und Case Management, in dem das Begriffsumfeld ausgeleuchtet, Begriffbestandteile kommentiert und prägnante Aussagen zu den Ansätzen herausgearbeitet werden. Die in den folgenden Abschnitten beschriebenen Charakteristika skizzieren den jeweiligen Ansatz in seinen konstituierenden Merkmalen und wurden vor dem Hintergrund der Nutzbarmachung für einen Vergleich ausgewählt.<sup>8</sup> Ausgehend von den Arbeitsdefinitionen erfolgt im dritten Kapitel der Vergleich. Dabei wird zunächst eine wissenschaftstheoretische Einordnung der Ansätze vorgenommen. Nachfolgend werden die Ansätze anhand definierter Kriterien (tabellarisch) gegenübergestellt, so dass eine Klärung der Beziehung der zwei Ansätze zueinander möglich wird. Die gewonnenen Erkenntnisse werden im vierten Kapitel in das Praxisfeld transferiert. Ausgehend von einer Analyse der Ausgangssituation der Krankenhäuser wird die Anwendung beider Ansätze im Kliniksektor diskutiert. Die Arbeit schließt mit einem Resümee hinsichtlich der Verwendung der Ansätze im Krankenhaus und gibt abschließend einen kurzen Ausblick auf Fragestellungen der zukünftig zu gestaltenden Managementrolle im Krankenhaus.

## **2 Definition und Kennzeichnung thementragender Begriffe**

### **2.1 Management**

#### **2.1.1 Begriffsauffassung**

Der Begriff Management stammt aus dem angloamerikanischen Raum. Erste literarische Belege finden sich im England des 19. Jh. sowie wenig später in Amerika. Management als feststehender Begriff der englischen Sprache hat in Deutschland weite Verbreitung gefunden und wird üblicherweise als Originalbegriff genutzt. Ungeachtet dessen werden eine Vielzahl von Übersetzungen in der fach- sowie populärwissenschaftlichen Literatur angeboten: Unternehmensführung, Betriebsleitung, Betriebspolitik, Führung oder Leitung. Diese Bezeichnungen entstammen jedoch eigenständigen Theorieansätzen und spiegeln eine

---

<sup>8</sup> Die so gewonnenen Begriffsauffassungen bzw. Arbeitsdefinitionen erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit oder Allgemeingültigkeit, da die Auswahl der Kennzeichen selektiv für diese Arbeit vorgenommen wird und keine erschöpfende Beschreibung der Idealtypen darstellt. Hier sei auf die einschlägige themenbezogene Fachliteratur verwiesen.

historische Entwicklung wider, die mit der des Managementbegriffs nicht zu vergleichen ist. Eine einheitliche Management-Terminologie und damit ein gleichartiger Gebrauch des Begriffs existiert nicht. Die Verwendung bewegt sich zwischen einem, auf den jeweiligen Zweck gerichteten, „Allerweltsbegriff“<sup>9</sup> und einem theoretisch-fundiertem Fachterminus.<sup>10</sup>

So wird der Begriff des Managements in Literatur und Praxis „semantisch mit höchst unterschiedlichen Inhalten“<sup>11</sup> verbunden. Wissensbestandteile zum Management finden sich in einer Theorievielfalt mit verschiedenen, historisch gewachsenen Ansätzen wieder, die jeweils spezifische Einsichten und Erkenntnisse für das Management liefern.<sup>12</sup> Ganz im Sinne dieser Vielfalt kann die Auffassung vertreten werden, dass die Managementlehre<sup>13</sup> eine interdisziplinäre Lehre sei.<sup>14</sup> Die monodisziplinäre, ökonomisch orientierte Auffassung von Management, deren Fokus im Rahmen der Wirtschaftswissenschaften vorwiegend auf Fragestellungen des wirtschaftlichen Handelns ausgerichtet ist, verlagert sich so von einer engen Betrachtung ökonomischen Handelns in Institutionen auf einen weiteren Kreis von Zielvorstellungen. Dies ist den Anforderungen an eine weiter gefasste gesellschaftsbezogene Aufgabenstellung und Verantwortung von Institutionen geschuldet. Die somit stärker interdisziplinär ausgelegte Erkenntnisperspektive geht über das rein Ökonomische hinaus und verschiebt sich in den Bereich anderer Disziplinen.<sup>15</sup> Somit liegen Forschungsergebnisse zum Erfahrungsobjekt Management auch aus anderen Disziplinen (z.B. Psychologie, Soziologie, Rechtswissenschaften, Mathematik, Informatik) vor und

---

<sup>9</sup> Steinmann, Horst/ Schreyögg, Georg (2005): Management. Grundlagen der Unternehmensführung. Konzepte- Funktionen- Fallstudien, 6. Aufl., Gabler Verlag, Wiesbaden, S. 5.

<sup>10</sup> Vgl. Pieper, Rüdiger (Hrsg.) (1992): Lexikon Management, Gabler Verlag, Wiesbaden, S. 232; sowie Staehle, Wolfgang H. (1994): Management. Eine verhaltenswissenschaftliche Perspektive, 7. Aufl., Verlag Franz Vahlen, München, S. 69f.

<sup>11</sup> Bleicher, Knut/ Meyer, Erik (1976): Führung in der Unternehmung. Formen und Modelle, Rowohlt Taschenbuch Verlag, Reinbek/Hamburg, S. 138.

<sup>12</sup> Vgl. Staehle (1994), a.a.O., S. 65.

<sup>13</sup> Die Kontroverse um die Klärung des Verhältnisses von Managementlehre, Betriebswirtschaftslehre und Führungslehre bleibt in dieser Übersichtsbetrachtung ausgespart. Siehe zu weiteren Ausführungen: Staehle 1994, a.a.O., S. 72-74; oder Bleicher, Knut (2004): Das Konzept Integriertes Management. Visionen- Missionen- Programme, 7. Aufl., Campus Verlag, Frankfurt u.a., S. 29-32.

<sup>14</sup> Vgl. Remer, Andreas/ Hücke, Philip (2007): Grundlagen der Organisation, Kohlhammer Verlag, Stuttgart, S.187.

<sup>15</sup> Vgl. Bleicher, a.a.O., S.29f.

werden in das Managementwissen integriert.<sup>16</sup> Dabei werden die managementrelevanten Wissensbausteine unter der Prämisse der Problemorientiertheit ausgewählt. Dieses praxisrelevante „science-Teilwissen“<sup>17</sup>, welches aus verschiedenen Fachdisziplinen stammt und relevant für die mannigfaltigen, komplexen Management-Anlässe ist, bezeichnet Staehle als „Managementwissen“<sup>18</sup>. Ausgangspunkt im engeren Sinn sind praktische Probleme, die sich bei dem Aufbau und der Steuerung einer Institution konkret stellen. Im weiteren Begriffsverständnis beschreibt Managementwissen einerseits, wie Steuerungsprobleme verstanden und formuliert werden und andererseits, wie über ihre Lösung in systematischer Weise nachgedacht werden kann.<sup>19</sup>

Historisch gesehen brachte die industrielle Revolution infolge der produktionstechnischen Arbeitsteilung eine Notwendigkeit des Managements hervor. Große, hoch arbeitsteilig produzierende Unternehmungen führten zu einem wachsenden Koordinationsbedarf bei immer umfassenderen, schwierig zu überschaubaren Handlungszusammenhängen. Die Trennung von körperlicher und geistiger Arbeit im Produktionsbereich (Trennung von Planung und Ausführung) einerseits, sowie die Trennung von Eigentum und Unternehmensführung andererseits, führten zu einer Ausgliederung der Managementfunktionen aus dem ursprünglich einheitlichem personalen Handlungszusammenhang.<sup>20</sup>

In diesem Kontext wird Management als betriebliche Funktion verstanden, die das Zusammenspiel der übrigen betrieblichen Funktionen (Input, Throughput, Output) für eine möglichst effiziente Erfüllung der Zwecke und Ziele einer Unternehmung und ihrer Mitglieder sicherstellt.<sup>21</sup> Es umfasst alle Leitungsfunktionen und -aufgaben, die in einer arbeitsteiligen Organisation zur Leistungserstellung und -sicherung erfüllt werden müssen.<sup>22</sup> Dieser Betrachtungsweise folgend wird

---

<sup>16</sup> Vgl. Staehle (1994), a.a.O., S.71f.

<sup>17</sup> Staehle (1994), a.a.O., S. 72.

<sup>18</sup> ebd.

<sup>19</sup> Vgl. Steinmann/ Schreyögg, a.a.O., S.41-43.

<sup>20</sup> Vgl. Staehle, Wolfgang (1992): Funktionen des Managements. Eine Einführung in einzelwirtschaftliche und gesamtgesellschaftliche Probleme der Unternehmensführung, 3. Aufl., Verlag Paul Haupt, Bern u.a., S. 56-60; *ebenso* Staehle (1994), a.a.O., S.8-12; *sowie* Steinmann/ Schreyögg, a.a.O., S.35f.

<sup>21</sup> Vgl. Vahs, Dietmar (2009): Organisation. Ein Lehr- und Managementbuch, 7. Aufl., Schäffer-Poeschel Verlag, Stuttgart; S. 19; *ebenso* Staehle (1992), a.a.O., S.56.

<sup>22</sup> Vgl. Pieper, a.a.O., S.232; *ebenso* Steinmann/ Schreyögg, a.a.O., S.7.

Management auch als vierter bzw. dispositiver Produktionsfaktor<sup>23</sup> bezeichnet, der die elementaren Produktionsfaktoren (Betriebsmittel, Werkstoffe, objektbezogene/ ausführende Arbeit) miteinander kombiniert.<sup>24</sup>

Neben dieser engen, ökonomisch orientierten Auffassung von Management existiert auch eine weiter gefasste Managementorientierung, die sich unter dem Einfluss systemtheoretischen Denkens herausgebildet hat. Management wird diesem Verständnis folgend als Handhabung von Komplexität verstanden. Komplexität bedeutet in diesem Zusammenhang, die Eigenschaft von Systemen, „in einer gegebenen Zeitspanne eine große Anzahl verschiedener Zustände annehmen zu können, was deren geistige Erfassung und Beherrschung durch den Menschen erschwert. Daraus ergeben sich vielfältige, wenig vorhersagbare, ungewisse Verhaltensmöglichkeiten.“<sup>25</sup> Als Vorrichtung zur Komplexitätsbewältigung ist es verantwortlich für die Anpassung ökonomischer und sozialer Systeme an sich wandelnde neue Bedingungen. Ziel ist es, die Überlebens- und Entwicklungsfähigkeit der Systeme zu erhalten und auszubauen, so dass sich die Handlungssysteme infolge von Steuerungsprozessen in ihrer Umwelt bewähren.<sup>26</sup> Dem Management kommt demnach eine Systemerhaltungsfunktion zu. Es ist überall dort erforderlich, „wo das Verhalten von Menschen auf Ziele hin koordiniert werden muss und zwar unter wechselnden Umständen, die eine exakte Planung unmöglich machen“.<sup>27</sup> Lag der Fokus des oben beschriebenen engeren Verständnisses von Management auf wirtschaftlichen Organisationen, so umfasst er in dieser weiteren Auffassung alle zweckgerichteten Institutionen der menschlichen Gesellschaft und ist damit universalistisch ausgerichtet.<sup>28</sup>

---

<sup>23</sup> Grundlage ist das Faktorsystem Gutenbergs: Vgl. Gutenberg, Erich (1990): Einführung in die Betriebswirtschaftslehre, Nachdruck, Betriebswirtschaftlicher Verlag Dr. Th. Gabler, Wiesbaden, S. 27.

<sup>24</sup> Vgl. Staehle (1992), a.a.O., S.59; *ebenso* Vahs, a.a.O., S. 20f.

<sup>25</sup> Bleicher, a.a.O., S.37.

<sup>26</sup> Vgl. Schwaninger, Markus (1994): Managementsysteme. St. Galler Management-Konzept Band 4, Campus Verlag, Frankfurt u.a., S.17-21; *ebenso* Bleicher, a.a.O., S.18; *sowie* Steinmann/Schreyögg, a.a.O., S.VII.

<sup>27</sup> Malik, Fredmund (1981): Management-Systems, in: Die Orientierung, Nr.78, Bern, S.6

<sup>28</sup> Vgl. Staehle (1994), a.a.O., S. 77f.

Beiden Sichtweisen ist gemeinsam, dass sie Management als Querschnittsfunktion betrachten. Bezogen auf die ökonomische Sichtweise ist Management eine Verknüpfungsfunktion, die den Leistungsprozess netzartig überlagert und so das Zusammenspiel der Sachfunktionen (z.B. Einkauf, Produktion) steuert.<sup>29</sup> Übertragen auf die systemische Sichtweise bedeutet dies, dass Management, dem eigentlichem Systemzweck und Sinn übergeordnet, für die Lebens- und Entwicklungsfähigkeit des Systems notwendig ist. Dafür stellt das Managementsystem die Interaktion mit der Umwelt sicher und wirkt zum anderen unmittelbar auf das operative System ein. Das operative System bildet „die Folie“<sup>30</sup> für das überlagernde Managementsystem. Grafisch gesehen sind die Aktivitäten des Managementsystems also quer zum operativen System angelegt.<sup>31</sup>

Ebenfalls fallen Managementanforderungen in unterschiedlicher Quantität und Qualität in jedem Bereich und auf jeder Hierarchiestufe einer Organisation an.<sup>32</sup> Analog dazu beschreibt das generalistische Verständnis, dass Managementbedarf nicht nur in wirtschaftlichen Organisationen, sondern in allen sozialen Organisationen besteht.<sup>33</sup> Demnach beschäftigt sich Management im Sinne eines Katalogs genereller Steuerungsaufgaben mit der Koordination in und zwischen Organisationen. Es ist der Prozess der zielgerichteten Einflussnahme auf Abläufe und Strukturen von Organisationen (respektive Systemen) und auf das Verhalten von Mitarbeitern (respektive Systemelemente) in Organisationen.<sup>34</sup>

Sowohl das wirtschaftlich orientierte, als auch das systemische Verständnis von Management haben für diese Arbeit Geltung und bilden den Hintergrund der weiteren Ausführungen. Nachfolgend werden einzelne, für die Beschreibung der Ansätze Prozessmanagement und Case Management relevante Managementaspekte skizziert.

---

<sup>29</sup> Vgl. Steinmann/ Schreyögg, a.a.O., S.7; *ebenso* Vahs, a.a.O., S. 21.

<sup>30</sup> Dahlgaard, Knut/ Stratmeyer, Peter (2006): Kooperatives Prozessmanagement im Krankenhaus, Themenband 2 –Prozessorganisation, Luchterhand, Neuwied, S. 30.

<sup>31</sup> Vgl. Dahlgaard/Stratmeyer (2006), a.a.O., S. 30-32.

<sup>32</sup> Vgl. Steinmann/ Schreyögg, a.a.O., S.7.

<sup>33</sup> Vgl. Staehle (1994), a.a.O., S.75f.

<sup>34</sup> Vgl. Dahlgaard/ Stratmeyer (2006), a.a.O., S. S.29.

## 2.1.2 Charakteristika des Ansatzes

### 2.1.2.1 Management als Funktion

Das Verständnis von Management als Funktion geht auf oben beschriebenen Wandel der Produktionsformen zurück. Es ist ein Komplex von Steuerungsaufgaben, der bei der Leistungserstellung und -sicherung infolge von Arbeitsteilung und damit verbundenem Koordinationsaufwand in einer Organisation zur Zielerreichung erbracht werden muss.<sup>35</sup> Funktionales Management ist demnach „zielorientierte Gestaltung“<sup>36</sup>. Eine Funktion repräsentiert in diesem Zusammenhang eine „zweckdienliche Leistung, die zur Erhaltung eines Systems (...) zwingend notwendig ist“<sup>37</sup> und deren Erfüllung die Ausübung konkreter Aufgaben erfordert.<sup>38</sup>

In der Managementliteratur finden sich verschiedene Klassifikationen von Managementfunktionen, die ihren Ursprung vorwiegend in analytisch-funktionsorientierten Ansätzen der Managementschulen haben.<sup>39</sup> Die Konzepte weisen unterschiedliche Schwerpunkte und Gliederungstiefen auf; verfügen aber ebenfalls über diverse Schnittmengen. Ausgehend von einer Sichtung der bestehenden Konzepte werden nachfolgende Funktionen als Management-Hauptfunktionen für diese Arbeit zugrunde gelegt (s. Tab. 1). Die Trennung in sach- und personenbezogene Funktionen hat dabei nur analytischen Charakter, da diese in der Realität stets miteinander verwoben sind.<sup>40</sup>

---

<sup>35</sup> Vgl. Schreyögg, a.a.O., S. 6-8; *ebenso* Staehle (1994), a.a.O., S. 69.

<sup>36</sup> Seelos, Hans-Jürgen (2010): Management von Medizinbetrieben. Medizinmanagement in Theorie und Praxis, Gabler Verlag, Wiesbaden, S. V.

<sup>37</sup> Staehle (1992), a.a.O., S. 66.

<sup>38</sup> ebd.

<sup>39</sup> Beispielhaft zu nennen sind hier die Konzepte von Fayol, Gulick/Urwick sowie Koontz/ O`Donnell/ Wehrich. Siehe zu weiteren Ausführungen: Staehle (1994), a.a.O., S. 78-81; *ebenso* Steinmann/Schreyögg, a.a.O., S. 8-13.

<sup>40</sup> Vgl. Staehle (1994), a.a.O., S. 81.

**Tabelle 1 : Übersicht Managementfunktionen**

<b>Managementfunktionen<sup>41</sup></b>	
<b>sachbezogene Funktionen</b>	
Planung	Planung beinhaltet die Festlegung von Zielen und die Bestimmung dessen, was zu tun ist und wie es getan werden soll. Es ist die systematische, zukunftsbezogene, an Zielen orientierte Gestaltung der Organisation. Planung wird auch als Primärfunktion bezeichnet, da die gedankliche Vorarbeit logischer Ausgangspunkt ist und alle anderen Funktionen ihre Bestimmung durch sie erfahren. <sup>42</sup>
Organisation	Die Organisation schafft ein Handlungsgefüge zur Planrealisation. Aufbau- und ablaufbezogene Strukturen werden gestaltet, in denen die Pläne in überschaubare, zielorientierte Teilaufgaben umgesetzt werden. Somit ist die Organisation der Schlüssel zur Umsetzung der gedanklichen Arbeit. <sup>43</sup>
Realisierung	Maßnahmenrealisation
Kontrolle	Die Kontrolle als ständige Überwachung von Vorgängen stellt einen Vergleich zwischen den geplanten und realisierten Größen an und analysiert den Grad der Zielerreichung. Kontrolle und Planung werden auch als Zwillingfunktionen bezeichnet, da es ohne Planung keine Sollvorgaben gäbe und jeder neue Planungszyklus auf Informationen der Kontrolle basiert. <sup>44</sup>
Koordination	Die Koordination wirkt als Metafunktion übergreifend, in dem sie die anderen Funktionen miteinander verbindet und so zu einer Abstimmung und Harmonisierung führt. <sup>45</sup>
Entscheidung	Entscheidung ist die bewusste Wahl einer Aktion aus einer Menge möglicher Aktionsvarianten. Damit ist die Entscheidung ebenfalls eine Metafunktion, da diese Wahl jeder anderen Funktion inhärent ist. <sup>46</sup>
<b>personenbezogene Funktion</b>	
Führung <sup>47</sup>	Führung als personenbezogene Komponente im Management wird vorwiegend auf die Personalführung bezogen und grenzt sich damit von der sachbezogenen Komponente – der Unternehmensführung – ab. Im weiteren Sinn bedeutet Führung damit, die zielorientierte personale Beeinflussung von menschlichem Verhalten und Einstellungen. Im engeren Sinn ist Führung die permanente Veranlassung der Arbeitsausführung sowie deren zieladäquate Feinsteuerung <sup>48</sup>

Quelle: eigene Darstellung

<sup>41</sup> Neben den hier beschriebenen Funktionen zählt Staehle noch die Dimension der Herrschaftssicherung und Legitimation des unternehmerischen Handelns zum Management als Funktion. Dieser Aspekt wird in den weiteren Ausführungen ausgespart, da er nicht zielführend für den Vergleich der Ansätze ist. Siehe zu weiteren Ausführungen: Staehle (1992), a.a.O., S. 57; 70-77.

<sup>42</sup> Vgl. Pieper, a.a.O., S. 282; Steinmann/ Schreyögg, a.a.O., S.10f.; Vahs, a.a.O., S. 20..

<sup>43</sup> Vgl. Pieper, a.a.O., S. 267; Remer / Hucke, a.a.O., S. 61; Steinmann/ Schreyögg, a.a.O., S. 11; Vahs, a.a.O., S.21.

<sup>44</sup> Vgl. Pieper, a.a.O., S. 210; Steinmann/ Schreyögg, a.a.O., S.12.

<sup>45</sup> Vgl. Dahlgaard/ Stratmeyer (2006), a.a.O., S. 29; Pieper, a.a.O., S. 212; Steinmann/ Schreyögg, a.a.O., S. 10, 50.

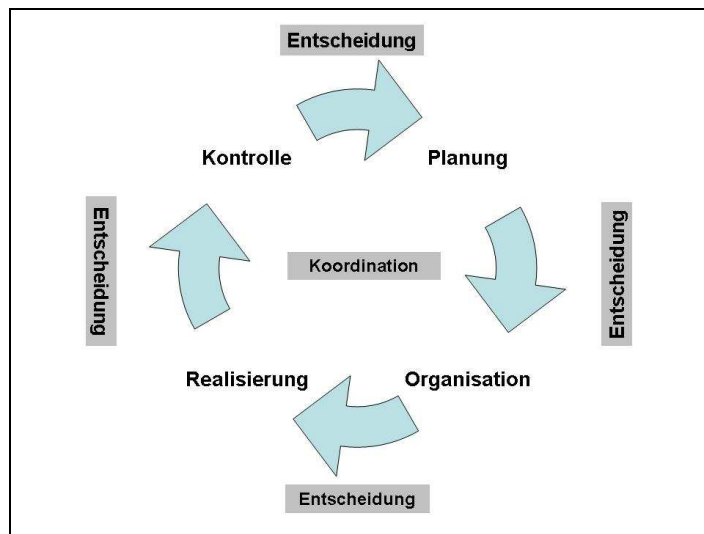
<sup>46</sup> Vgl. Dahlgaard/ Stratmeyer Dahlgaard, Knut/ Stratmeyer, Peter (2007): Kooperatives Prozessmanagement im Krankenhaus, Themenband 4 –Prozessmanagement, Luchterhand, Neuwied, S. 26; Dahlgaard/ Stratmeyer (2006), a.a.O., S. 29; Pieper, a.a.O., S. 102; Steinmann/ Schreyögg, a.a.O., S. 10.

<sup>47</sup> Die personenbezogene Komponente als Führung von Personen bleibt im weiteren Verlauf unberücksichtigt, da ein adäquater Einbezug der verhaltenswissenschaftlichen Perspektive den Umfang der Arbeit übersteigen würde.

<sup>48</sup> Vgl. Pieper, a.a.O., S. 124; Staehle (1994), a.a.O., S. 79-81; Steinmann/ Schreyögg, a.a.O., S. 10f.

Die sachbezogenen Managementfunktionen können in Abhängigkeit von der Zeit auch als Phasen eines Managementprozesses betrachtet werden. Diese dynamische Betrachtung der Managementfunktionen als eine aufeinander aufbauende Abfolge von Aufgaben stellt eine Erweiterung der rein funktionellen Betrachtungsweise dar. Die nacheinander ablaufenden Funktionen folgen einer „Mikro-Logik“<sup>49</sup> und sind in einem Regelkreis miteinander verbunden<sup>50</sup>, welchen Abbildung 1 vereinfacht darstellt.

**Abbildung 1 : Managementprozess**



Quelle: eigene Darstellung

Dieser eher reduktionistischen Sichtweise wird jedoch mangelnde Wirklichkeitsnähe vorgeworfen. Bestehende sachliche und zeitliche Interdependenzen der Funktionen führen zu einer Relativierung der linearen Abfolge, welche eine erweiterte Funktionsbetrachtung und veränderte Prozesslogik fordert. Die systematische Abfolge der Funktionen unter dem „Regiment der Planung“<sup>51</sup>, welche eine Hierarchie innerhalb der Funktionen suggeriert, erscheint in einem systemischen Steuerungsverständnis als ein zu enger Bezugsrahmen für neue, immer komplexere organisatorische Problemstellungen. Es gilt einen problemoffeneren Rahmen zu gestalten, der die Interaktion des Systems (Organisation) mit seiner Umwelt sowie die

<sup>49</sup> Seelos, a.a.O., S. 19.

<sup>50</sup> Vgl. Steinmann/ Schreyögg, a.a.O., S. 10; *ebenso* Staehle (1994), a.a.O., S. 79; *und* Vahs, a.a.O., S. 21.

<sup>51</sup> Steinmann/ Schreyögg, a.a.O., S. 11.



Eigenkomplexität (z.B. bedingt durch Arbeitsteilung) des Systems berücksichtigt. Ziel ist eine Erfolgssicherung bei nur zum Teil kontrollierbarer Umwelt, im Sinne einer Aufrechterhaltung des Systems. Dabei wird der Zusammenhang der Managementfunktionen durch die Eigenkomplexität des Systems bestimmt. Die einzelnen Funktionen sind Steuerungspotentiale mit eigener Logik, die nebeneinander treten und deren flexibler Einsatz und deren Verhältnis zueinander von der jeweiligen Problemlage abhängen.<sup>52</sup>

### **2.1.2.2 Management als Institution**

Management in der institutionellen Bedeutungsvariante bezeichnet die Personen (-gruppe) innerhalb einer Organisation, die Managementaufgaben wahrnehmen.<sup>53</sup> Diese Gruppe von Personen ist mit Anweisungsbefugnissen bzw. Direktionsrecht ausgestattet und oftmals nach außen hin für die Organisation vertretungsberechtigt. Es umfasst alle Organisationsmitglieder, die eine Vorgesetztenfunktion bekleiden. Somit reicht das institutionelle Management in einer, im angelsächsischen Raum vorherrschenden, weitgehenden Auffassung vom Meister bis zur Unternehmensleitung. Im deutschen Sprachgebrauch ist der Begriff eher für die oberen Führungsebenen reserviert und beschreibt vielfach die Position der leitenden Angestellten.<sup>54</sup> Systemisch betrachtet ist Management als Institution die „Gesamtheit der personalen Elemente“<sup>55</sup> eines Managementsystems.

---

<sup>52</sup> Vgl. Steinmann/ Schreyögg, a.a.O., S. 14; 139-156.

<sup>53</sup> Vgl. Schulte-Zurhausen, Manfred (2005): Organisation, 4.Aufl., Verlag Franz Vahlen, München; *ebenso* Pieper, a.a.O., S. 233; *sowie* Staehle (1994), a.a.O., S. 69.

<sup>54</sup> Vgl. Pieper, a.a.O., S.233; *ebenso* Seelos, a.a.O., S. 9; *sowie* Steinmann/ Schreyögg, a.a.O., S. 6.

<sup>55</sup> Bleicher/ Meyer, a.a.O., S. 139.

### 2.1.2.3 Ebenen des Managements

Management lässt sich auf verschiedenen Ebenen einer Organisation verorten. Dabei existieren zwei Klassifikationsstrukturen der Ebenen:

1. unteres, mittleres und oberes (institutionelles) Management
2. strategisches und operatives Management

#### 1. unteres, mittleres und oberes Management

Diese Unterscheidung des institutionellen Managements bezieht sich auf die verschiedenen Hierarchiestufen des Managements innerhalb der Unternehmenshierarchie. Die Differenzierung wird nach Art der übertragenen Aufgaben, dem Anteil der Entscheidungs- und Ausführungsaufgaben sowie der Bedeutung der Entscheidungen für den Bestand des Unternehmens vorgenommen. Diese Dreiteilung wird auch als Management- oder Instanzenpyramide bezeichnet.<sup>56</sup> Staehle merkt hierzu an, dass diese Beschreibungen jedoch eher Aussagen universeller Art sind, die keine differenzierte Analyse ermöglichen.<sup>57</sup>

- Das untere Management wird gleichfalls als lower bzw. operatives Management oder untere Instanz bezeichnet. Es stellt die Schnittstelle zwischen den Managementpositionen und den ausführenden Mitarbeitern dar. Personen dieser Ebene sind selbst zu einem Großteil ausführend tätig.

z.B. Meister, Gruppenleiter, Büroleiter<sup>58</sup>

- Das Management der mittleren Ebene, auch middle bzw. taktisches Management genannt, besitzt eine Mittlerfunktion. Es ist für die Übersetzung der unternehmenspolitischen Entscheidungen in Programme, Regeln und Vorgaben zuständig sowie für die Überwachung der Ausführung. Diese mittlere Instanz hat meist mehr als eine Ebene unter sich und erfährt trotz dessen z.T. eine unklare Abgrenzung zum unteren Management.

z.B. Bereichsleitung, Abteilungsleitung<sup>59</sup>

---

<sup>56</sup> Vgl. Olfert, Klaus (2006): Organisation, 14. Aufl., Friedrich Kiehl Verlag, Ludwigshafen, S. 114; *ebenso* Vahs, a.a.O., S. 77f.

<sup>57</sup> Vgl. Staehle (1994), a.a.O.; S. 86

<sup>58</sup> Vgl. Olfert, a.a.O., S.114; Vahs, a.a.O., S.77f.; Pieper, a.a.O., S.237; Schulte-Zurhausen, a.a.O., S. 245f.; Staehle (1994), a.a.O., S.87f.

- Das obere Management stellt die höchste, für die Geschäftsführung zuständige Managementebene dar und wird auch als Top Management oder strategisches Management bezeichnet. Im Sinne der obersten Instanz wird z.T. die Geschäftsführung zu dieser Ebene gezählt. Allgemein werden leitende Angestellte dieser Ebene zugeordnet. Das Top Management trifft zentrale – nach Gutenberg<sup>60</sup> echte – Führungsentscheidungen. Diese sind Festlegung und Sicherung der Unternehmenspolitik auf weite Sicht sowie Koordination und Gleichgewichtserhaltung großer betrieblicher Teilbereiche.<sup>61</sup>

## 2. strategisches und operatives Management

Diese Klassifikationsebenen des funktionalen Managements akzentuieren logisch voneinander abgrenzbare Problemfelder im Management. Im Zusammenhang einer Interdependenz der Ebenen weist Bleicher darauf hin, dass diese Einteilung nicht im Sinne einer Grundlage für arbeitsteilige Zuständigkeitsverteilung im Management fehlverstanden werden darf.<sup>62</sup>

Dem strategischen Management<sup>63</sup> kommt im Sinne eines „Entwicklungsprozesses“<sup>64</sup> eine Gestaltungsfunktion zu. Auf Konzeptionen fußend ist es auf die Rahmengestaltung von Organisationen ausgerichtet und bildet damit die Grundlage für das operative Management. Es beinhaltet unter Berücksichtigung der Chancen/ Risiken des Marktes sowie der internen Ressourcen/ Potentiale Entscheidungen über Unternehmensperspektiven und Grundlinien der Unternehmenspolitik. Strategisches Management beschäftigt sich zur Unternehmenssicherung mit einer langfristig geplanten Steuerung. (= langfristige, allgemeine, abstrakte Ebene).<sup>65</sup>

---

<sup>59</sup> Vgl. Olfert, a.a.O., S.114; Vahs, a.a.O., S.77f.; Pieper, a.a.O., S.237; Schulte-Zurhausen, a.a.O., S. 245f.; Staehle (1994), a.a.O., S.87f.

<sup>60</sup> Vgl. Gutenberg, a.a.O., S. 46f.

<sup>61</sup> Vgl. Olfert, a.a.O., S.114; Vahs, a.a.O., S.77f.; Pieper, a.a.O., S.237; Schulte-Zurhausen, a.a.O., S. 245f.; Staehle (1994), a.a.O., S.87f.

<sup>62</sup> Vgl. Bleicher, a.a.O., S. 77f.; *ebenso* Schwaninger, a.a.O., S. 49-52.

<sup>63</sup> Von der strategischen Ebene kann, wie im St. Galler Management Konzept, noch die normative Ebene differenziert werden, welche sich relational gesehen oberhalb der strategischen Ebene befindet. Siehe zu weiteren Ausführungen: Bleicher a.a.O., S. 80-85.

<sup>64</sup> Seelos, a.a.O., S. 23.

<sup>65</sup> Vgl. Dahlgaard/ Strattmeyer Dahlgaard, Knut/ Strattmeyer, Peter (2007): Kooperatives Prozessmanagement im Krankenhaus, Themenband 4 –Prozessmanagement, Luchterhand,

Das operative Management ist gleichsam die situationsbezogene, interpretierende Handhabung der strategischen Ebene. In einem Strukturierungsprozess werden die Vorgaben der strategischen Ebene in Operationen umgesetzt. Es ist das Management des Tagesgeschäfts und umfasst die Funktionen, die für den Erfolg des day-to-day-business notwendig sind. Als laufende Aufgabe stellt es den operativen Vollzug des situativen Führungsgeschehens und einen lenkenden Eingriff in die Unternehmensentwicklung dar. (= kurzfristige, spezielle, konkrete Ebene).<sup>66</sup>

## 2.2 Prozessmanagement und -organisation

### 2.2.1 Begriffsauffassung

Prozessmanagement, Process Redesign, Business Process Reengineering, Process Innovation, Core Process Redesign, Geschäftsprozessmanagement, Wertkettenansatz – bei der Beschäftigung mit dem Thema Prozessmanagement lässt sich eine Inflation von Begriffen feststellen. Die Zahl der Veröffentlichungen, vorwiegend im Bereich der Betriebswirtschafts- oder Organisationslehre, zum Thema Prozessmanagement hat stark zugenommen.<sup>67</sup> Dabei ist Prozessmanagement jedoch „begrifflich und inhaltlich nicht eindeutig festgelegt“.<sup>68</sup> Es scheint als hätte der Begriff eine „magische Bedeutung“<sup>69</sup> erhalten. In einer wahrhaftigen Überfrachtung des Ansatzes, basierend auf einer Vielfalt programmatisch ausgelegten Veröffentlichungen, werden unterschiedlichste Erwartungen und Hoffnungen mit dem Ansatz verknüpft.<sup>70</sup>

Allen Vorstellungen gemeinsam ist die Prozessorientierung – genauer gesagt die Prozessorientierung innerhalb der Leistungserstellung von Organisationen.

---

Neuwied, S. 16; *ebenso* Bleicher, a.a.O., S. 80; *sowie* Pieper, a.a.O., S. 233; *und* Staehle (1992), a.a.O., S. 68.

<sup>66</sup> Vgl. Bleicher, a.a.O., S. 80; Dahlgaard/ Stratmeyer, a.a.O., S. 16; Pieper, a.a.O., S. 266; Remer, a.a.O., S. 192f.; Seelos, a.a.O., S.22f.; Staehle (1992), a.a.O., S. 69.

<sup>67</sup> Vgl. Fischermanns, Guido (2006): Praxishandbuch Prozessmanagement, ibo Schriftenreihe Organisation Band 9, 6. Aufl., Verlag Dr. Götz Schmidt, Gießen, S. 11; *ebenso* Vahs, a.a.O., S. 221.

<sup>68</sup> Gaitanides, Michael/ Scholz, Rainer/ Vrohllings, Alwin/ Raster, Max (1994): Prozeßmanagement. Konzepte, Umsetzungen und Erfahrungen des Reengineering, Carl Hanser Verlag, München u.a., S. 3.

<sup>69</sup> Gaitanides et al., a.a.O., S. V.

<sup>70</sup> ebd.

Ausgangspunkt hierfür ist eine „Strukturkrise“<sup>71</sup> der zentral geführten und funktional gegliederten Organisationen<sup>72</sup>, welche sich in Dysfunktionalitäten hierarchischer, arbeitsteiliger Organisationsstrukturen begründet. Vorherrschend in der deutschen Organisationslehre war die Orientierung der Organisationsgestaltung an der Aufbauorganisation, welche die Aufgabenbeziehungen, Leitungsbeziehungen und kommunikativen Verknüpfungen zwischen unterschiedlich hierarchisch angesiedelten Stellen regelt und damit das strukturelle Gerüst für die Arbeitsabläufe vorgibt. Ganz im Sinne der Prämisse *process follows structure* wurden Aspekte der Ablauforganisation, welche für den Aufgabenerfüllungsprozess Regeln des Handlungsvollzugs beinhalten, eher zweitrangig behandelt.<sup>73</sup> Die Folgen des „Primats der Aufbauorganisation“<sup>74</sup> treten als Mängel dieses traditionellen Konzepts in Erscheinung. Funktions- sowie Hierarchiebarrieren und operative Inseln führen zu funktionaler Abschottung, Informationsfilterung sowie Koordinations- und Steuerungsproblemen.<sup>75</sup> Im Rahmen eines zunehmenden Rationalisierungsdrucks wirtschaftlicher Organisationen entsteht so ein Korrekturbedürfnis, welches die fehlende Ausrichtung der Aufbauorganisation auf den eigentlichen Leistungserstellungsprozess kompensieren soll. Im Mittelpunkt hierbei stehen nach Bleicher die verloren gegangene Kundenorientierung, ein vernachlässigtes Qualitätsbewusstsein sowie eine unzureichende Dienstleistungshaltung.<sup>76</sup> Die kritische Revision des Organisationsansatzes führt zu einer Rückbesinnung und Rückführung der Prozesse auf zentrale und wertschöpfende Aktivitäten. Unter Rationalisierungsaspekten soll die Prozessorientierung somit einen Beitrag zur Effektivität und Effizienzsteigerung von Organisationen leisten. Es steht mit der Prozessorientierung nunmehr die Ablauforganisation im Vordergrund, so dass die Prämisse *structure follows process* gilt.

---

<sup>71</sup> Gaitanides et al., a.a.O., S. 2.

<sup>72</sup> ebd.

<sup>73</sup> Vgl. Dahlgaard/ Stratmeyer (2006), a.a.O., S. 22f.; *ebenso* Gaitanides Michael (2007): Prozessorganisation. Entwicklung, Ansätze und Programme des Managements von Geschäftsprozessen, 2. Aufl., Verlag Franz Vahlen, München, S. 5.

<sup>74</sup> Dahlgaard/ Stratmeyer (2006), a.a.O., S. 22.

<sup>75</sup> Vgl. Dahlgaard/ Stratmeyer (2006), a.a.O., S. 22; *ebenso* Vahs, a.a.O., S. 220.

<sup>76</sup> Vgl. Haller, Sabine (2010): Dienstleistungsmanagement. Grundlagen – Konzepte - Instrumente, 4. Aufl., Gabler Verlag, Wiesbaden, S. 189; *ebenso* Bleicher, a.a.O., S. 462.

Der Gedanke, sich mit der effektiven und effizienten Gestaltung von Prozessen auseinander zu setzen, ist nicht neu. Wie im allgemeinen Managementhandeln (vgl. Abschnitt 2.1.1) ist auch hier wieder der Produktionsbereich Vorreiter. Beispielhaft zu nennen ist an dieser Stelle die Arbeit Taylors, die die konsequenteste Umsetzung des Prozessgedankens im Produktionsbereich darstellt.<sup>77</sup> Außerhalb des Fertigungsbereichs hat zunächst der Bereich Informatik das Prozessdenken mit dem Ziel der Sicherstellung der Informationsversorgung vorangetrieben. Ebenfalls hat sich das Qualitätsmanagement der Prozessorientierung zur Unterstützung der Qualitätssteigerung angenommen. Das institutionelle Management beschäftigt sich unter Rationalisierungszwang mit Prozessmanagement, um eine flexiblere, effizientere und marktorientierte Steuerung der Organisationen zu erreichen.<sup>78</sup>

Folglich bewegt sich Prozessmanagement, ähnlich wie der Begriff Management, in einem interdisziplinären Feld. Auf der einen Seite werden Erfahrungen aus anderen Ansätzen wie Qualitätsmanagement oder Change Management in den Ansatz integriert; andererseits ist Prozessmanagement Bestandteil weiterer Lehren. Hier ist eine Abgrenzung notwendig. Insbesondere das Verhältnis zur Prozessorganisation, einem Ansatz der Organisationslehre, muss offen gelegt und definiert werden. Eine klare Trennung der beiden Begriffe Prozessorganisation und Prozessmanagement ist auf der Basis der zahlreichen themenbezogenen Veröffentlichungen nur schwer möglich. Aufgrund der Unbestimmtheit des Begriffs Prozessmanagement fokussieren die Arbeiten häufig einen bestimmten Aspekt des Ansatzes, weisen unterschiedliche Gliederungen auf oder verwenden den Begriff der Prozessorganisation synonym.

Zum besseren Verständnis der Auswahl der nachfolgenden Charakteristika des Ansatzes Prozessmanagement wird im Vorgriff kurz die dieser Arbeit zugrunde liegende Auffassung des Verhältnisses von Prozessmanagement und Prozessorganisation dargestellt. Eine nähere Beschreibung folgt in den anschließenden Abschnitten.

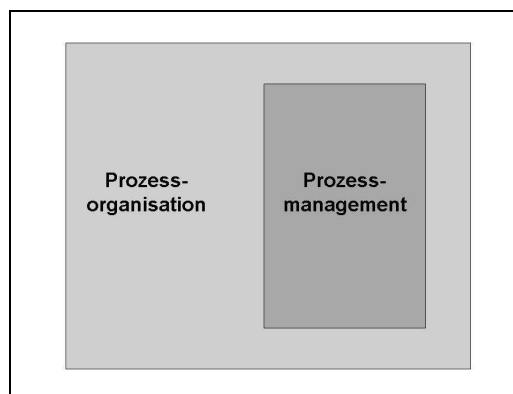
---

<sup>77</sup> Vgl. Vahs, a.a.O., S. 223f.; Eine kurze Übersicht zum Scientific Management Ansatz Taylors findet sich in Vahs, a.a.O., S. 28-32.

<sup>78</sup> Vgl. Gaitanides et al., a.a.O., S. 3.

Prozessmanagement ist eine Teilmenge der Prozessorganisation (s. Abb. 2). Die Prozessorganisation bildet den grundlegenden Rahmen für ein Prozessmanagement. Daraus ergibt sich, dass der Bezugspunkt der Prozessorganisation das Prozessgeschehen in seiner Gesamtheit ist. Wohingegen der Bezugspunkt des Prozessmanagements die jeweilig einzelnen Prozesse sind. Prozessmanagement verhält sich zu Prozessorganisation ähnlich wie operatives zu strategischem Management (vgl. Abschnitt 2.1.2.3). Die Prozessorganisation beschäftigt sich mit der konstituierenden Gestaltung der Prozesse einer Organisation. Prozessmanagement im Sinne einer verantwortlichen Steuerung beginnt wiederum, wenn diese Prozesse definiert sind. Grenzen der Prozessorganisation machen ein Prozessmanagement, als ergänzendes System notwendig. Die Prinzipien der Prozessorganisation bilden dabei die Basis auf der Prozessmanagement wirksam wird. Prozessorganisation und Prozessmanagement gehören zusammen und können nicht isoliert voneinander betrachtet werden. Eine Prozessorganisation ohne situative Anpassungsmöglichkeiten ist als starres System in einer komplexen Umwelt zum Scheitern verurteilt. Eine situative, kurzfristige Einflussnahme auf einen Prozess ohne Wissen darüber, wie der Prozess eigentlich ablaufen müsste, ist lediglich unstrukturiertes Improvisieren.<sup>79</sup> Das Verständnis der Prozessorganisation ist damit eine Voraussetzung für das Prozessmanagement. Aus diesem Grund werden in der nachfolgenden Beschreibung der Charakteristika dieses Ansatzes Bezüge zur Prozessorganisation mit aufgeführt.

**Abbildung 2 : Verhältnis Prozessmanagement und -organisation**



Quelle: eigene Darstellung

---

<sup>79</sup> Vgl. Dahlgaard/ Stratmeyer (2007), a.a.O., S. 19.

## 2.2.2 Charakteristika des Ansatzes

### 2.2.2.1 Prozessorganisation als Rahmen

Der Ansatz der Prozessorganisation ist Teil der Organisationslehre. Der moderne und umfassende Organisationsansatz wurde erstmals Anfang der 80er Jahre beschrieben.<sup>80</sup> Die Prozessorientierung stellt eine Abkehr von funktionalen Organisationsprinzipien unter dem Primat der Aufbauorganisation (vgl. Abschnitt 2.2.1) auf bereichsübergreifende Prozesse dar. Prozessorganisation befasst sich mit der dauerhaften Strukturierung von (Organisations-)Prozessen im Hinblick auf die jeweiligen Prozessziele. Ausgangspunkt hierbei ist eine zielgerichtete, langfristig wirksame Gestaltung von Prozessen. Die Prozessorganisation als Regelwerk zur Ausformung von Prozessen, stellt die Arbeitsprozesse in den Mittelpunkt und nicht die aufbauorganisatorischen Strukturen.<sup>81</sup> Gaitanides spricht von einem „90° Shift“<sup>82</sup> der Organisation. Gliederungsprinzip sind danach die horizontal verlaufenden Leistungsprozesse, die quer zu den vertikal angelegten verrichtungsorientierten Abteilungen verlaufen.<sup>83</sup>

In einer sehr einfachen Definition beschreibt Prozessorganisation schlicht die „Summe aller Prozesse“.<sup>84</sup> Doch diese Sichtweise greift zu kurz. Mit dem Ansatz der Prozessorganisation verbunden ist eine Reihe von Prinzipien, die nachhaltig die Gestaltung der Prozesse und damit den Aufbau der Organisation beeinflussen.

- Kundenorientierung:  
Ausgangspunkt der Prozesse sind die Anforderungen der externen und internen Kunden an den gesamten Prozess sowie die Erwartungen der Kunden an das Prozessergebnis; Messung der Prozesse am Kundennutzen
- Schnittstellenmanagement:  
klare Definition der Schnittstellen; vertragliche/schriftliche Niederlegung
  - externe Kunden-Lieferantenbeziehung

---

<sup>80</sup> Vgl. Gaitanides et al., a.a.O., S. 4.

<sup>81</sup> Vgl. Dahlgaard/ Stratmeyer (2006), a.a.O., S. 46-48; sowie Vahs, a.a.O., S. 235.

<sup>82</sup> Gaitanides (2007), a.a.O., S. 51.

<sup>83</sup> Vgl. Gaitanides (2007), a.a.O., S. 51.

<sup>84</sup> Fischermanns, a.a.O., S. 12.



- interne Kunden-Lieferantenbeziehungen: Einsatz des Prozessergebnisses (Output) als Eingabe (Input) für den nächsten Bearbeitungsschritt; Gestaltung der internen Schnittstelle analog zu dem externen Kunden-Lieferanten-Verhältnis
- Konzentration auf wertschöpfende Prozesse:  
Fokussierung auf Prozesse, die wichtige Beiträge zum Unternehmenserfolg liefern oder von Konkurrenten schwer zu kopierende Kompetenzen beinhalten
- Prozessverantwortung:  
personale Zuordnung der Verantwortung des jeweiligen Prozesses
  - Koordination des Prozesses
  - Ansprechpartner für Prozess (*one face to the customer*)
- Funktionsbündelung:
  - horizontal → Bildung von Aufgabenkomplexen durch Reduktion der Arbeitsteilung
  - vertikal → Verlagerung der Prozessverantwortung auf Prozessbeteiligte
- Aufbauorganisation folgt Ablauforganisation:  
Orientierung der Aufbauorganisation an Prozessabläufen  
→prozessunterstützende Dienstleistungsfunktion der Aufbauorganisation<sup>85</sup>

Aus diesen Prinzipien sollen sich u.a. folgende, in der Literatur beschriebene, Vorteile ergeben:

- Reduktion von Schnittstellenproblematiken in Folge der Reduktion der gegenseitigen Abhängigkeiten von einzelnen Tätigkeiten
- Förderung der Selbstorganisation, Motivation der Prozessbeteiligten und Ablösung der fragmentierten Verantwortung durch Übernahme einer ganzheitlichen Prozessverantwortung<sup>86</sup>
- Förderung des überbetrieblichen Denkens durch interne/ externe Kundenorientierung → Relativierung unternehmensinterner und externer Grenzen
- Möglichkeit der strukturierten Analyse der Prozesse durch Orientierung an Prozessmerkmalen (vgl. Abschnitt 2.2.2.2)<sup>87</sup>

---

<sup>85</sup> Vgl. Dahlgaard/ Stratmeyer (2006), a.a.O., S. 22-24; 48f.

<sup>86</sup> Vgl. Vahs, a.a.O., S. 222; sowie Gaitanides (2007), a.a.O., S. 50.

<sup>87</sup> Vgl. Dahlgaard/ Stratmeyer (2006); a.a.O., S. 25f.

Die prozessorientierte Organisationsgestaltung kann somit einen wichtigen Beitrag zum Unternehmenserfolg liefern. Allerdings weist der Ansatz der Prozessorganisation auch Grenzen auf, welche u.a. in der Umwelt der Prozesse begründet liegen. Eine exakte, der Planung entsprechende Realisation der Prozesse ist unter den Bedingungen wachsender Komplexität kaum möglich. Wie auch übergeordnet im Management (vgl. Abschnitt 2.1.1) ist Komplexitätsbewältigung eine zentrale Herausforderung. Zahlreiche Umweltfaktoren nehmen Einfluss auf den Prozess und wirken sich auf die ursprünglich geplante Realisierung aus. Diese Störgrößen müssen in der Folge im Prozess berücksichtigt werden und erfordern eine der Störgrößen angepasste Einflussnahme auf den Prozess. Neben Störgrößen können auch Fehler auftreten. Das Risiko von Fehlern kann zwar in der grundsätzlichen Gestaltung der Prozesse berücksichtigt werden, doch erfordert das Auftreten eines konkreten Fehlers auch einen kurzfristigen, unmittelbaren Eingriff, um den Fehler zeitnah zu korrigieren und das Prozessergebnis nicht zu gefährden. Im Gegensatz zur Produktion wirkt der Kunde bei der Erstellung einer Dienstleistung mit. Als so genannter externer Faktor nimmt er aktiv und mitgestaltend auf den Prozess Einfluss. Dabei ist die Art und Weise der Einflussnahme nicht vorherzusagen oder gar zu planen, was eine Prozessrealisierung nach Plan erschwert. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Prozessorganisation eine notwendige, jedoch nicht ausreichende Bedingung für die Erbringung qualitativ hochwertiger und effizienter Prozesse darstellt. Eben beschriebene Sachverhalte erfordern eine weitergehende, situative Einflussnahme auf den Prozess, um eine effiziente Prozessdurchführung zu gewährleisten. Dieses ergänzende System zur Störungsbeseitigung, Fehlerkorrektur und Einbeziehung des Kunden ist das Prozessmanagement, dessen Funktionen im Abschnitt 2.2.2.4 detaillierter beschrieben werden.<sup>88</sup>

---

<sup>88</sup> Vgl. Dahlgaard/ Stratmeyer (2006), a.a.O., S. 13-17.

### 2.2.2.2 Managementobjekt Prozess

Bei einer Auswertung von Stellenanzeigen zum (Geschäfts-)Prozessmanagement fällt Schmelzer auf, dass mit dem Begriff Prozess großzügig umgegangen wird.<sup>89</sup> Ähnlich der Bezeichnung Prozessmanagement existiert auch hier eine Vielzahl von Definitionen und Beschreibungen. Trotz der weiten Verbreitung des Begriffs besteht nach Vahs kein einheitliches Prozessverständnis.<sup>90</sup>

Vielfach wird auf die Prozessdefinition der DIN EN ISO zurückgegriffen – so auch in dieser Arbeit – da sie in ihrer Einfachheit auf alle Prozesse anwendbar ist. Demnach ist ein Prozess „ein Satz von in Wechselbeziehung stehenden Mitteln und Tätigkeiten, die Eingaben zu Ergebnissen umgestalten“.<sup>91</sup> Diese Definition beschreibt einen Transformationsprozess, in dem ein Input in einen Output umgewandelt wird: Input - Throughput - Output. Je nach Anwendungszusammenhang fokussieren die Prozessdefinitionen bestimmte Aspekte. Bezieht man die Dimensionen Zeit und Raum mit ein, so ist ein Prozess „eine zeitlich und räumlich angeordnete Menge logisch verbundener Aktivitäten (...), die zueinander in einer Leistungsbeziehung stehen“.<sup>92</sup> Neben Aspekten wie Zielorientierung oder Messbarkeit ist die Werterzeugung ebenfalls ein zentrales Kennzeichen – insbesondere im Hinblick auf den Kunden. Prozesse sind folglich Gruppen von verwandten Aufgaben, die zusammen für den Kunden ein Ergebnis von Wert ergeben.<sup>93</sup> Ausgangspunkt für die Prozesse sind damit der Kunde und die kundenbezogene Leistung.

Die Vielfalt der Beschreibungen erscheint legitim, da sie den gleichen Sachverhalt aus verschiedenen Perspektiven betrachten und jeweilig Spezifikationen vornehmen. Unabhängig von der sprachlichen Beschreibung sind es die Merkmale eines Prozesses, die für das weitere Verständnis wichtig sind und Implikationen für die Prozessorganisation als auch für das Prozessmanagement beinhalten.

---

<sup>89</sup> Vgl. Schmelzer, Hermann (2005): Wer sind die Akteure im Geschäftsprozessmanagement, in: Zeitschrift Führung + Organisation, 5/ 2005, S. 273.

<sup>90</sup> Vgl. Vahs, a.a.O., S. 226.

<sup>91</sup> Deutsches Institut für Normung e.V. (DIN) (2000): Qualitätsmanagementsysteme. Grundlagen und Begriffe (ISO 9000:2000), Beuth Verlag, Berlin, S. 23.

<sup>92</sup> Breu, Marcus (2001): Fallorientiertes Prozessmanagement im Krankenhaus. Ein konzeptioneller Gestaltungsansatz im Spannungsfeld zwischen Wirtschaftlichkeit und Qualität, Verlag P.C.O, Bayreuth, S. 129.

<sup>93</sup> Vgl. Hammer/ Champy (1994): Business Reengineering. Die Radikalkur für das Unternehmen, Frankfurt a.M u.a., S.52; hier zitiert nach Gaitanides (2007), a.a.O., S. 49.

**Tabelle 2 : Prozessmerkmale**

<b>Merkmale von Prozessen</b>
▪ Prozess als inhaltlich abgeschlossener Vorgang
▪ Zeitliche Befristung: definierter Beginn- und Endpunkt
▪ Tätigkeitsorientierung: Ausrichtung auf bestimmte Aktivitäten
▪ Ergebnisorientierung: Ausrichtung auf bestimmtes Ziel (angestrebtes Ergebnis)
▪ Auslösung durch Ereignis: Aktivität, Ereignis, Zeitpunkt
▪ Zusammenwirken bzw. Transformation definierter Eingaben (Inputs) aus mind. 1 (internen oder externen) Quelle
▪ Prozesskern ist der Arbeitsablauf: konkretes raumzeitliches Zusammenwirken inhaltlich verknüpfter, zweckgerichteter Aktivitäten
▪ Erzielung eines Wertzuwachs als Differenz zwischen Eingabe- und Ausgabewerten
▪ Definierte Ausgabe (Output) → Weitergabe an internen oder externen Kunden <sup>94</sup>

Quelle: eigene Darstellung

Voran beschriebene Merkmale gelten für alle Prozesse. Prozesse lassen sich jedoch auch in verschiedene Prozessarten einteilen und auf unterschiedlichen Ebenen verorten. Es liegen mehrere Möglichkeiten der Klassifikation mit unterschiedlichen Bezugspunkten in den jeweiligen Dimensionen vor.<sup>95</sup>

Die Einteilung der Prozessarten hat Auswirkungen auf die Priorisierung von Prozessen, welche Gegenstand einer umfangreichen Prozessgestaltung und umfassenden Steuerung werden. Tabelle 3 enthält Kategorisierungen, die eine gute Grundlage zur Identifikation bieten. Die ersten vier Prozessarten (Fettdruck in Tabelle 3) sind vordergründig im Rahmen der Prozessorganisation zu gestalten und im Prozessmanagement zu steuern.

**Tabelle 3 : Prozessarten**

<b>Prozessarten</b>	
<b>high volume Prozesse</b>	häufiges Auftreten, relativ gleichförmiger Ablauf, Möglichkeit der breiten Anwendung von Regeln
<b>high risk Prozesse</b>	mit hohen Risiken für die Organisation verbunden <sup>96</sup>

<sup>94</sup> Vgl. Dahlgaard/ Stratmeyer (2006), a.a.O., S. 24f.; ebenso Haller, a.a.O., S. 192; sowie Vahs, a.a.O., S. 229f.

<sup>95</sup> Fischermann bietet einen guten Überblick zu Vorschlägen der Ebenenbezeichnung und Unternehmensprozesscluster. Siehe zu weiteren Ausführungen: Fischermanns, a.a.O., S. 95 und 99.

<sup>96</sup> Vgl. Dahlgaard/ Stratmeyer (2006), a.a.O., S. 26.

<b>kritische Prozesse</b>	große Bedeutung für Kundenzufriedenheit, großer Beitrag zum Erreichen/ Erhalten von Wettbewerbsvorteilen, hoher Ressourcenverbrauch (= Schlüsselprozess) <sup>97</sup>
<b>Primärprozesse</b>	= Kette inhaltlich zusammenhängender Aktivitäten, die zur Leistungserstellung/-verwertung vollzogen werden müssen und somit zur Wertschöpfung beitragen; unmittelbare Beteiligung an Wertschöpfung, entsprechen eigentlichem Leistungserstellungsprozess (= Kern-, Schlüssel-, Haupt-, Geschäfts- Core-, Unternehmensprozess) <sup>98</sup>
<b>Sekundärprozesse</b>	Sicherstellung der Betriebsbereitschaft, Unterstützung der Primärprozesse
<b>Tertiärprozesse</b>	lenkende und steuernde Prozesse <sup>99</sup>

Quelle: eigene Darstellung

Neben der inhaltlichen Differenzierung kann man Prozesse auf unterschiedlichen, hierarchischen Ebenen ansiedeln. Die Einordnung auf den Ebenen hat wiederum Auswirkungen auf die Gestaltung und Steuerung der jeweiligen Prozesse. Zur Steuerung organisationsinterner Prozesse werden andere Instrumente eingesetzt als zur Steuerung institutionsübergreifender Prozesse. Ebenfalls divergieren die Problemstellungen z.B. durch die Anzahl der Prozessbeteiligten. Dahlgaard und Stratmeyer stellen ein Mehrebenenmodell vor, welches eine gute Einordnung der Prozesse erlaubt. Die Ebenen der Prozessbetrachtung stehen in einem Zusammenhang mit der Prozessstruktur, sind jedoch nicht ganz deckungsgleich. Die Kernprozesse, die bei der Prozessstrukturierung zerlegt werden, lassen sich auf der 3. Ebene einordnen (vgl. Abschnitt 2.2.2.3).

**Tabelle 4 : Mehrebenenmodell der Prozessbetrachtung**

<b>Mehrebenenmodell der Prozessbetrachtung</b>		
Ebene 1	Prozess 1. Ordnung	Prozessdurchführung i.d.R. durch eine Person; Verrichtung/ Tätigkeit
Ebene 2	Prozess 2. Ordnung	personenübergreifende Zusammenführung der Prozesse 1. Ordnung
Ebene 3	Prozess 3. Ordnung	bereichsübergreifende Zusammenführung der Prozesse 2. Ordnung → Landkarte der wesentlichen Kernprozesse
Ebene 4	Prozess 4. Ordnung	institutionsübergreifende Prozesse <sup>100</sup>

Quelle: eigene Darstellung

<sup>97</sup> Vgl. Vahs, a.a.O., S. 233.

<sup>98</sup> Vgl. Brey, a.a.O., S. 130; ebenso Dahlgaard/ Stratmeyer (2006), a.a.O., S. 27; sowie Vahs, a.a.O., S. 232.

<sup>99</sup> Vgl. Dahlgaard/ Stratmeyer (2006), a.a.O., S. 27.

<sup>100</sup> Vgl. Dahlgaard/ Stratmeyer (2006), a.a.O., S. 27.

### 2.2.2.3 Prozessgestaltung

Die Zuordnung der Prozessgestaltung zu dem Ansatz der Prozessorganisation oder des Prozessmanagements wird unterschiedlich vorgenommen. Die grundlegende Gestaltung des Prozessgeschehens wird in dieser Arbeit zur Prozessorganisation gezählt. Unabhängig davon ist die Gestaltung zentraler Dreh- und Angelpunkt in einer prozessorientierten Organisation. Hinsichtlich der Gestaltungsziele besteht weitestgehend Einigkeit. Trotz unterschiedlicher Nuancierungen können die Ziele vereinfacht auf vier Parameter reduziert werden.

1. Zeit: Reduktion der Durchlaufzeit<sup>101</sup> durch Eliminierung nicht wertschöpfender Rüst- und Liegezeiten
2. Kosten: Senkung der Prozesskosten (Ausführungs-, Transport-, Rüst-, Lager-, Informationskosten)
3. Qualität: Erreichen einer hohen Prozessqualität (Null-Fehler-Ziel) und damit einer hohen Ergebnisqualität (Produkt- bzw. Dienstleistungsqualität)
4. Kundenzufriedenheit: Erfüllung der Kundenanforderungen an die Prozessdurchführung (Prozessqualität) und der Kundenerwartungen an das Prozessergebnis (Ergebnisqualität)<sup>102</sup>

Diese Ziele beziehen sich auf unterschiedliche Aspekte des Prozessablaufs und stehen kurzfristig gesehen z.T. in Konkurrenz zueinander. Langfristig und ganzheitlich betrachtet nivelliert sich dieser Effekt und man kann eher von einer Zielkomplementarität ausgehen. Beispielsweise können Anpassungsmaßnahmen zur Reduktion der Durchlaufzeit Einmalkosten verursachen. Diese Kosten werden später durch die geringeren laufenden Kosten kompensiert.<sup>103</sup>

Die Anzahl der Schritte, die zur Prozessgestaltung gezählt werden, sowie ihre inhaltliche Ausgestaltung divergieren in den themenbezogenen Veröffentlichungen. Grundsätzlich werden jedoch die gleichen Aktivitäten in der Prozessgestaltung beschrieben, lediglich deren Zuordnung zu einzelnen Schritten erfolgt unterschiedlich. Folgender Abschnitt gibt einen Überblick über Schritte in der

---

<sup>101</sup> Durchlaufzeit= Zeit zwischen einem Ereignis, das den Prozess auslöst bis zur Verfügbarkeit des Produktes/ Dienstleistung für den Kunden (Bearbeitungszeit, Liegezeit, Transferzeit).

<sup>102</sup> Vgl. Dahlgaard/ Stratmeyer (2006), a.a.O., S. 38-40; Fischermanns, a.a.O., S: 12-115; Gaitanides et al., a.a.O., S. 13-18, 106f.; Vahs, a.a.O., S. 235-243.

<sup>103</sup> Vgl. Vahs, a.a.O., S. 243.

Prozessgestaltung. Dabei werden die Aktivitäten nicht als isolierte Phasen betrachtet, die in einer linearen Sequenz aufeinander folgen. Die Gestaltungslogik der Prozesse ist rekursiv. Die einzelnen Schritte bedingen einander und wirken interdependent.<sup>104</sup> Die Schritte finden gleichermaßen Anwendung in einer grundlegenden Neukonzeption von Prozessen wie auch in der laufenden Entwicklung.

### Identifikation

Bei der Identifikation des Prozesses handelt es sich um den Entwurf bzw. die Ab- und Ausgrenzung von Prozessen aus der Menge aller Prozesse. Anhaltspunkte für die Selektion liefert die Zuordnung der Prozesse zu den unterschiedlichen Prozessarten (vgl. Abschnitt 2.2.2.2). Zentraler Bezugspunkt ist der Zusammenhang des Prozesses mit der Leistungserstellung und damit mit der Wertschöpfung einer Organisation. Die Identifikation ist dabei zunächst eine sprachliche Kennzeichnung, die inhaltlich noch nicht operationalisiert wurde. Gaitanides sieht diese Aktivität als erfolgsbestimmende, die weiteren Aktivitäten determinierende Gestaltungsphase an.<sup>105</sup>

### Strukturierung

Die Prozessstrukturierung wird auch als Modellierung oder Design bezeichnet. Einfach gesprochen ist die Prozessstruktur eine hierarchische Darstellung aller im Prozess vorkommenden Aktivitäten. Um eine Prozessstrukturtransparenz zu erhalten werden die Leistungsinterdependenzen und die zugeordneten Aspekte in verbalen Beschreibungen oder grafischen Darstellungen visualisiert.<sup>106</sup> Zusammenhänge der prozessualen Leistungserstellung können durch das Aufzeigen der einzelnen Prozessschritte und ihrer Verbindungen dargestellt werden.<sup>107</sup> Hierfür sind verschiedene Einzelschritte notwendig, von denen Wesentliche nachstehend aufgeführt sind.

---

<sup>104</sup> Vgl. Gaitanides (2007), a.a.O., S. 149.

<sup>105</sup> Vgl. Gaitanides (2007), a.a.O., S. 55; 151.

<sup>106</sup> Vgl. Dahlgaard/ Stratmeyer (2006), a.a.O., S. 36-38; sowie Gaitanides et al., a.a.O., S. 40-43.

<sup>107</sup> Vgl. Ament-Rambow, Christina: Prozeßmanagement -Schlüssel zur Kostensenkung im Krankenhaus, in: Krankenhaus-Umschau, 11/1998, S. 814.

- Planung<sup>108</sup>: Planung ist die gedankliche Vorwegnahme der Handlungen die normalerweise zu dem Prozess gehören. Die Prozessplanung nimmt strukturell, apersonal und nicht durch persönlich ausgeführte Maßnahmen Einfluss auf den Prozess und ist damit gleichsam ein Prozessmanagement im Vorwege.<sup>109</sup>
- Festlegung der Auflösungstiefe<sup>110</sup>: Hierbei handelt es sich um die Zerlegung des einzelnen Prozesses in seine Teile nach dem Prinzip der hierarchischen Dekomposition. Die Tiefe der Gliederung ist abhängig von der Art der Aufgabe und dem Umfang des Prozesses.
- Festlegung einer logischen Reihenfolge der Teilprozesse: Die zeitliche Folge ist durch die Input-Output Beziehungen determiniert, die sich durch sachlogische Zusammenhänge oder technologische Anforderungen ergeben.<sup>111</sup>
- Definition von Schnittstellen: Festlegung und Formalisierung der Schnittstellen zwischen internen/ externen Kunden und internen/ externen Lieferanten.<sup>112</sup>
- Definition eines Messsystems: Festlegung von Erfolgsindikatoren (Kennzahlen), die ein laufendes Controlling hinsichtlich der angestrebten Zieldimensionen (Zeit, Kosten, Qualität, Kundenzufriedenheit) ermöglichen.
- Festlegung der Prozessverantwortlichkeiten: Zuweisung der Prozessverantwortung und damit verbundenen Kompetenzen auf Aktionsträger des Prozesses.<sup>113</sup> Aktionsträger dabei sind:

**Tabelle 5 : Aktionsträger im Prozess**

Prozesseigner	trägt Gesamtverantwortung für Prozess; überwacht Kundenbeziehungen und Erreichen der strategischen Zielsetzung
Prozessmanager	setzt Prozess im Auftrag des Eigners operativ um; plant/steuert/kontrolliert den laufenden Prozess, stellt Zielerreichung sicher
Prozessmitarbeiter	führt Umsetzung vor Ort aus, arbeitet in einem Prozessteam
Prozessteam	Prozessbeteiligte Mitarbeiter + Prozessmanager <sup>114</sup>

Quelle: eigene Darstellung

<sup>108</sup> Die Planung eines Prozesses kann auch als strategisches Prozessmanagement bezeichnet werden. Zur klaren Abgrenzung wird Planung als konstituierende Gestaltung des Prozesses in dieser Arbeit zur Prozessorganisation gezählt.

<sup>109</sup> Vgl. Dahlgard/ Stratmeyer, a.a.O., S. 13, 18.

<sup>110</sup> Gaitanides spricht in diesem Zusammenhang von einer vertikalen Hierarchisierung. Vgl. Gaitanides (2007), a.a.O., S. 165f.

<sup>111</sup> Vgl. Dahlgard/Stratmeyer (2006), a.a.O., S. 41; Gaitanides et al., a.a.O., S. 45f.; Vahs, a.a.O., S. 252f.

<sup>112</sup> Vgl. Vahs, a.a.O., S. 253.

<sup>113</sup> Vgl. Gaitanides et al., a.a.O., S.41; sowie Vahs, a.a.O., S. 253f.

<sup>114</sup> Vgl. Dahlgard/ Stratmeyer (2006), a.a.O., S. 43f.; sowie Vahs, a.a.O., S. 264.



### Realisierung

Die Realisierung beschäftigt sich im Anschluss an die Strukturierung mit der organisatorischen Verankerung und Implementierung des Prozesses. Sie umfasst darüber hinaus die Prozessdurchführung im laufenden Geschäft.<sup>115</sup>

### Messung

Ziel der Prozessmessung, auch als Prozesscontrolling bezeichnet, ist die Herstellung einer ausreichenden Transparenz über die Prozessleistung, um so eine zielgerichtete Steuerung der Prozesse zu gewährleisten. Ausgangspunkt sind die aus den Erfolgsindikatoren generierten Kennzahlen, die sich inhaltlich auf die Gestaltungsziele des Prozesses beziehen und für jeden Prozess individuell festgelegt werden. Die Messung kann zu unterschiedlichen Zeitpunkten im Prozess oder am Ende des Prozesses erfolgen. Bei einer kontinuierlichen, periodischen Ermittlung spricht man von Prozessmonitoring. So wie der Prozess über die Prozessmessung kontrolliert wird, so muss auch das Messsystem hinsichtlich Gültigkeit und Relevanz regelmäßig validiert und ggf. angepasst werden.<sup>116</sup>

### Optimierung

Die Optimierung im Sinne einer laufenden Überarbeitung und Verbesserung zielt auf die Erhöhung des Erreichungsgrades in den Zieldimensionen. Basis hierfür sind die identifizierten und strukturierten Prozesse. Voraussetzung für eine Optimierung sind die Ergebnisse aus der Prozessmessung, welche wichtige Anhaltspunkte für Probleme und Schwachstellen liefern. Zwei Ansätze zur Leistungssteigerung im Prozess stehen zur Verfügung. Im revolutionären Ansatz wird der bisherige Prozess im Sinne eines Redesigns radikal in Frage gestellt und ggf. völlig neu konfiguriert. Im evolutionären Ansatz geht es eher um eine kontinuierliche Prozessverbesserung, in der der Prozess nicht grundsätzlich in Frage gestellt wird.<sup>117</sup>

---

<sup>115</sup> Vgl. Vahs, a.a.O., S. 255.

<sup>116</sup> Vgl. Gaitanides et al., a.a.O., S.64.

<sup>117</sup> Vgl. Dahlgaard/ Stratmeyer (2006), a.a.O., S. 44-46; Gaitanides (2007), a.a.O., S. 150; Vahs ,a.a.O., S. 257-263.

#### **2.2.2.4 Prozessmanagement und seine Funktionen**

Voran gegangene Abschnitte beschreiben den Hintergrund vor dem Prozessmanagement wirksam wird. Die Notwendigkeit eines Prozessmanagements ergibt sich aus den Grenzen der Prozessorganisation (vgl. Abschnitt 2.2.2.1), die eine weiterführende situative Einflussnahme auf den Prozess erfordern. Es umfasst „planerische, organisatorische und kontrollierende Maßnahmen zur zielorientierten Steuerung der Wertschöpfungskette eines Unternehmens hinsichtlich Qualität, Zeit, Kosten und Kundenzufriedenheit“.<sup>118</sup> Damit stellt Prozessmanagement eine Erweiterung des prozessorientierten Denkens von der organisatorischen Gestaltung auf die ökonomische Steuerung des Organisationsgeschehens dar.<sup>119</sup> Wie auch Management allgemein (vgl. Abschnitt 2.1.1) liegt das Prozessmanagement grafisch gesehen quer zum eigentlichen Prozess. Die Steuerlinie des Managementprozesses verläuft vertikal und damit quer zur horizontalen Prozesslinie des operativen Leistungsprozesses. Der eigentliche Leistungsprozess, bildet dabei die Folie für das Prozessmanagement-System.<sup>120</sup> Bleicher sieht das Prozessmanagement als eine Aufgabe des operativen Managements (vgl. Abschnitt 2.1.2.3) von Organisationen an.<sup>121</sup> Entsprechend einer auftragsgebundenen Lenkung bedeutet Prozessmanagement damit die zielgerichtete Anwendung der Managementfunktionen (vgl. Abschnitt 2.1.2.1) auf einen Prozess.<sup>122</sup>

Ziel ist es, durch eine steuernde Einflussnahme auf die Prozesse unterschiedlicher Ebenen den operativen Prozess mit einem möglichst störungsfreien, effizienten und qualitativ hochwertigen Ablauf zu gewährleisten. Zur Sicherstellung der operativen Prozesse hat das Prozessmanagement-System dabei zwei wesentliche Hauptaufgaben:

1. Eingriffe in den Prozess und zielgerichtete Begleitung des Prozesses
2. Ausführung einer Interaktion mit der Umwelt als Voraussetzung für zuerst genannte Hauptaufgabe 1

---

<sup>118</sup> Gaitanides et al., a.a.O., S 3.

<sup>119</sup> Vgl. Gaitanides et al., a.a.O., S 13.

<sup>120</sup> Vgl. Dahlgaard/ Stratmeyer (2006), a.a.O., S. 30; Dahlgaard/ Stratmeyer (2007), a.a.O., S. 22.

<sup>121</sup> Vgl. Bleicher, a.a.O., S. 461.

<sup>122</sup> Vgl. Dahlgaard/ Stratmeyer (2006), a.a.O., S. 30; Dahlgaard/ Stratmeyer (2007), a.a.O., S. 16.

Diese zwei Hauptaufgaben können ausdifferenziert und aufeinander bezogen werden, so dass fünf Prozessmanagement-Funktionen entstehen<sup>123</sup>.

### 1. Interaktion mit der Umwelt

Das Prozessmanagement-System vernetzt den Prozess mit der Umwelt, in dem relevante Umweltsignale erfasst oder Informationen und beeinflussende Tätigkeiten an die Prozessumwelt abgegeben werden.<sup>124</sup>

### 2. Monitoring des operativen Systems

Zur Sicherstellung eines effizienten Prozesses muss dieser beobachtet, überwacht und kontrolliert werden. Die Methoden des Monitorings sind die der Prozessmessung (vgl. Abschnitt 2.2.2.3). Daten werden kontinuierlich ermittelt, so dass ein Überblick über den Prozess möglich ist und Probleme oder Schwachstellen aufgedeckt und korrigiert werden können.<sup>125</sup>

### 3. strukturelle Einflussnahme

Die grundsätzlichen Strukturen für den Prozess werden innerhalb der Prozessgestaltung apersonal festgelegt. Für das Prozessmanagement sind jedoch die Kenntnisse der Regelungen wichtig, so dass im Bedarfsfall entschieden werden kann, welche Regelungen im Sinne einer kurzfristig, situativen Einflussnahme ausgesetzt werden können.<sup>126</sup>

### 4. strukturelle Rückkopplung

Die Aktionen der unmittelbaren Einflussnahme auf den Prozess sowie die auslösenden Abweichungen müssen einem Monitoring unterworfen und evaluiert werden. Die Einflussnahmen und Ihre Ursachen sollten einer strukturellen Auswertung unterzogen werden, um durch Generalisierung Tendenzen zu erkennen, die zukünftig in der Prozessgestaltung berücksichtigt werden können.<sup>127</sup>

### 5. situative Einflussnahme

Situative Einflussnahmen sind die Gestaltungsimpulse, die im Prozessablauf vor Ort erforderlich sind, Störungen und Fehler beseitigen oder den Kunden in den Prozess integrieren. Diese Funktion stellt im Zusammenhang mit der zweiten

---

<sup>123</sup> Vgl. Dahlgaard/Stratmeyer (2007), a.a.O., S. 17.

<sup>124</sup> Vgl. Dahlgaard/Stratmeyer (2007), a.a.O., S. 18.

<sup>125</sup> ebd.

<sup>126</sup> ebd.

<sup>127</sup> Vgl. Dahlgaard/Stratmeyer (2007), a.a.O., S. 19.

Funktion den Kernbereich – Prozessmanagement im engeren Sinn – dar.<sup>128</sup>  
(s. Abb. 3) Das situative Einwirken auf den Prozess erfolgt durch zwei  
Maßnahmenbündel:

Maßnahmenbündel I Realisation: Kennzeichen der Subfunktionen dieses  
Maßnahmenbündels ist, dass das Einwirken hier nicht zwangsläufig  
regelkreisgebunden erfolgt.

**Tabelle 6 : Prozessmanagement Maßnahmenbündel I**

<b>Einwirken</b>	Selbstständiges Tätig-Werden (unmittelbarer Eingriff)
<b>Veranlassen</b>	Beauftragung einer anderen Person (unmittelbarer Eingriff)
<b>Organisieren</b>	Schaffung von Regelungen (kurzfristige Perspektive)
<b>Disponieren</b>	Fällen kurzfristiger Entscheidungen <sup>129</sup>
<b>Koordinieren</b>	Abstimmen

Quelle: eigene Darstellung

Maßnahmenbündel II Kybernetik: Die Funktionen entstammen der Kybernetik –  
der Wissenschaft von der Steuerung und Regelung. Diese befasst sich mit der  
Lenkung und Gestaltung komplexer Systeme. Dahingehend kann  
Prozessmanagement als „angewandte Kybernetik“<sup>130</sup> verstanden werden.

**Tabelle 7 : Prozessmanagement Maßnahmenbündel II**

<b>Regeln</b>	<p>Grundlage ist das Regelkreismodell, in dem Zusammenhänge und Abhängigkeiten in einem System beschrieben werden. Ziel der Regelungsvorgänge ist die Systemstabilisierung im Sinne einer Gleichgewichtserhaltung. Hauptprinzip ist die Rückkopplung. Regelung ist der Vorgang, bei dem eine Größe (zu regelnde Größe) fortlaufend erfasst und mit einer anderen Größe (Führungsgröße) verglichen wird. Abhängig vom Ergebnis dieses Vergleichs wird die Regelgröße mit dem Ziel einer Angleichung an die Führungsgröße beeinflusst.</p> <p>Beispiel: Bei der Regulation der Körpertemperatur (= Regelstrecke) wird durch eine Person (= Regler) die Körpertemperatur (= Regelgröße) mittels Thermometer gemessen. Die gemessene Temperatur wird mit dem Normwert von 37,5 Grad Celcius (= Führungsgröße) abgeglichen. Bei Fieber (Abweichung der Regelgröße von Führungsgröße) verabreicht die Person Wadenwickel (Einflussnahme über Stellgröße).<sup>131</sup></p>
<b>Steuern</b>	<p>Steuerung ist ein Vorgang bei dem eine oder mehrere Größen als Eingangsgrößen andere Größen als Ausgangsgrößen gemäß der Gesetzmäßigkeiten des Systems beeinflussen. Dieser Vorgang stellt einen direkten Eingriff ohne einen Rückkopplungsmechanismus dar. Es ist eine zielgerichtete Einflussnahme um definierte Parameter innerhalb eines Korridors zu stabilisieren, jedoch ohne eine Ergebniskontrolle durchzuführen.</p> <p>Beispiel: Die Zuweisung eines freien Bettes im Rahmen der Belegungssteuerung bewirkt eine relativ gleichmäßige Belegung der Zimmer anhand der Daten der Ist-Belegung. Ohne, dass eine Rückkopplung erfolgt. Der Eingriff hat Auswirkungen auf das System z.B. Bettenplatz für neue Patienten oder die Belegungsquote des Zimmer<sup>132</sup></p>

<sup>128</sup> Vgl. Dahlgaard/Stratmeyer (2007), a.a.O., S. 19.

<sup>129</sup> Vgl. Dahlgaard/ Stratmeyer (2007), a.a.O., S. 14.

<sup>130</sup> Dahlgaard/ Stratmeyer (2007), a.a.O., S. 22.

<sup>131</sup> Vgl. Dahlgaard/ Stratmeyer (2007), a.a.O., S. 22f.

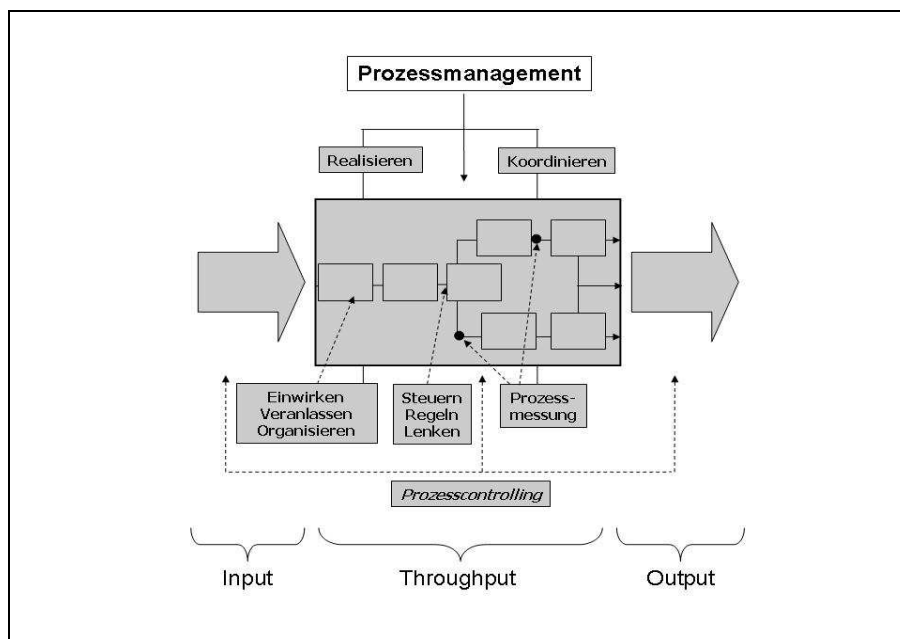
<sup>132</sup> Vgl. Dahlgaard/ Stratmeyer (2007), a.a.O., S. 24

**Lenken** Lenkung greift nicht direkt in den Prozess ein, sondern beeinflusst die Zielgrößen des Prozesses. Lenkung beeinflusst wesentliche Elemente der Regelung (z.B. Führungsgröße), ist aber nicht an dem eigentlichen Anpassungsvorgang beteiligt. Beispiel: Veränderung des Normwertes der Körpertemperatur → Veränderung des Regelungsvorgangs<sup>133</sup>

Quelle: eigene Darstellung

Wie auch im Management allgemein (vgl. Abschnitt 2.1.1) geht es im Prozessmanagement übergeordnet um die Erhaltung und Stabilisierung des Organisationssystems. Die organisatorische Komplexität wird auf die Einfachheit gestalteter Prozesse reduziert, so dass diese handhabbar und steuerbar sind. Prozessmanagement verschafft Übersicht und Transparenz, wirkt der zunehmenden Komplexität entgegen und macht die komplexen Wirkungszusammenhänge in einer Organisation beherrschbar.<sup>134</sup> Zusammenfassend lässt sich sagen: *If you can't measure it, you can't control it. If you can't control it, you can't manage it. If you can't manage it, you can't improve it.*<sup>135</sup> Umgekehrt heißt dies: Ein Prozess ist beherrschbar, wenn er messbar ist. Nur was messbar ist, ist steuerbar und nur was steuerbar ist, kann verbessert werden.

**Abbildung 3 : Prozessmanagement-Funktionen im engeren Sinn**



Quelle: modifizierte Darstellung nach Dahlgaard/ Stratmeyer (2006), a.a.O., S.32.

<sup>133</sup> Vgl. Dahlgaard/ Stratmeyer (2007), a.a.O., S. 22-24.

<sup>134</sup> Vgl. Fűrermann, Timo/ Dammasch, Carsten (2002): Prozessmanagement. Anleitung zur Steigerung der Wertschöpfung, 2. Aufl., Hanser Verlag, München u.a., S. 6; sowie Gaitanides et al., a.a.O., S. 25.

<sup>135</sup> Vahs, a.a.O., S. 254.

## 2.3 Case Management

### 2.3.1 Begriffsauffassung

Wie auch beim Ansatz des Prozessmanagements lässt sich beim Case Management<sup>136</sup> eine inkonsistente Verwendung des Begriffs feststellen. Der Begriff wird mit einer großen Bandbreite an Inhalten in Verbindung gebracht. Daraus resultierend entstehen Unsicherheiten in der terminologischen Anwendung. Es existiert eine Vielzahl von Definitionen aus unterschiedlichen Handlungsfeldern. Eine allgemeingültige und umfassende Definition lässt sich jedoch nicht aus der Literatur herleiten.<sup>137</sup> Berücksichtigt man den Entstehungshintergrund ist dies nicht verwunderlich, denn der Ansatz hat sich in verschiedenen Einsatzfeldern evolutionär entwickelt und zahlreiche Modifikationen erfahren.<sup>138</sup>

Ursprung des Case Managements ist die soziale Gemeinwesenarbeit in den USA Ende des 19. Jh.. Als Frühform wurden im Umfeld der Siedlungsbewegung Lösungskonzepte für soziale Probleme von Immigranten erarbeitet. Die eigentliche sozial- und gesundheitspolitische Themenkarriere des modernen Case Managements begann in den 70er und 80er Jahren im Rahmen einer Reorganisation des Sozial- und Gesundheitswesens in den USA. Triebkräfte für die Entwicklung waren u.a.: Prozesse der Enthospitalisierung, Dezentralisierung und Vielfalt von Diensten, komplexe Problemlagen von Klienten, Kostenexplosion und fehlende soziale Netzwerke. Case Management als Arbeitsweise wurde zunächst im außerklinischen Bereich, vornehmlich in der Sozialen Arbeit, entwickelt und etablierte sich dann in anderen Professionen (z.B. Krankenpflege und Medizin). Parallele Entwicklungen lassen sich in europäischen Ländern

---

<sup>136</sup> Eine Auseinandersetzung mit ähnlich klingenden und themenverwandten Begriffen, wie z.B. Care Management oder Managed Care bleibt an dieser Stelle ausgespart. Siehe zu weiteren Ausführungen: Dörpinghaus, Sabine/ Grützmaker, Sabine/ Werbke, Sebastian/ Weidner, Frank (2004): Case Management, in: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (Hrsg.): Überleitung und Case Management in der Pflege, Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover, S. 100-190, hier S. 108-113 oder Wendt, Wolf Rainer (2010): Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen. Eine Einführung, 5. Aufl., Lambertus-Verlag; Freiburg im Breisgau, S. 61-72.

<sup>137</sup> Vgl. Pape, Rudolf (2008): Einleitung, in: Bostelaar, Rene (Hrsg.): Case Management im Krankenhaus. Aufsätze zum Kölner Modell in Theorie und Praxis, Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover, S. 17; ebenso Schwaiberger, Maria (2002): Case-Management im Krankenhaus, Bibliomed-Medizinische Verlagsgesellschaft, Melsungen, S. 17; sowie Dörpinghaus et al., a.a.O., S. 113.

<sup>138</sup> Vgl. Ewers, Michael (2005): Das angloamerikanische Case Management: Konzeptionelle und methodische Grundlagen, in: Ewers, Michael/ Schaeffer, Doris (Hrsg.): Case Management in Theorie und Praxis, 2. Aufl., Verlag Hans Huber, Bern, S. 53-90, hier S.54.

verzeichnen. Case Management steht damit in einem direkten Zusammenhang mit neuen gesellschaftlichen Problemlagen und strukturellen Veränderungen des Sozial- und Gesundheitswesens. Als Reaktion auf den Innovationsdruck entwickelten sich die Elemente des Case Managements als Antwort auf spezielle Probleme und Bedarfslagen in verschiedenen Bevölkerungsteilen zu bestimmten Zeiten.<sup>139</sup> Im Verlauf lässt sich eine Akzentverschiebung des Ansatzes von einer ursprünglich auf die Nutzer sozialer und gesundheitsrelevanter Leistungen ausgerichteten Perspektive auf den ökonomischen Aspekt der Zugangs- und Kostenkontrolle beobachten. Zusammenfassend stellt Case Management international einen zentralen Lösungsansatz für vielfältige Versorgungs- und Steuerungsprobleme in modernen, komplexen und hochgradig arbeitsteiligen Sozial- und Gesundheitssystemen dar. Ausgangspunkt hierbei ist die Komplexität der Systeme, die zunehmend Systemineffizienzen hervorruft. Desintegration und Diskontinuität des Leistungsgeschehens führen im Zusammenhang mit einer mangelnden Patienten- und Ergebnisorientierung zu unabgestimmten Versorgungsprozessen sowie ungeeigneten und nicht bedarfsgerechten Leistungen.<sup>140</sup> Dieser Mangel an koordiniertem und planmäßigem Vorgehen im Versorgungssystem stellt entsprechend den Ausführungen in Abschnitt 2.1.1 ein manageriales Erfordernis dar, dem professionell nachgekommen werden muss.

In Folge der historischen Entwicklung des Ansatzes entstanden so zahlreiche Definitionen, Modelle, Programme und Verfahren, die von verschiedenen Akteuren in unterschiedlichen sozial- oder gesundheitsbezogenen Settings angewandt werden. Abhängig von dem jeweiligen Einsatzzweck fallen die Definitionen enger oder weiter aus und stellen Arbeitsdefinitionen im jeweiligen Anwendungsbezug dar.<sup>141</sup>

---

<sup>139</sup> Vgl. Klug, Wolfgang (2002). Case Management im US-amerikanischen Kontext: Anmerkungen zur Bilanz und Folgerung für die deutsche Sozialarbeit, in: Löcherbachbach, Peter/ Klug, Wolfgang/ Remmel-Faßbender, Ruth/ Wendt, Wolf-Rainer (Hrsg.): Case Management. Fall- und Systemsteuerung in Theorie und Praxis, Luchterhand, Neuwied u.a., S.37-62, hier S. 37-39; *ebenso* Zander, Karen (2005): Case Management, klinische Pfade und Care Maps®: Stand der Entwicklung und Diskussion in den USA, in: Ewers, Michael/ Schaeffer, Doris (Hrsg.): Case Management in Theorie und Praxis, 2. Aufl., Verlag Hans Huber, Bern, S. 91-115, hier 92-97; *sowie* Dörpinhaus et al., a.a.O., S. 117f.; *und* Ewers, a.a.O., S. 41-44.

<sup>140</sup> Vgl. Ewers, a.a.O., S. 8f., 30.

<sup>141</sup> Vgl. Wendt (2010), a.a.O., S. 61.

Grundlegend für diese Arbeit ist die pragmatische Definition der Case Management Society of America, welche sich primär auf das Gesundheitswesen bezieht und damit in Verbindung mit dem Anwendungsbezug dieser Arbeit steht:

*“Case management is a collaborative process of assessment, planning, facilitation and advocacy for options and services to meet an individual's health needs through communication and available resources to promote quality cost-effective outcomes.”<sup>142</sup>*

Case Management ist demnach ein kooperativer Prozess zur Bedarfsdeckung einer gesundheitlichen Problemlage. Dieser Aspekt ist auch Bestandteil der von Ewers identifizierten inhaltlichen Übereinstimmungen von Case Management Definitionen. Folgende Gemeinsamkeiten finden sich in verschiedenen Ausprägungen in fast allen Definitionen wieder:

- Ausrichtung auf langfristige Lösungsstrategien
- Integration segmentierter Versorgungsstrukturen
- ganzheitliche Sichtweise auf die Problematik
- dynamischer, auf Kooperation angelegter Prozess
- Verbindung involvierter Parteien zu einem integrierten Hilfesystem
- Problemlösung und Ergebniserreichung als Ziel
- Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität<sup>143</sup>

Diese Übereinstimmungen lassen sich darauf zurückführen, dass es trotz unterschiedlicher Entwicklungen und Einsatzgebiete einen eigentlichen Wesenskern des Ansatzes gibt. „Kurz gefasst besteht das Proprium (...) darin, dass es in Anlehnung an die Zielvorstellung einer kontinuierlichen und integrierten Versorgung (continuum of care) die zeitlichen und räumlichen Dimensionen des Versorgungsgeschehens überbrückt und insofern auf zentrale Herausforderungen in komplexen und hochgradig arbeitsteiligen Sozial- und Gesundheitssystemen reagiert“.<sup>144</sup>

---

<sup>142</sup> Case Management Society of America (CMSA): What is a Case Manager; entnommen aus den Internetinformationen der CMSA: <http://www.cmsa.org/Home/CMSA/WhatisaCaseManager/tabid/224/Default.aspx>, abgerufen am 10.02.2011.

<sup>143</sup> Vgl. Ewers, a.a.O., S. 57.

<sup>144</sup> Vgl. Ewers, a.a.O., S. 54.



Die zeitliche Dimension beschreibt die Ausrichtung des Case Managements auf die Entwicklung von langfristigen Lösungsstrategien und Formen anhaltender Unterstützung, die sich über längere Zeiträume oder optimal über den gesamten Verlauf einer sozialen oder gesundheitlichen Problemlage erstrecken. Der Bedarf hierfür ergibt sich aus den demographischen und epidemiologischen Veränderungen sowie aus den gesellschaftlichen Herausforderungen an die Sozialgemeinschaft. Der Versorgung chronisch Kranker oder der Betreuung von Obdachlosen ist nicht mit kurzfristig angelegten Interventionen beizukommen. Die Versorgungsprozesse müssen prospektiv Übergänge in den Phasen der Hilfebedürftigkeit mitdenken, frühzeitig auf Störungen reagieren und sich flexibel dem sich potentiell änderndem Unterstützungsbedarf anpassen. Case Management wirkt so als Korrektiv gegenüber der bisherigen kurzfristigen Dienstleistungsvorstellung der Sozial- und Gesundheitsdienste.<sup>145</sup> Es agiert *over time* und realisiert eine überlegte, abgestimmte und zeitlich längere Versorgung bzw. Problembearbeitung, die eine Versorgungskontinuität gewährleistet.<sup>146</sup>

In der räumlichen Dimension wirkt Case Management entsprechend der Querschnittsfunktion des Managements (vgl. Abschnitt 2.1.1) quer zu den Grenzen der Versorgungseinrichtungen und -sektoren sowie Professionen. Damit reagiert Case Management auf die desintegrierten und segmentierten Strukturen moderner Sozial- und Gesundheitssysteme mit ihrer Vielzahl an Einrichtungen und Akteuren. Aus den tendenziell unübersichtlichen Dienstleistungsangeboten wird ein möglichst bedarfsgerechtes, individuelles, umfassendes und effizientes Versorgungspaket für ein Individuum oder eine Gruppe gebildet. Case Management überwindet dabei die systemimmanenten Grenzen von Organisationen und Professionen und begegnet damit den interorganisatorischen und interprofessionellen Schnittstellen.<sup>147</sup>

---

<sup>145</sup> Vgl. Ewers, a.a.O., S. 55.

<sup>146</sup> Vgl. Dörpinhaus et al., a.a.O., S. 113; sowie Wendt (2010), a.a. O., S. 75.

<sup>147</sup> Vgl. Roland, Claudia (2008): Das Konzept und seine Umsetzung, in: Bostelaar, Rene (Hrsg.): Case Management im Krankenhaus. Aufsätze zum Kölner Modell in Theorie und Praxis, Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover; S. 52-81, hier S. 78; *ebenso* Wendt, Wolf Rainer (2002): Case Management: Stand und Positionen in der Bundesrepublik, in: Löcherbach, Peter/ Klug, Wolfgang/ Remmel-Faßbender, Ruth/ Wendt, Wolf-Rainer (Hrsg.): Case Management. Fall- und Systemsteuerung in Theorie und Praxis, Luchterhand, Neuwied u.a., S. 13-35, hier S. 35; *sowie* Ewers, a.a.O., S. 55; *und* Dörpinhaus et al., a.a.O., S. 113; 120.

Case Management ist ein überprofessioneller Ansatz, der nicht einer bestimmten Profession zugeordnet werden kann. Er bleibt von der Spezifik der Einsatzfelder unberührt und verhält sich neutral gegenüber den Besonderheiten des jeweiligen professionellen Handelns. Somit kann Case Management grundsätzlich in allen humandienstlichen Bereichen erfolgen.<sup>148</sup> Denn prinzipiell wirkt Case Management überall dort, „wo Menschen prozessiert“<sup>149</sup> und ihnen Wege durch die hochgradig segmentierten Versorgungsstrukturen gebahnt werden müssen. Ähnlich der Systemerhaltungsfunktion des Managements (vgl. Abschnitt 2.1.1) wird das Verhalten von Menschen unter wechselnden Bedingungen hochgradig arbeitsteiliger Sozial- und Gesundheitssysteme und sich wandelnder Bedarfslagen auf ein gemeinsames Ziel hin koordiniert. Dieses Ziel ist die Schaffung ineinander greifender, stabiler sowie effektiver und effizienter Versorgungsarrangements, in denen Aspekte der Wirtschaftlichkeit mit einer Nutzerorientierung in Einklang gebracht werden.

## **2.3.2 Charakteristika des Ansatzes**

### **2.3.2.1 Managementobjekt Case**

Gegenstand dieses Managementansatzes im Sozial- und Gesundheitswesen ist ein „case“ - zu Deutsch „Fall“. Nach Wendt stehen Fälle jedoch nicht für einen Menschen, sondern für die problematische Situation des Menschen, die es im Ganzen zu bewältigen gilt. Fälle sind abgrenzbare Sachverhalte, in denen Hilfebedürftigkeit vorliegt, denen mit sozialen oder gesundheitsbezogenen Interventionen begegnet werden kann. Gemanagt wird demnach der Bewältigungsprozess bzw. der Weg zur Lösung der Problematik und nicht die Nutzer oder Fachkräfte. Managementobjekt sind Aufgaben und nicht Menschen, die diesen Aufgaben nachkommen. Ausgangspunkt sind Prozesse, in denen mind. zwei Menschen in der Absicht auf eine Besserung des Ergehens eines Menschen oder einer Gruppe zielgerichtet zusammenwirken. Gemäß des funktionellen Managements (vgl. Abschnitt 2.1.2.1) muss geplant, organisiert, realisiert, kontrolliert, koordiniert und entschieden werden. Case Management orientiert sich primär an der Aufgabenstellung und bezieht den Menschen, der Unterstützung

---

<sup>148</sup> Vgl. Dörpinghaus et al., a.a.O., S. 119; *ebenso* Wendt (2002), a.a.O., S. 21f.;

<sup>149</sup> Ewers, a.a.O., S. 83

benötigt, in diese sachliche Orientierung mit ein. Es wird das Handeln von Nutzern und Fachkräften sowie ihre Kooperation in einem strukturierten Ablauf im Einzelfall sowie auf Systemebene (vgl. Abschnitt 2.3.2.2) gemanagt.<sup>150</sup>

Auch wenn nicht der Mensch an sich, sondern der Prozess der sozialen oder gesundheitsbezogenen Leistungserbringung Objekt des Managements ist, so spielt der Mensch als ursprünglicher Adressat eine zentrale Rolle. Er taucht als Klient im Case Management auf, wenn eine professionelle Fachkraft mit Ihrer Expertise für ihn Sorge und Verantwortung übernimmt. Im medizinischen Bereich werden die Klienten als Patienten bezeichnet. Wenn der Mensch an einen Dienst heran tritt und seine Leistungen beansprucht, agiert er als Kunde. Sobald die Dienstleistung genutzt wird, wird aus dem Kunden ein Konsument. Grundsätzlich sind alle hilfebedürftigen Menschen als Bürger, also als Angehörige eines staatlich organisierten Gemeinwesens, zu sehen. Diese Differenzierungen sind wichtig, da sie in der jeweiligen Situation mit bestimmten Rechten und Pflichten verbunden sind und grundsätzliche Werte wie Souveränität oder Autonomie berühren. Im Case Management wird der Mensch als Bürger angesprochen, mit dem sich eine Zusammenarbeit im Rahmen der Nutzung von Sozial- oder Gesundheitsdiensten vereinbaren lässt. Institutionell wird er als Klient oder Patient angenommen und von den Leistungserbringern als Kunde bedient. Übergeordnet wird er als Nutzer der sozialen und gesundheitsbezogenen Dienste bezeichnet.<sup>151</sup> Der Nutzer kann als Einzelfall oder als Teil einer bestimmten hilfsbedürftigen Gruppe von Menschen Case Management beanspruchen. Diese beiden unterschiedlichen Ebenen werden im folgenden Abschnitt erläutert.

### **2.3.2.2 Case Management Ebenen**

Case Management verfolgt nach Wendt eine Mehrebenenstrategie. Neben dem „methodischem Konzept auf personaler Handlungsebene“ stellt Case Management auch ein „Organisations- oder Systemkonzept in administrativer Funktion“<sup>152</sup> dar. Im übertragenen Sinn könnte man ähnlich den Managementebenen (vgl. Abschnitt 2.1.2.3) von einem operativen und einem

---

<sup>150</sup> Vgl. Wendt (2002), a.a.O., S. 14; sowie Wendt (2010), a.a.O., S. 8, 40-53.

<sup>151</sup> Vgl. Wendt (2010), a.a.O., S. 8, 49f.

<sup>152</sup> Wendt (2010), a.a.O., S. 16.

strategischen Case Management sprechen. Die Fallebene widmet sich der Fallführung eines Klienten, in der eine individuelle Problematik mit Hilfe eines Unterstützungspakets bewältigt oder gelöst wird. Fokussiert wird in den einzelfallbezogenen Lösungsstrategien der komplexe Bedarf eines Individuums. Die Systemebene hingegen beschreibt einen organisierten Prozess in dem Sozial- oder Gesundheitsorganisationen ihren Versorgungsauftrag in vielen einzelnen Fällen nachkommen. Auf organisatorischer Ebene wird der Prozess der Leistungserbringung, im Sinne einer Wegleitung aller Fälle, gesteuert.<sup>153</sup> Wendt spricht von einem Case Management in doppelter Weise. „Es bezeichnet das Programm der Behandlung aller Fälle, mit dem eine humandienstliche Organisation zu tun bekommt. Und es steht für das manageriale Vorgehen in bestimmten, nach Kriterien ausgewählten Fällen.“<sup>154</sup>

Case Management kann nur in der Verbindung von fall- und systembezogenen Ansätzen erfolgreich sein. Notwendig ist eine Abstimmung der Steuerung der humandienstlichen Leistungserbringung auf der Systemebene mit der Steuerung des Prozesses der Aufgabenbewältigung im Einzelfall. Dabei wird die individuelle Fallführung in die Abläufe und Strukturen der Organisationen im Sozial- und Gesundheitswesen eingebunden.<sup>155</sup> Die Schaffung eines bedarfsgerechten und effizienten Versorgungspakets gelingt nur, wenn man sich fallübergreifend mit den Systembedingungen befasst und so Möglichkeiten für Problemlösungen und geeignete Versorgungsarrangements eröffnet.<sup>156</sup> Case Management stellt damit das Bindeglied zwischen den Klienten mit ihren Bewältigungssystemen und dem professionellen Dienstleistungssystem dar. Es greift vom Fall auf das Feld (= System) aus, in dem die Unterstützungsressourcen liegen. Case Management

---

<sup>153</sup> Neben der Unterscheidung von Fall- und Systemebene existiert noch eine inhaltlich ähnlich gelagerte Unterscheidung in consumer-driven und system-driven Case Management, welche die Konsumenten- bzw. Produzentenperspektive betont. Siehe zu weiteren Ausführungen Klug, a.a.O., S. 45f.

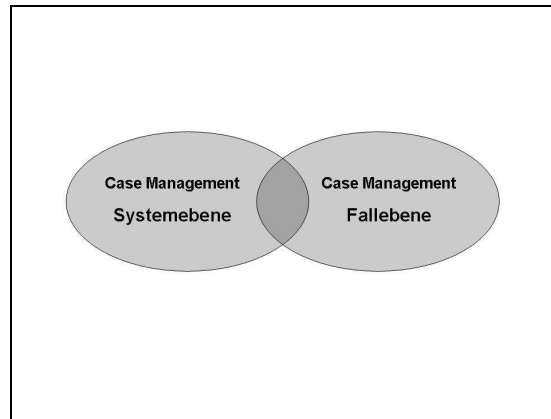
<sup>154</sup> Wendt (2010), a.a.O., S. 37.

<sup>155</sup> Vgl. Rimmel-Fassbender, Ruth (2002): Case Management – eine Methode der Sozialen Arbeit: Erfahrungen und Perspektiven, in: Löcherbach, Peter/ Klug, Wolfgang/ Rimmel-Faßbender, Ruth/ Wendt, Wolf-Rainer (Hrsg.): Case Management. Fall- und Systemsteuerung in Theorie und Praxis, Luchterhand, Neuwied u.a., S. 63-80, hier S. 79; *ebenso* Wendt (2010), a.a.O., S. 7, 16, 34-38.

<sup>156</sup> Vgl. Pape, Rudolf/ Bostelaar, Rene (2008): Case Management als Strategie und die Umsetzung in die Praxis aus Sicht des Managements, in: Bostelaar, Rene (Hrsg.): Case Management im Krankenhaus. Aufsätze zum Kölner Modell in Theorie und Praxis, Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover, S. 31-36, hier S. 34.

muss sich im Feld positionieren, um im Einzelfall Erfolg zu haben. Folglich umfasst ein vollständiges Case Management sowohl die einzelfallbezogenen, als auch die systembezogene Steuerung und Ihre Beziehung zueinander, welche sich grafisch als Schnittmenge der beiden Ebenen darstellt (s. Abb. 4). Beide Steuerungsebenen können auch unabhängig voneinander bedient werden. Dies stellt dann allerdings eine Verkürzung des Case Management Ansatzes dar.<sup>157</sup>

**Abbildung 4 : Mehrebenenstrategie Case Management**



Quelle: eigene Darstellung

### **2.3.2.3 Case Management Phasen**

Ungeachtet der verschiedenen Einsatzgebiete des Ansatzes besteht hinsichtlich der grundsätzlichen Handlungslogik (ähnlich wie bei der Prozessgestaltung Abschnitt 2.2.2.3) Einigkeit. Die methodische Vorgehensweise entspricht im Wesentlichen anderen Formen systematischen Handelns (z.B. kybernetischen Regelkreis) und besteht aus einer Reihe von Schritten. In der Literatur finden sich zwar terminologische Unterschiede und punktuelle Varianzen in der Detailgestaltung, doch lassen sich mind. fünf Basiskomponenten identifizieren, die in einer logischen Reihenfolge im Ablauf des Hilfeprozesses vorkommen. Vergleichbar dem Managementprozess (vgl. Abschnitt 2.1.2.1) ist die Vorgehensweise jedoch nicht starr, sondern dynamisch und stellt keineswegs eine mechanische Ausführung der Arbeitsschritte dar. Eine effektive Steuerung des Versorgungsprozesses verlangt, dass der Prozess einerseits als Ganzes überblickt und gestaltet wird und andererseits seine einzelnen Komponenten wahrgenommen und angewandt werden. Die Komponenten folgen zwar der

---

<sup>157</sup> Vgl. Wendt (2010), a.a.O., S. 34.

gleichen Logik und Abfolge sind aber durchaus selbstständig, so dass sie als einzelne Verfahren im Sozial- und Gesundheitsbereich eingesetzt werden können. Die singuläre Anwendung wird dann allerdings nicht mehr als Case Management bezeichnet.<sup>158</sup> Folgende Komponenten finden sich in fast allen Beschreibungen:

### 1. Identifikation

Die Angemessenheit des Unterstützungsgesuchs wird geklärt und anhand von festgelegten Kriterien erfolgt eine Auswahl der Klienten, die Unterstützung benötigen, einen Anspruch darauf haben oder in besonderer Weise vom Case Management profitieren können. Über eine Vereinbarung wird das Case Management eingeleitet.

### 2. Assessment

Mit Hilfe professionsspezifischer Instrumente wird in dieser Phase der aktuelle biopsychosoziale Status des Klienten unter Einbeziehung seines sozialen Umfeldes erhoben. Ziel ist es, subjektive Einschätzungen, Erwartungen, Bedürfnisse und Wünsche des Klienten sowie eine professionelle Einschätzung der Ressourcen- und Problemlage zu erhalten. Ergebnis ist eine umfassende Beschreibung und Dokumentation der Versorgungs- und Lebenssituation sowie der Bedarfslage des Klienten. Diese Bedarfserhebung ist Grundlage des nachfolgend zu erstellenden Versorgungsplans.

### 3. Erstellung eines Versorgungsplans

Gemeinsam mit dem Klienten, seinen Angehörigen und seinem sozialen Umfeld erfolgt die Entwicklung und schriftliche Dokumentation eines Versorgungsplans. Inhalte sind: (Selbst-) Versorgungsdefizite und -kompetenzen, individuelle Versorgungsziele, Liste geeigneter Unterstützungsleistungen, Verantwortlichkeiten. Die Ziele müssen dabei den SMART-Kriterien<sup>159</sup> entsprechen. Eine Zustimmung des Klienten und seiner Angehörigen ist erforderlich. Zur Erreichung einer höheren Verbindlichkeit sollte die Planung als Vertrag von den Beteiligten gegengezeichnet werden.

---

<sup>158</sup> Vgl. Ostgathe, Christoph/ Düsterdiek, Anne (2008): Case Management in der Palliativmedizin, in: Bostelaar, Rene (Hrsg.): Case Management im Krankenhaus. Aufsätze zum Kölner Modell in Theorie und Praxis, Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover, S. 68-76, hier S. 74; *ebenso*, Ewers, a.a.O., S. 72; sowie Remmel-Faßbender, a.a.O., S: 76; und Wendt (2010), a.a.O., S. 123f.

<sup>159</sup> SMART = spezifisch-konkret, messbar, akzeptabel, realisierbar, terminiert

#### 4. Implementierung des Versorgungsplans

Bei der Implementierung führt die Fachkraft die Verhandlungen mit den Leistungsanbietern und Kostenträgern und koordiniert das gesamte Leistungsgeschehen. Die Fachkraft agiert in einem Kommunikations- und Interaktionsprozess als Verbindung zwischen Klienten, sozialem Umfeld und Dienstleistungsorganisationen.

#### 5. Monitoring

Der Versorgungsverlauf muss kontinuierlich überwacht werden, so dass situativ auf sich ändernde Bedarfe reagiert werden kann. Aufgabe des Monitorings ist die Absicherung, Prüfung und kontinuierliche quantitative und qualitative Bewertung der Dienstleistungen. Gleichzeitig stellt das Monitoring eine Art Re-Assessment dar. Bei Bedarf wird auf einen zurückliegenden Schritt Bezug genommen und Versorgungspläne geändert, Verträge mit Leistungsanbietern modifiziert oder die Versorgungsziele erweitert.

#### 6. Evaluation

Die Evaluation ist mit der Entlassung des Klienten aus dem Case Management, der Lösung des zu bearbeitenden Versorgungsproblems oder einem anderen Grund zur Beendigung der Versorgung assoziiert. Evaluert wird sowohl die Ebene des Case Managements hinsichtlich erreichter Dienstleistungsqualität als auch die Ebene der einbezogenen Dienste hinsichtlich der Faktoren: Zugänglichkeit, Verlässlichkeit, Menschlichkeit, Zweckmäßigkeit und Ergebnisqualität. Der Abschluss kennzeichnet die Beendigung des Prozesses und löst die Arbeitsbeziehung zum Klienten.<sup>160</sup>

Eben dargelegte Schritte beziehen sich primär auf die Einzelfallführung. Doch wie in Abschnitt 2.3.2.2 erörtert umfasst der Ansatz des Case Managements auch die Systemebene. Es ergibt sich eine Wechselbeziehung zwischen der Steuerung der Versorgungsprozesse auf der Systemebene einer Organisation und der Steuerung der personenbezogenen Fallführung innerhalb der Organisation.<sup>161</sup> In der Eingangsphase beeinflusst die Art und Weise, wie sich eine Organisation oder ein Dienst präsentiert und auf seine Zielgruppe zugeht (= Reichweite), die

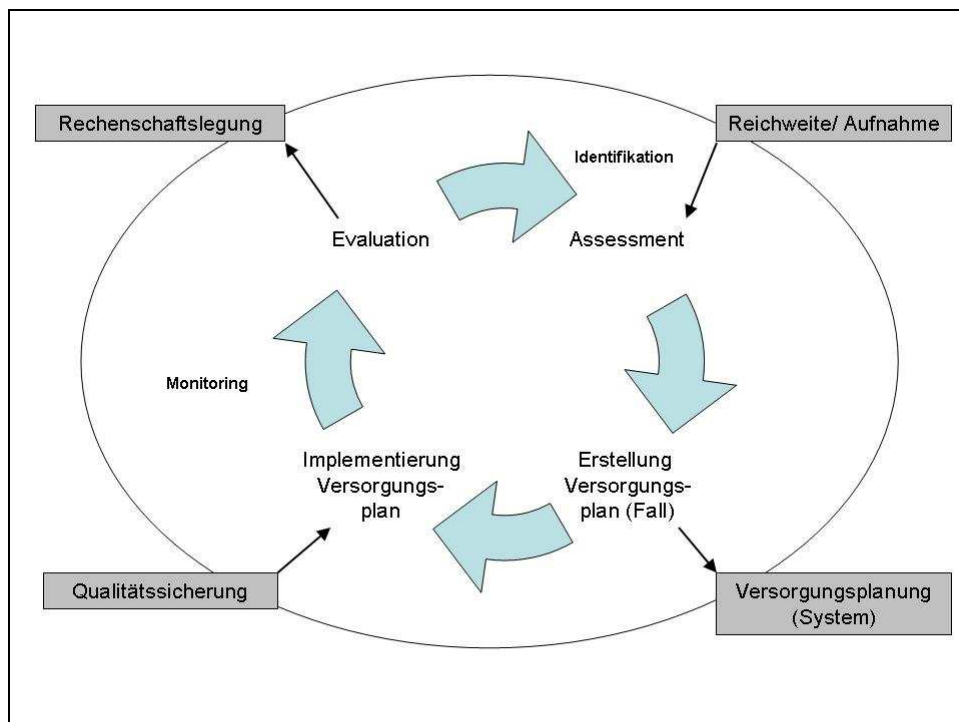
---

<sup>160</sup> Vgl. Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management e.V. (Hrsg.) (2009): Rahmenempfehlungen zum Handlungskonzept Case Management, Economica, Heidelberg u.a., S. 15-42, sowie Ewers, a.a.O., S. 72-79.

<sup>161</sup> Dahlgaard/ Stratmeyer (2007), a.a.O., S. 37.

Zusammensetzung der Klientel. Die Versorgungsplanung einer Einrichtung bildet die Grundlage für den Unterstützungsprozess des einzelnen Klienten und muss sich selbst an den Bedarfslagen der einzelnen Klienten orientieren. Anforderungen des Qualitätsmanagements und -sicherung legen die Vorgaben für die Implementierung und das Monitoring des individuellen Versorgungsplans fest. Andererseits liefern Monitoring und Evaluation unter Rückgriff auf statistische Verfahren Daten, die Rückschlüsse für die Planung und Gestaltung der Versorgung spezifischer Zielgruppen zulassen und damit Entscheidungshilfen für die Planung von Versorgungsstrukturen auf der Systemebene ermöglichen. Gleichzeitig können die Daten für die Rechenschaftslegung einer Organisation – insbesondere bei öffentlichen Dienstleistungen im Sozial- und Gesundheitswesen – oder für die Qualitätssicherung verwendet werden. Nachstehende Abbildung verdeutlicht diese Wechselwirkungen zwischen Fall- und Systemebene.<sup>162</sup>

**Abbildung 5 : Wechselbeziehung Fall- und Systemebene Case Management**



Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an Wendt (2010), a.a.O., S. 128.

<sup>162</sup> Vgl. Wendt (2010), a.a.O., S. 127f.



### **2.3.2.4 Case Management Funktionen**

Ähnlich wie bei zuvor beschriebener Handlungslogik des Case Managements lassen sich trotz unterschiedlicher Einsatzfelder drei Kernfunktionen identifizieren: Advocacy, Broker und Gate Keeper.<sup>163</sup> Diese Funktionen sind in unterschiedlichen Ausprägungen in jedem Case Management Prozess vertreten und werden auch als Berufsrollen bezeichnet. Es folgt eine kurze Skizzierung der Funktionen.

#### Advocacy

Die anwaltschaftliche Funktion wird als die ursprünglichste und traditionellste Funktion angesehen. Diese Form der Interessenvertretung kommt bei Klienten zum Tragen, die sich in konfliktträchtigen Lebenssituationen oder -krisen befinden. Diese Klienten sind aufgrund von Hilfebedürftigkeit oder gesellschaftlicher Machtlosigkeit nicht in der Lage, ihre eigenen Interessen geltend zu machen. Der Kundenanwalt übernimmt Verantwortung und interveniert parteiisch bei Organisationen im Sozial- und Gesundheitswesen, um notwendige Leistungen, Ressourcen oder Ansprüche sicherzustellen oder zu erweitern. Der Anwalt hilft den Klienten, abstrakte Rechte (z.B. Ansprüche aus den Sozialgesetzbüchern) in einen konkreten Zugang zu Leistungen umzuwandeln. Voraussetzung für diese Funktion ist die Fähigkeit der Fachkraft, sich in die Situation des Klienten hineinzusetzen und den Fall aus seiner Perspektive wahrzunehmen. Ziel ist es, den Klienten im Sinne einer (Re)Autonomisierung zu befähigen, sich für seine eigenen Belange einzusetzen. Neben der individuellen Begleitung und Wahrnehmung der professionellen Schutzfunktion im Einzelfall beinhaltet diese Funktion auch eine sozialpolitische Dimension. Es gilt, Versorgungslücken im System zu identifizieren und an Entscheidungsträger zu kommunizieren. Damit wird ein Beitrag zu Lösungen von Versorgungsproblemen und zu einer nutzerorientierten Entwicklung des Sozial- und Gesundheitswesens geleistet.<sup>164</sup>

#### Broker

Als Antwort auf die Unübersichtlichkeit und Desintegration der sozialen und gesundheitsbezogenen Dienste etablierte sich der Broker als vermittelnde

---

<sup>163</sup> Bei Wendt findet sich eine Vierteilung: Systemagent, Kundenanwalt, Versorgungsmanager, Dienstmakler. In Abhängigkeit von der organisatorischen Anbindung der Case Manager werden z.T. andere Schwerpunkte gesetzt. Siehe zu weiteren Ausführungen: Wendt (2010), a.a.O., S. 185-191.

<sup>164</sup> Vgl. Ewers, a.a.O., S. 63-66, sowie Dörpinhaus et al., a.a.O., S. 123.

Funktion. Diese Makler Rolle wird als einfachste Funktion im Case Management angesehen. Im Vergleich zur anwaltschaftlichen Funktion nimmt der Broker eine stärkere organisations- und institutionsbezogene Perspektive ein. Er agiert als neutraler Vermittler zwischen Nutzern und Anbietern. Aus diesem Grund ist neben der Kenntnis des aktuellen Dienstleistungsangebots die Unabhängigkeit von speziellen Interessen Voraussetzung für die Funktionserfüllung. Die Hauptaufgabe besteht in dem Auffinden und Zusammenstellen einer für den Klienten optimalen Versorgungslösung. Die einzelnen Teile des Versorgungssystems müssen so zusammengefügt werden, dass sie dem Versorgungsplan des Klienten entsprechen. Durch die Verbindung von individuellem Bedarf und geeigneten Dienstleistungen erstellt der Broker ein bedarfsgerechtes und umfassendes Versorgungspaket. Der Nutzer erhält die Versorgung quasi aus einer Hand und muss sich nicht mit der Komplexität des gesamten Systems auseinandersetzen. Zum Teil erweitert sich diese Funktion, in dem der Vermittler auch den weiteren Prozess begleitet und Aufgaben des Monitorings übernimmt. In der Regel hat der Broker jedoch keinen direkten Einfluss auf finanzielle Mittel oder die Versorgungsgestaltung. Somit bleibt diese Erweiterung eine Beaufsichtigung ohne Möglichkeiten des direkten Eingriffs oder der Sanktion.<sup>165</sup>

#### Gate Keeper

Die Gate Keeper Funktion basiert auf „der Idee der sozialverträglichen Kontrolle oder administrativen Einschränkung eines ungehinderten Zugangs zu gemeinschaftlich finanzierten Versorgungsleistungen“<sup>166</sup>. Damit ist der Fokus dieser selektierenden Funktion eher ein ökonomischer, welcher sich aufgrund der Ausgabensteigerung bei gleichzeitig begrenzten Finanzmitteln im Sozial- und Gesundheitswesen entwickelt hat. In einer Erweiterung der anwaltschaftlichen Funktion werden die gesamtgesellschaftlichen Interessen vertreten. Diesem Einsatz für die Belange der gesamten sozialen Gemeinschaft liegt die Annahme zugrunde, dass eine gezielte Steuerung des Zugangs zu Versorgungsleistungen bei beschränkten finanziellen Mitteln den größten Nutzenwert für das gesamte System darstellt. Hauptaufgaben des Türwächters sind die zielgerichtete Selektion des Zugangs sowie ein kontinuierliches Monitoring, um einer nicht

---

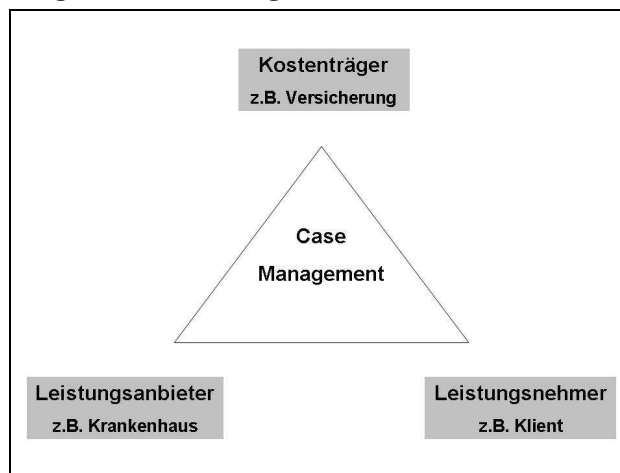
<sup>165</sup> Vgl. Ewers, a.a.O., S. 66-68, sowie Dörpinhaus et al., a.a.O., S. 123.

<sup>166</sup> Ewers, a.a.O., S. 69.

bedarfsgerechten Verwendung von Ressourcen entgegenzuwirken. Diese Funktion beschreibt eine Schlüsselposition zwischen dem Klienten und dem Versorgungssystem, welche eine Balance zwischen dem kostenzentrierten Fokus der Dienstleistungsorganisationen und der umfassenden Versorgung und Bedarfsdeckung der Klienten herstellen soll.<sup>167</sup>

Es ist zu beachten, dass es sich bei den Kernfunktionen um idealtypische Beschreibungen handelt, die so nicht in der Realität anzutreffen sind. Vielmehr werden sie in unterschiedlicher Gewichtung miteinander kombiniert. Die jeweilige Akzentuierung hängt stark von dem Auftraggeber und damit von der Zielsetzung des Case Management Einsatzes ab. Im Gesundheitswesen gibt es prinzipiell drei Möglichkeiten, die sich in einem Leistungsdreieck darstellen lassen:

**Abbildung 6 : Case Management - Leistungsdreieck**



Quelle: Dörpinghaus et al. a.a.O., S. 159.

Fungiert der Kostenträger als Auftraggeber so werden ökonomische Zielsetzungen, wie z.B. Kostenkontrolle, im Vordergrund stehen. Wird das Case Management von einem Leistungsanbieter initiiert, wird der Fokus auch auf dem Kostenaspekt liegen, denn für den Leistungsanbieter steht die Wirtschaftlichkeit seiner Organisation an erster Stelle. Tritt der Klient als Auftraggeber auf, so ist es vorderstes Ziel im Interesse des Klienten, eine optimale Versorgungslösung für den individuellen Bedarf zu entwickeln.<sup>168</sup> Dies verdeutlicht, dass die Ausgestaltung der Funktionen, die auch durchaus in Konkurrenz zueinander treten können, stark von der jeweiligen Zielsetzung beeinflusst wird.

<sup>167</sup> Vgl. Ewers, a.a.O., S. 69-71; sowie Dörpinghaus et al., a.a.O., S. 123.

<sup>168</sup> Vgl. Klug, a.a.O., S. 47, sowie Dörpinghaus et al., a.a.O., S. 158f.

### 3 Vergleich der Ansätze

#### 3.1 Zur Einordnung der Ansätze zwischen Methode und Konzept

In einem ersten Schritt erfolgt für den Vergleich eine wissenschaftstheoretische Einordnung der Ansätze. Die Benennung der beiden Ansätze und damit implizit die wissenschaftstheoretische Einordnung divergiert in der Literatur. Nicht selten findet man mehrere Bezeichnungen der Ansätze in einer Veröffentlichung<sup>169</sup> oder keine nähere Benennung.<sup>170</sup> Damit stellt sich die Frage, wie die beiden Ansätze einzuordnen sind. Sind Prozessmanagement und Case Management *Methoden, Programme, Verfahren, Konzepte* oder *Modelle*?

Vorstehende Begrifflichkeiten rangieren im Verständnis der Verfasserin auf zwei unterschiedlichen Ebenen. Die Begriffe *Methode* und *Verfahren* weisen eher einen Praxisbezug auf und beschreiben hinsichtlich der beiden Ansätze eine Form von Arbeitsweise. Damit ist die Perspektive vergleichsweise eng gefasst und bezieht sich auf die operative Ebene. *Programm, Konzept, und Modell* stellen gemäß einer systematischen Darstellung eher einen Theoriebezug her. Im weiteren Sinn schließen sie strategische bzw. normative Inhalte ein. Diese Unterteilung in zwei Gruppen ist nicht als absolut zu sehen, sondern wird aus pragmatischen Gründen vorgenommen.

Zunächst werden die Begriffe *Verfahren* und *Methode* sowie deren Nutzung zur Einordnung der Ansätze einer näheren Betrachtung unterzogen. Ein *Verfahren* bezeichnet zunächst „die Beschäftigung mit bzw. das Tätigsein in Bezug auf etwas“. <sup>171</sup> Es umfasst die Aspekte eines ergebnisoffenen, aber abschlussorientierten Fortgangs sowie einer förmlich regulierten Prozedur.<sup>172</sup> Vereinfacht gesagt beschreibt ein Verfahren die Art und Weise der Durchführung. Der Begriff *Verfahren* korrespondiert mit dem Begriff *Methode*, wobei *Verfahren* als der allgemeinere Begriff verwendet und *Methode* als spezifischer Fall des

---

<sup>169</sup> z.B. Löcherbach, Peter (2003): Einsatz der Methode Case Management in Deutschland: Übersicht zur Praxis im Sozial- und Gesundheitswesen, Vortrag Augsburger Nachsorgesymposium am 24.05.2003, S.1, entnommen aus Internetinformation: [http://www.pantucek.com/seminare/cm\\_materialien/CM\\_Praxis.pdf](http://www.pantucek.com/seminare/cm_materialien/CM_Praxis.pdf), abgerufen am 10.02.2011.

<sup>170</sup> z.B. Haller, a.a.O., S.189-206.

<sup>171</sup> Ritter, Joachim/ Gründer Karlfried/ Gabriel, Gottfried (Hrsg.) (2001): Historisches Wörterbuch der Philosophie. Band 11: U-V, Schwabe & Co.AG Verlag, Basel, S.632.

<sup>172</sup> ebd.

Verfahrens darunter subsumiert wird. Aufgrund der „methodischen Unbestimmtheit des Verfahrens“<sup>173</sup> kommt für Prozessmanagement und Case Management eher die Bezeichnung Methode in Betracht. Unter einer *Methode* wird im ursprünglichen Sinn ein „Nachgang im Verfolgen eines Ziels“<sup>174</sup> verstanden. Wissenschaftsbezogen umfasst der Begriff die Art und Weise einer wissenschaftlichen Untersuchung oder Fragestellung in einem erkenntnisbegründeten Vorgehen.<sup>175</sup> Allgemeiner ist eine Methode „ein mehr oder weniger genau beschreibbarer Weg zur Realisierung eines bestimmten Zieles bzw. zur Lösung einer bestimmten Aufgabe.“<sup>176</sup> Im Sinne eines zielgerichteten, planmäßigen und regelgeleiteten Vorgehens können sowohl Prozessmanagement als auch Case Management als Methode bezeichnet werden. Beide Ansätze weisen konkrete Ziele (vgl. Abschnitt 2.2.2.4 und 2.3.1) und ein spezifisches methodisches Vorgehen auf (vgl. Abschnitt 2.2.2.4 und 2.3.2.3). Bezieht man beim Prozessmanagement den Hintergrund der Prozessorganisation und beim Case Management das zugrunde liegende Proprium mit ein, so erscheint die Bezeichnung als Methode jedoch zu eng und gleichsam einer Reduktion der Ansätze auf eine bloße Arbeitsweise nicht angebracht.

Die zweite Gruppe von Begriffen aus *Programm*, *Konzept* und *Modell* hat, wie oben beschrieben per se eine weitere Perspektive. Ein *Programm* kann die Darlegung von Grundsätzen bzw. Konzeptionen zur Erreichung eines bestimmten Ziels beinhalten. In diesem Bedeutungszusammenhang stellt ein Programm eine Konkretisierung von Normen dar.<sup>177</sup> Beiden Ansätzen liegen grundlegende Prinzipien (vgl. Abschnitt 2.2.2.1 und 2.3.1) zugrunde, die die operative Umsetzung gestalten, so dass die Bezeichnung durchaus zutreffend ist. Allerdings wird in dieser Auffassung der Handlungsbezug der beiden Ansätze nicht ausreichend berücksichtigt. Ein *Modell* nimmt diesen Bezug schon eher auf, da es als „Prototyp für ganz bestimmte Interaktions- oder

---

<sup>173</sup> Ritter et al. (2001), a.a. O., S. 632.

<sup>174</sup> Ritter, Joachim/ Gründer, Karlfried (Hrsg.) (1980): Historisches Wörterbuch der Philosophie. Band 5: L-Mn, Schwabe & Co AG Verlag; Basel u.a., S. 1303.

<sup>175</sup> Vgl. Ritter, Joachim/ Gründer, Karlfried (Hrsg.) (1980): Historisches Wörterbuch der Philosophie. Band 5: L-Mn, Schwabe & Co AG Verlag; Basel u.a., S. 1306.

<sup>176</sup> Speck, Josef (Hrsg.) (1980): Handbuch wissenschaftstheoretischer Begriffe, Band 2: G-Q, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, S. 429.

<sup>177</sup> Vgl. Bleicher, a.a.O., S. 87.

Handlungszusammenhänge“<sup>178</sup> verstanden werden kann. Komplexe theoretische oder praktische Phänomene, Sachverhalte oder Handlungen werden somit anschaulich und für die Praxis handhabbar gemacht. Dabei sind Modelle immer ein Abbild der Realität, in dem in einer Verkürzung die wesentlichen Eigenschaften von Phänomenen oder Vorgängen berücksichtigt werden.<sup>179</sup> Beide Ansätze bedienen sich Modellen, in dem sie zur Veranschaulichung des systematischen Handelns auf Regelkreismodelle zurückgreifen (vgl. 2.2.2.4 und 2.3.2.3). In diesem Zusammenhang beziehen sich Modelle auf Handlungen. Sie reduzieren so die Komplexität der Handlungszusammenhänge und bereiten Handeln vor. Damit dienen sie der Konzeptbildung.<sup>180</sup> Abstrakt gesprochen ist ein *Konzept* die Bezeichnung „für den Vollzug und die immanenten Produkte geistiger Tätigkeit“<sup>181</sup> und beschreibt die „gegenständlichen Abstraktionen im Geist“<sup>182</sup>. Konzepte sind geistige Grundvorstellungen eines Phänomens, eines Sachverhalts oder einer Handlung und stellen ein formuliertes Gedankengerüst zur Realisierung von etwas dar. Sie liefern das gedankliche Werkzeug, mit dessen Hilfe sinnfällige Handlungen möglich sind. Konzepte erfüllen einerseits den Zweck, sich gedanklich und begrifflich Klarheit von der Realität und ihren Phänomenen sowie verbundenen Handlungen zu verschaffen und andererseits eine Art Handlungsentwurf zu entwickeln.<sup>183</sup> Nach Ansicht der Autorin bezeichnet der Begriff des Konzepts sowohl den Ansatz des Prozessmanagements als auch des Case Managements am umfassendsten. Konstituierende Werte und Prinzipien finden genauso wie der konkrete Handlungsbezug bei dieser Auffassung Berücksichtigung. Obwohl keiner der beschriebenen Begriffe in der Einordnung der Ansätze völlig fehl am Platz wäre, so beschreibt doch der Begriff des Konzepts die Ansätze Prozessmanagement und Case Management am treffendsten.

---

<sup>178</sup> Kron, Friedrich (1999): Wissenschaftstheorie für Pädagogen, Ernst Reinhardt Verlag, München u.a., S. 77.

<sup>179</sup> Vgl. Brandenburg, Hermann/ Dorschner, Stephan (2008): Pflegewissenschaft 1. Lehr- und Arbeitsbuch zur Einführung in das wissenschaftliche Denken in der Pflege, 2. Aufl., Verlag Hans Huber, Bern, S. 128; **sowie** Vgl. Speck, a.a.O., S. 438.

<sup>180</sup> Vgl. Kron, a.a.O., S. 77.

<sup>181</sup> Ritter, Joachim/ Gründer, Karlfried (Hrsg.) (1976): Historisches Wörterbuch der Philosophie. Band 4: I-K, Schwabe & Co AG Verlag; Basel u.a, S. 1082.

<sup>182</sup> Ritter/ Gründer (1976), a.a.O., S. 1083

<sup>183</sup> Vgl. Kron, a.a.O., S. 78.

### **3.2 Kriteriengestützte Gegenüberstellung der Ansätze**

Der vorherige Abschnitt beschreibt eine erste Gemeinsamkeit der beiden Ansätze. Sowohl Prozessmanagement als auch Case Management sind wissenschaftstheoretisch als Konzepte einzuordnen und so zu bezeichnen. Gegenstand dieses Abschnitts ist die Identifikation weiterer Gemeinsamkeiten oder Unterschiede durch eine Gegenüberstellung der Konzepte. Es ist dabei zu beachten, dass es sich um idealtypische Beschreibungen von Prozessmanagement und Case Management handelt. Die reale Anwendung der Konzepte in einem konkreten Handlungsbezug kann in Adaption an die jeweiligen Rahmenbedingungen und Zielsetzungen durchaus variieren.

Grundlage für den Vergleich bilden die in den Abschnitten 2.2 und 2.3 herausgearbeiteten Auffassungen von Prozessmanagement und Case Management und ihre Charakteristika. Die Vergleichskriterien leiten sich aus den zentralen inhaltlichen Dimensionen der Konzepte her. Die Inhalte der jeweiligen Beschreibung des Kriteriums sind dem zweiten Kapitel entnommen oder werden aus diesem geschlussfolgert.

Da das Konzept Prozessmanagement grundlegend mit der Prozessorganisation verbunden ist und nicht isoliert davon betrachtet werden kann (vgl. Abschnitt 2.1.1), werden beide Aspekte im Vergleich zum Case Management berücksichtigt.

Zur besseren Übersicht wird zunächst eine tabellarische Gegenüberstellung vorgenommen. Eine anschließende komprimierte Zusammenfassung erläutert die wesentlichen Aspekte der Tabelle für den Vergleich und beschreibt die daraus folgenden Konsequenzen für die Beziehung der beiden Konzepte zueinander, so dass eine Klärung des Verhältnisses der Konzepte möglich ist.

**Tabelle 8 : Gegenüberstellung Prozessmanagement und Case Management**

	<b>Prozessmanagement (PM) und Prozessorganisation (PO)</b>	<b>Case Management</b>
<b>Ursprung</b>	Ökonomie	Sozial- und Gesundheitswesen
<b>Bezugswissenschaft</b>	Betriebswirtschaftslehre: Organisations- und Managementlehre	Soziale Arbeit, Public Health/ Versorgungswissenschaft, Pflegewissenschaft
<b>Anlass</b>	Dysfunktionalitäten hierarchischer, arbeitsteiliger Organisationsstrukturen unter dem Primat der Aufbauorganisation	Versorgungs- und Steuerungsprobleme in modernen, arbeitsteiligen Sozial- und Gesundheitssystemen
	Arbeitsteilung, Desintegration, Diskontinuität, Fragmentierung ⇒ Zunahme von Komplexität	
<b>Ziel</b>	mangelnde Kundenorientierung	mangelnde Klienten-/ Patientenorientierung
	PO: zielgerichtete, langfristig wirksame Prozessgestaltung PM: Sicherstellung des operativen Prozesses	Schaffung eines auf Versorgungsintegration/-kontinuität ausgerichteten, bedarfsgerechten, umfassenden und effizienten Versorgungsarrangements
	Sicherstellung eines qualitativ hochwertigen, störungsfreien und effizienten Prozesses (⇒ Verbindung lose gekoppelter Teilprozesse)	
	Komplexitätsbewältigung	
<b>Bezugspunkt</b>	PO: gesamtes Prozessgeschehen PM: einzelner, organisierter Prozess	doppelter Bezugspunkt: 1. einzelner, individueller Bewältigungsprozess 2. Versorgungsprozess auf Systemebene
<b>Funktion</b>	PO: konstituierende Gestaltung des Prozessgeschehens PM: Störungsbeseitigung, Fehlerkorrektur, Kundenintegration	Bahnung des Weges der Klienten durch segmentierte Versorgungsstrukturen durch Integration von Teilprozessen bzw. -konzepten
<b>Perspektive</b>	primär Prozessperspektive: Konzentration auf wertschöpfenden Prozess, Übernahme Prozessverantwortung, Kundenorientierung	primär Klientenperspektive: individuelle Bedarfslage, Versorgung aus einer Hand
<b>Auftraggeber</b>	vorwiegende Anwendung durch Leistungserbringer	Möglichkeit der Anwendung des neutralen, überprofessionellen Konzepts in allen Humandiensten und Systemebenen: Leistungserbringer, Kostenträger, Leistungsnehmer
<b>Managementobjekt</b>	Prozess als ein Satz von in Wechselbeziehung stehenden Mitteln und Tätigkeiten, die Eingaben zu Ergebnissen	Case als Bewältigungsprozess bzw. das Handeln von Klienten und Fachkräften sowie deren Kooperation im



	umgestalten (Transformation) ⇒ primär produktionsbezogen/ Produktion	Bewältigungsprozess ⇒ primär kundenbezogen/ Dienstleistung
<b>Ausdehnung</b>	PO: Einbezug aller Prozesse, Prozessgestaltung in unterschiedlichem Detaillierungsgrad PM: prinzipiell jeder einzelne Prozess	Auswahl von Klienten nach festgelegten Kriterien (z.B. Hilfebedürftigkeit, gesetzlicher Anspruch)
<b>Verhältnis zum Leistungsprozess</b>	quer zum Transformationsprozess	quer zu Grenzen der Versorgungseinrichtungen/-sektoren sowie Professionen (across services); entlang des Betreuungsverlaufs (over time)
	quer zum Leistungserstellungsprozess	
<b>Bedeutung der Prozessrevision</b>	hoch: stetige Überprüfung aller Prozesse (kontinuierliche Verbesserung im evolutionären Ansatz, radikales Redesign im revolutionären Ansatz)	mittel: Teilprozesse im Versorgungsgeschehen werden zunächst als gegeben hingenommen; Identifikation von Systemineffizienzen erst nachgelagert
<b>Bedeutung von Verantwortung</b>	hoch: Übernahme von Prozessverantwortung als zentrales Prinzip	hoch: Übernahme der Verantwortung für den Klienten für einen bestimmten Zeitraum; Anstreben einer (Re-) Autonomisierung des Klienten
	Übernahme der Verantwortung für einen Prozess	
<b>Bedeutung des Regelkreismodells</b>	hoch: Nutzung des Regelkreismodells zum systematischen Handeln ⇒ allerdings auch Möglichkeit eines Eingriffs ohne Rückbezug auf Regelkreis	
	Übernahme der Terminologie der Kybernetik	Anpassung der Terminologie an konkreten Versorgungsbezug
	Nutzung des Regelkreismodells aus der Kybernetik oder des adaptierten Managementprozesses	Nutzung des Modells der Case Management Phasen
<b>Bedeutung von Rückkopplung</b>	hoch: strukturelle Auswertung der situativen Einflussnahmen zum Ableiten von allgemeinen Tendenzen für zukünftige Prozessgestaltung	hoch: strukturelle Auswertung der Einzelfalldaten für Planung und Gestaltung der Versorgung spezifischer Klientengruppen
<b>Steuerungsebenen</b>	Strategisch: Prozessorganisation Operativ: Prozessmanagement	1. Fallebene: Steuerung Bewältigungsprozess im Einzelfall 2. Systemebene: Steuerung der Versorgungsprozesse
<b>Institutioneller Fokus</b>	primär institutionsintern	primär institutionsübergreifend
<b>Gesellschaftsebenen</b>	vorwiegend Mikro- und Mesoebene (Interaktion + Individuum, Organisation + Institution)	Mikro-, Meso- und Makroebene (Interaktion + Individuum, Organisation + Institution, Gesellschaft + Teilsysteme)
<b>Managerfunktion (bzgl. Case Management Funktion)</b>	primär Broker	Broker, Advocacy, Gate Keeper

Quelle: eigene Darstellung

Prozessmanagement und Case Management lassen sich unterschiedlichen Disziplinen zuordnen. Prozessmanagement ist ein Thema der Betriebswirtschaftslehre, wohingegen Case Management dem Sozial- und Gesundheitsbereich zugewiesen werden kann. Dementsprechend verschiedenartig sind auch die Entstehungshintergründe. Der Ansatz der Prozessorganisation und damit verbunden das Konzept des Prozessmanagements können als Reaktionen auf Mängel traditioneller Organisationskonzepte in wirtschaftlichen Organisationen gedeutet werden. Die Notwendigkeit eines Case Managements entstand durch zunehmende Systemineffizienzen des Sozial- und Gesundheitssektors. Auch wenn der konkrete Anlass unterschiedlich ist, so lässt sich die Notwendigkeit der beiden Konzepte, ähnlich dem Managementbedarf allgemein auf eine Zunahme von Komplexität zurückführen, welche durch Arbeitsteilung entstanden ist. Zusammengehörige Handlungskomplexe wurden auf unterschiedliche Akteure, Dienste oder Bereiche verteilt. Beide Konzepte bewegen sich in einem Kontext fragmentierter und segmentierter Strukturen, so dass in der Konsequenz auch das übergeordnete Ziel der Konzepte gleich ist. In beiden Fällen geht es im Rahmen einer Prozessorientierung, um die Abstimmung und Harmonisierung einzelner Teilprozesse. Ziel ist es, einen qualitativ hochwertigen und effizienten Leistungsprozess zu gewährleisten.

Dieser zu optimierende Prozess ist jedoch unterschiedlich. Objekt im Prozessmanagement ist der operative Prozess der Leistungserstellung. Vorwiegend auf den Produktionsbereich bezogen ist damit ein Transformationsprozess gemeint. Case Management findet im Dienstleistungssektor des Sozial- und Gesundheitswesens Anwendung. Im Mittelpunkt stehen spezifische Prozesse – die Versorgungsprozesse bei sozialen oder gesundheitsbezogenen Bedarfslagen. Ebenfalls divergiert der Einbezug der Prozesse, auf die die Konzepte angewandt werden. Die Prozessorganisation bezieht alle Prozesse einer Organisation mit ein. Sie beschreibt eine grundlegende Orientierung an dem Prozessgeschehen. So werden im Sinne einer situativen Einflussnahme auch prinzipiell alle Prozesse Bestandteil des Prozessmanagements. Im Case Management kommt es dagegen zu einer

Auswahl der zu steuernden Bewältigungsprozesse. Nicht in allen Versorgungsprozessen wird ein Case Management eingeleitet.

Anders stellt sich die Situation hinsichtlich der Managerfunktionen dar. Im Case Management übernimmt der Manager grundsätzlich alle Funktionen: Advocacy, Broker und Gate Keeper – jedoch abhängig von der Zielstellung in unterschiedlicher Gewichtung. Übertragen auf das Prozessmanagement wird der Manager hingegen primär als Broker tätig, in dem er in einer vermittelnden Position Teilprozesse oder Prozessbeteiligte zusammenführt und mit Systemkenntnis auf das Prozessziel hin koordiniert.

In beiden Konzepten soll das Handeln der Manager einer mangelnden Kundenorientierung entgegenwirken. Kunden im Prozessmanagement sind sowohl interne Kunden (Beziehungen innerhalb einer Organisation) als auch externe Kunden. Case Management im ursprünglichen Sinn orientiert sich an den sozialen und gesundheitsbezogenen Bedarfslagen seiner Klienten. Ausgangspunkt für die Gestaltung und Beurteilung der Prozesse sind somit die Anforderungen und Erwartungen der Kunden an den Prozess und sein Ergebnis. Damit eng verbunden ist die Festlegung einer Prozessverantwortung, welche Kernüberlegung beider Konzepte ist. Der Kunde soll mit dem Prozessverantwortlichen, welcher die Steuerung des jeweiligen Prozesses übernimmt, einen zentralen Ansprechpartner erhalten. Die Prämisse lautet: „one face to the customer“<sup>184</sup>.

Dabei ist jedoch zu beachten, dass Prozessorganisation und -management vorwiegend innerhalb einer Organisation Anwendung finden. Die organisationsinterne Optimierung der Prozesse steht im Mittelpunkt. Daraus ergibt sich, dass das Konzept eher auf der gesellschaftlichen Mikro- und Mesoebene zu finden ist. Case Management hingegen agiert auf allen gesellschaftlichen Ebenen. Institutionsübergreifend versucht Case Management die einzelnen Teilprozesse und Akteure des Versorgungssystems sowie die Teilsysteme des Sozial- und Gesundheitssektors miteinander zu verbinden.

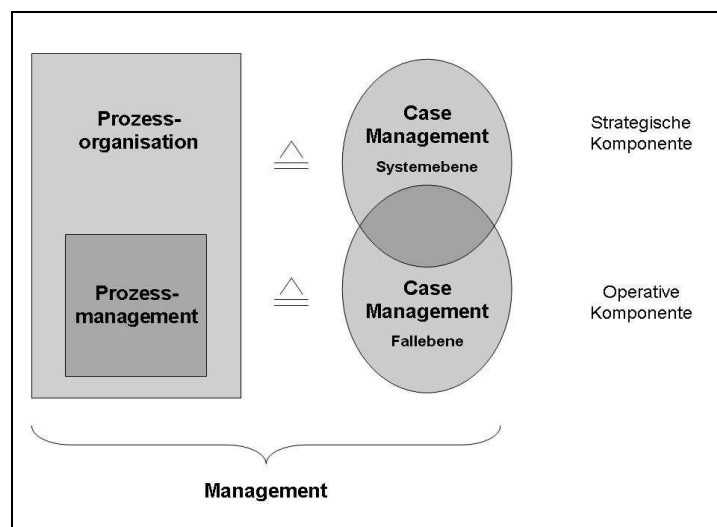
---

<sup>184</sup> Dahlgaard/ Stratmeyer (2007), a.a.O., S. 43.

Aus diesem Grund wirkt Case Management quer zu den Grenzen der Versorgungssektoren und Professionen. Auch Prozessmanagement operiert grafisch gesehen quer zum eigentlichen Leistungserstellungsprozess. Diese Anlage der steuernden Aktivitäten ist Kennzeichen jeglichen Managementhandelns. Ebenfalls nutzen beide Konzepte in ihrer methodischen Umsetzung das Regelkreismodell. Ähnlich dem Managementprozess existiert ein Case Management Modell mit aufeinanderbezogenen Phasen. Auch Prozessmanagement macht sich das Regelkreismodell der Kybernetik zu Nutzen. In beiden Konzepten ist allerdings auch ein Eingriff in den Prozess ohne eine Rückkopplung möglich.

Managementaktivitäten finden im Case Management Konzept auf zwei Ebenen statt. Case Management steuert im Einzelfall einen individuellen Bewältigungsprozess und gestaltet übergeordnet den Versorgungsprozess bestimmter Klientengruppen in seiner Gesamtheit. Jene Dualität findet sich auch innerhalb der Organisation und des Managements von Prozessen. Die Prozessorganisation befasst sich mit der grundlegenden Gestaltung von Prozessabläufen. Prozessmanagement hingegen bezieht sich auf die Steuerung eines einzelnen Prozesses, dessen Struktur im Rahmen der Prozessorganisation festgelegt wurde. Vereinfacht kann hier eine Analogie zu der Differenzierung der Managementebenen in operative und strategische Ebene hergestellt werden. Beide Konzepte beinhalten eine strategische und eine operative Komponente (s. Abb. 7).

**Abbildung 7 : Vergleich Prozessmanagement und Case Management**



Quelle: eigene Darstellung

Zusammenfassend weisen beide Konzepte diverse Übereinstimmungen auf. Insbesondere hinsichtlich der Notwendigkeit und der Zielstellungen lassen sich grundlegende Gemeinsamkeiten feststellen. Sowohl Prozessmanagement als auch Case Management können als Managementkonzepte betrachtet werden. Jedoch liegen die Schwerpunkte unterschiedlich, so dass trotz zahlreicher deckungsgleicher Inhalte Prozessmanagement und Case Management jeweils eigenständige Konzepte sind. Keines der beiden Konzepte kann unter das andere subsumiert werden. Dies verdeutlichen auch oben beschriebene Unterschiede in der konkreten Anwendung. Beide Konzepte können singulär in einer Organisation zum Einsatz kommen. Dem jeweiligen Ursprung entsprechend wird Prozessmanagement eher in wirtschaftlichen Unternehmungen und Case Management eher in Institutionen des Sozial- und Gesundheitswesens Anwendung finden, wobei die grundlegenden Charakteristika (z.B. Prozess- oder Kundenorientierung) identisch sind und sich unabhängig vom Namen in der Umsetzung finden lassen. Allerdings können beide Konzepte auch synergistisch innerhalb einer Organisation eingesetzt werden. Beispielsweise sind Krankenhäuser Organisationen des Gesundheitswesens, die sich bei zunehmender Wirtschaftsorientierung im Versorgungssektor auch als wirtschaftliche Unternehmen verstehen müssen. Wie sich eine derartige Verbindung der beiden Ansätze in der Organisation eines Krankenhauses darstellen könnte, ist Gegenstand des nachfolgenden Kapitels.

## **4 Prozessmanagement und Case Management im Krankenhaus**

### **4.1 Ausgangssituation und Managementnotwendigkeit im Krankenhaus**

Krankenhäuser befinden sich in einem Spannungsfeld zwischen quantitativ und qualitativ gestiegenen Leistungsanforderungen und zunehmendem Rationalisierungsdruck. Demographische und epidemiologische Veränderungen, rechtliche Erfordernisse der Sozialgesetzgebung, leistungsbezogene Vergütung in Verbindung mit einem zunehmenden Wettbewerb im Gesundheitssektor sowie eine Fragmentierung der Versorgungsstrukturen auf Meso- und Makroebene stellen Herausforderungen an die zeitliche und räumliche Gestaltung des

Versorgungsgeschehens im Krankenhaus (vgl. Abschnitt 1.1).<sup>185</sup> Vereinfacht lässt sich sagen, dass zunehmend ältere, mehrfach erkrankte Patienten mit einem komplexen Versorgungsbedarf in kürzerer Zeit im Krankenhaus versorgt und anschließend in ein zergliedertes Versorgungssystem übergeleitet werden müssen. Dies stellt hohe Ansprüche an das Krankenhaus und seine Mitarbeiter. Die Versorgungsleistungen müssen wirtschaftlich, patientenorientiert und qualitativ hochwertig erbracht werden, will das Krankenhaus im Gesundheitssystem als Institution bestehen.

Diesen Anforderungen stehen „institutionelle“ und „handlungbezogene Schwächen“<sup>186</sup> der Organisation Krankenhaus diametral gegenüber. Zu den handlungsbezogenen Schwächen zählt Ament-Rambow eine mangelnde Kundenorientierung.<sup>187</sup> Diese Orientierung bezieht sich einerseits auf die Patienten des Krankenhauses, deren Bedürfnisse sich verändert haben. Multimorbidität sowie eine Zunahme chronisch Erkrankter bedürfen einer auf Kontinuität ausgerichteten Versorgung. Wohingegen die Versorgung von akut erkrankten Patienten eher episodenhaft strukturiert ist (vgl. Abschnitt 2.3.1). Andererseits umfasst Kundenorientierung auch die internen Kunden, also die Leistungsbeziehungen innerhalb einer Klinik (vgl. Abschnitt 2.2.2.1). Diese internen Kunden-Lieferanten-Beziehungen werden u.a. durch die nachfolgend beschriebenen institutionellen Schwächen des Krankenhauses gestört.

Wie auch andere Unternehmen folgt das Krankenhaus dem „Primat der Aufbauorganisation“<sup>188</sup> (vgl. Abschnitt 2.2.1). Traditionell gewachsen weisen Krankenhäuser eine Säulenstruktur auf, welche die Prinzipien der Aufgaben- und Arbeitsteilung zwischen den Hauptberufsgruppen Medizin, Pflege und Verwaltung widerspiegelt. Die drei Säulen verfügen über eigene Verantwortungsbereiche und Hierarchiestrukturen, welche meist lediglich über die oberste Instanz der Krankenhausleitung miteinander verbunden sind. Aufgrund der „relativen

---

<sup>185</sup> Vgl. Dahlgaard/ Stratmeyer (2006), a.a.O., S. 13-20; sowie Breu, a.a.O., S. 17-55.

<sup>186</sup> Ament-Rambow, a.a.O., S 812.

<sup>187</sup> ebd.

<sup>188</sup> Dahlgaard/ Stratmeyer (2006), a.a.O., S. 22.

Unverbundenheit<sup>189</sup> der Säulen werden die Teilprozesse der Patientenversorgung nacheinander oder parallel von den Berufsgruppen erbracht.<sup>190</sup> Hinzu kommen eine funktionelle Spezialisierung und Arbeitsteilung, die das Krankenhaus in unterschiedliche medizinische Fachabteilungen, Funktionsbereiche oder Zentralbereiche untergliedert.<sup>191</sup> Ergebnis dieser Organisationsstruktur sind operative Inseln des Arzt- und Pflegedienstes, die Abschottung einzelner Bereiche sowie Schnittstellenprobleme, die sich häufig in ungeklärten Verantwortlichkeiten äußern.<sup>192</sup> Krankenhäuser sind demnach „fragmentierte soziale Gebilde“<sup>193</sup> mit besonderen Struktur- und Prozessbedingungen, die einen hohen Abstimmungs-, Koordinations- und Kommunikationsaufwand erfordern. In Verbindung mit einer ohnehin fragmentierten und segmentierten Umwelt – dem Gesundheitswesen – bedeutet dies eine starke Zunahme von Komplexität. Die Organisation des Krankenhauses versucht, um handlungsfähig zu bleiben, das Problem der wachsenden Komplexität durch Erhöhung der Arbeitsteilung zu lösen. Durch diese klinikinterne Differenzierung steigt wiederum der Grad an Komplexität.<sup>194</sup> Krankenhäuser weisen also eine hohe Eigenkomplexität auf und bewegen sich in einer dynamischen und komplexen Umwelt, deren soziologische, wirtschaftliche, rechtliche und technologische Entwicklungen mannigfaltig Einfluss auf das Krankenhaus nehmen.<sup>195</sup>

Diese Ausgangslage der Organisation Krankenhaus stellt ein klassisches manageriales Erfordernis dar; denn zur Systemerhaltung muss in einem Krankenhaus „das Verhalten von Menschen auf ein Ziel hin koordiniert werden (...) und zwar unter wechselnden Umständen, die eine exakte Planung unmöglich machen“<sup>196</sup> (vgl. Abschnitt 2.1.1). Insbesondere die aus der Aufbau- und

---

<sup>189</sup> Stratmeyer, Peter (2002): Das patientenorientierte Krankenhaus. Eine Einführung in das System Krankenhaus und die Perspektiven für die Kooperation zwischen Pflege und Medizin, Juventa Verlag, Weinheim u.a., S. 115.

<sup>190</sup> Vgl. Greiling, Michael/ Buddendick, Hubert/ Wolter, Sabine (2004): Klinische Pfade in der Praxis. Workflow-Management von Krankenhaus-Prozessen, Baumann Fachverlage, Kulmbach; S. 31-33; *ebenso* Stratmeyer, a.a.O., S. 113-117; *sowie* Bostelaar/ Pape, a.a.O., S. 30; *oder* Seelos, a.a.O., S. 18.

<sup>191</sup> Vgl. Greiling et al., a.a.O., S. 32; *sowie* Steyrer, a.a.O., S. 11.

<sup>192</sup> Vgl. Dahlgaard/ Stratmeyer (2006), a.a.O., S. 59; *sowie* Schwaiberger, a.a.O., S. 13f.

<sup>193</sup> Steyrer, a.a.O., S. 12.

<sup>194</sup> Vgl. Dahlgaard/ Stratmeyer (2006), a.a.O., S. 63.

<sup>195</sup> Vgl. Seelos, a.a.O., S. 4f.

<sup>196</sup> Malik, a.a.O., S. 6.

Ablauforganisation erwachsener Dysfunktionalitäten lassen eine Orientierung an den Prinzipien der Prozessorganisation und damit ein Prozessmanagement sinnvoll erscheinen (vgl. Abschnitt 2.2.1 und 2.2.2.1). Ebenfalls indiziert ist in dieser Situation ein Case Management, da das Krankenhaus als eine Institution im gesamten Gesundheitswesen agiert und im Sinne einer Patientenorientierung auf die quantitativ und qualitativ gestiegenen Versorgungserfordernisse reagieren muss.

Für das Krankenhaus – und in der Konsequenz für die Patienten der Klinik – ist ein qualitativ hochwertiger, störungsfreier und effizienter Ablauf der Versorgung essentiell. Folgende Ziele verfolgt ein Krankenhaus mit der Einführung eines Case Managements als Leistungserbringer unter den aktuellen Rahmenbedingungen: Vermeidung unnötiger stationärer Aufenthalte, Beschleunigung des Versorgungsprozesses, Verminderung unnötiger diagnostischer/ stationärer Kosten, Vermeidung von Mehrfachuntersuchungen, Qualitätsverbesserung, Erhöhung der Kundenzufriedenheit.<sup>197</sup> Diese Ziele lassen sich auf die Prozessgestaltungs-Parameter Zeit, Kosten, Qualität und Kundenzufriedenheit zurückführen (vgl. Abschnitt 2.2.2.3). Die Teilprozesse innerhalb der Bereiche und Professionen müssen zusammengeführt werden, um einen kontinuierlichen, effektiven und effizienten Versorgungsprozess zu gewährleisten. Für den Patienten ist neben dem reibungslosen Versorgungsprozess innerhalb der Klinik noch die krankenhausesübergreifende Vernetzung der Prozesse im Gesundheitssystem bedeutend, da er sich während seines Krankheitsverlaufs im stationären sowie im ambulanten Sektor bewegt und ein Krankenhausaufenthalt lediglich eine Episode seines Krankheitsverlaufs darstellt. Ziel für ein Krankenhaus ist es demnach, sowohl seine internen Prozesse zu optimieren und zu koordinieren, als auch die eigenen Prozesse mit den Versorgungsprozessen außerhalb der Klinik zu verbinden. Beide Konzepte lassen sich im Krankenhaus für diese Zielstellungen nutzen und können sich in der Zielerreichung ergänzen.

---

<sup>197</sup> Vgl. *Fries, Hubertus* (2002): Case Management als Gesundheitsleistung, in: Löcherbach, Peter/ Klug, Wolfgang/ Rimmel-Faßbender, Ruth/ Wendt, Wolf-Rainer (Hrsg.): Case Management. Fall- und Systemsteuerung in Theorie und Praxis, Luchterhand, Neuwied u.a., S. 101-117, hier S. 103; sowie *Schwaiberger, a.a.O.*, S. 14.



## 4.2 Möglichkeiten der Konzeptanwendung im Krankenhaus

Zentraler Bestandteil der Konzepte ist die Prozessorientierung. Folglich ist der Behandlungs- bzw. Versorgungsprozess des Patienten – als Kernprozess des Krankenhauses – Ausgangspunkt aller Überlegungen (vgl. Abschnitt 2.2.2.2). Die Behandlung des Patienten kann in diesem Zusammenhang als Leistungserstellungsprozess betrachtet werden.<sup>198</sup> Entsprechend den allgemeinen Prozessmerkmalen und dem Mehrebenenmodell der Prozessbetrachtung (vgl. Abschnitt 2.2.2.2) können folgende Kennzeichen für den patientenbezogenen Leistungsprozess im Krankenhaus zugrunde gelegt werden:

- Prozesse 1. Ordnung umfassen mind. zwei logisch zusammenhängende patientenbezogene Aktivitäten (z.B. Ganzkörperwäsche).
- Prozesse 1. Ordnung werden i.d.R. durch eine Person erbracht.
- Prozesse 1. Ordnung werden personenübergreifend zu Prozessen 2. Ordnung zusammengeführt (z.B. Aufnahmeprozess).
- Beginn- und Endpunkt der Prozesse 2. Ordnung stimmen meist mit Grenzen von Leistungseinheiten überein.
- Prozesse 2. Ordnung werden abteilungsübergreifend zum Prozess 3. Ordnung (z.B. Diagnostik+ Therapie+ Pflege+ Unterbringung = Behandlungsprozess) vernetzt.
- Prozess 3. Ordnung entspricht dem Kernprozess eines Krankenhauses.
- Prozess 3. Ordnung wird während des stationären Aufenthalts zwischen Aufnahme und Entlassung erbracht.
- Der Patient wird als externen Faktor in (in)direkter Form in Prozesse integriert.
- Die Aneinanderreihung von Aktivitäten ist nicht zwingend geradlinig; auch Verzweigungen sind möglich (wiederholtes Durchlaufen einer Aktivität).
- Die Ergebnisse der Prozesse können materiell oder immateriell sein; Kunde können interne Prozesskunden oder Patienten sein.<sup>199</sup>

---

<sup>198</sup> Vgl. Grätias, Ralf (2004): Den Patient zielgerichtet durch den Leistungsprozess führen. Ziele, Funktionen und Aufgaben eines pflegerisch gestützten Case-Managements, in: Die Schwester Der Pfleger, 4/04, 43, Jahrgang, S. 288-292, hier S. 288; sowie Greiling et al., a.a.O., S. 29.

<sup>199</sup> Vgl. Breu, a.a.O., S132f.; sowie Dahlgaard/ Stratmeyer (2006), a.a.O., S. 27.

Schon die Identifikation und Definition der Prozesse und ihrer Merkmale im Rahmen der Prozessorganisation können Optimierungspotentiale aufdecken. Durch das Nachdenken über Ablauf- und Aufbaustrukturen wird ein Entwicklungsprozess initiiert, der eine wirksame Prozessarbeit fördern kann.<sup>200</sup> Im Rahmen der Prozessorganisation wird der Behandlungsprozess in den Mittelpunkt der Gestaltungsbemühungen gestellt und nicht die traditionelle Säulenstruktur. Die Organisation des Krankenhauses nach den Prinzipien der Prozessorganisation (vgl. Abschnitt 2.2.2.1) kann den bisherigen Ineffizienzen der Krankenhaussstruktur entgegenwirken. Prozessorientierung bedeutet eine Rückbesinnung auf und Orientierung an den zentralen und wertschöpfenden Aktivitäten des Behandlungsprozesses und kann so die Effektivität und Effizienz des Krankenhauses steigern. Sie bietet gleichzeitig die Möglichkeit, den Patienten und seine Bedürfnisse (wieder) in das Leistungsgeschehen miteinzubeziehen, denn letztlich sind das Ziel und der Auftrag eines Krankenhauses, eine optimale Versorgung der Patienten sicherzustellen.

Die verschiedenen Prozesse innerhalb eines Krankenhauses können unterschiedlichen Prozessarten zugeordnet werden (vgl. Abschnitt 2.2.2.2). Für die Prozessgestaltung sind high volume, high risk und kritische Prozesse von Bedeutung. High volume Prozesse sind häufig und relativ gleichförmig ablaufende Prozesse, wie z.B. der Aufnahmeprozess. High risk Prozesse sind für das Krankenhaus mit besonderen Risiken, beispielsweise hohen Infektionsrisiken, verbunden. Als kritisch sind die Prozesse zu bezeichnen, die einen hohen Einfluss auf die Patientenzufriedenheit haben (z.B. Aufnahmeverfahren), Wettbewerbsvorteile beinhalten (z.B. Einsatz innovativer Therapiemethoden) oder mit einem hohen Ressourcenverbrauch (z.B. kostenintensive Medikamentengaben) assoziiert sind.<sup>201</sup> Der idealtypische Ansatz der Prozessorganisation und des Prozessmanagements bezieht grundlegend alle Prozesse der Organisation mit ein. Allerdings bedeutet die nachhaltige und zielgerichtete Gestaltung von Prozessen einen hohen Aufwand für das Krankenhaus.<sup>202</sup> Aus diesem Grund erscheint eine Priorisierung der Prozesse auf Grundlage der jeweiligen Prozessart legitim. Die

---

<sup>200</sup> Vgl. Ament-Rambow, a.a.O., S. 814.

<sup>201</sup> Vgl. Dahlgaard/ Stratmeyer (2006), a.a.O., S. 26f.

<sup>202</sup> ebd.

prinzipielle Prozessorientierung und damit das Denken in Prozessstrukturen und vernetzten Zusammenhängen bleiben davon jedoch unberührt und stellen eine basale Voraussetzung für eine Prozessorganisation im Krankenhaus dar.

Die Anwendung des Verfahrens der Prozessgestaltung (vgl. Abschnitt 2.2.2.3) scheint insbesondere für high volume Prozesse angezeigt. Diese Prozesse können im Rahmen der Prozessorganisation aufgrund ihres relativ homogenen Verlaufs durch Regelungen zielgerichtet und langfristig wirksam strukturiert werden. Die optimale Abfolge und Terminierung der Aktivitäten, die von den einzelnen Professionen bei Patienten mit einer bestimmten Diagnose oder Therapie durchgeführt werden, können so geplant und festgelegt werden.<sup>203</sup> Das Ergebnis wird als Behandlungspfad bzw. Clinical Pathway bezeichnet. Diese Pfade beschreiben einen evidenzbasierten Behandlungsverlauf, in dem die üblichen patientenbezogenen Aktivitäten der stationären und interprofessionellen Behandlung für eine bestimmte Patientengruppe beschrieben werden. Unter ausreichender Berücksichtigung der Spezifika der Behandlung und der Individualität der Patienten können Behandlungspfade zur Komplexitätsbewältigung beitragen, in dem sie bei einer Vielfalt von Handlungs- und Entscheidungsmöglichkeiten als Orientierung für die Mitarbeiter in der täglichen Koordination des Versorgungsgeschehens dienen.<sup>204</sup> Behandlungspfade können damit als Form der Prozessstandardisierung und -optimierung betrachtet werden.<sup>205</sup> Diese Planung und grundlegende Gestaltung von Prozessen für bestimmte Patientengruppen entspricht einem Case Management auf Systemebene (vgl. Abschnitt 2.3.2.2), in dem der Versorgungsprozess für spezielle Patientengruppen übergeordnet organisiert wird. Das Konzept der Prozessorganisation und analog Case Management auf Systemebene können im Krankenhaus zur Prozessgestaltung auf strategischer Ebene und weiterführend zur prozessorientierten Organisationsentwicklung genutzt werden.

---

<sup>203</sup> Vgl. Dahlgaard/ Stratmeyer (2006), a.a.O., S. 77.

<sup>204</sup> Vgl. Kahla-Witzsch, Heike Anette/ Geisinger, Thomas (2004): Clinical Pathways in der Krankenhauspraxis. Ein Leitfaden, Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart, S. 21-23; sowie Dahlgaard/ Stratmeyer (2006), a.a.O., S. 77.

<sup>205</sup> Vgl. Dahlgaard/ Stratmeyer (2006), a.a.O., S. 61-66.

Die konstituierende Gestaltung der Krankenhausprozesse auf strategischer Ebene ist eine Voraussetzung für die Erbringung effizienter und qualitativ hochwertiger Versorgungsprozesse. Jedoch weist diese übergeordnete Planung und Strukturierung im Krankenhausalltag Grenzen auf, die eine weitergehende Einflussnahme notwendig machen (vgl. Abschnitt 2.2.2.1). Das Zusammenspiel unterschiedlicher Bereiche und Professionen beinhaltet eine eigene Dynamik, die eine exakte Planung von Prozessen erschwert. Nicht immer kann der Behandlungsprozess so realisiert werden, wie er ursprünglich in einem Behandlungspfad beschrieben ist. Diverse umweltbedingte Faktoren nehmen Einfluss auf den Prozess und wirken als Störgrößen. Beispielsweise verzögert der Defekt eines medizintechnischen Geräts den geplanten Ablauf eines Diagnostikprozesses. In jedem Arbeitsvollzug können auch Fehler entstehen. Eine vergessene Dokumentation kann an Schnittstellen zwischen Fachbereichen zu Informationsverlusten führen. Von großer Bedeutung im Krankenhaus ist ferner die Einflussnahme des Patienten, welcher als Co-Produzent den Behandlungsprozess aktiv mitgestaltet. Art und Umfang der Prozessbeeinflussung durch den Patienten sind nicht vorhersehbar. So kann beispielsweise ein Termin für eine diagnostische Untersuchung nicht eingehalten werden, da der Patient sich aufgrund seiner körperlichen oder seelischen Situation nicht in der Lage fühlt, diesem nachzukommen.<sup>206</sup>

Für die Versorgung von Patienten im Rahmen eines Behandlungspfads bedeutet dies, dass der Versorgungsprozess kontinuierlich überwacht und kontrolliert werden muss. Zur Störungs- und Fehlerbeseitigung sowie zur Integration des Patienten muss im operativen Geschäft auf den Prozess Einfluss genommen werden.<sup>207</sup> Sowohl das Monitoring als auch die situative Einflussnahme auf den einzelnen Versorgungsprozess sind Aufgaben des Prozessmanagements (vgl. Abschnitt 2.2.2.4). Das Prozessmanagement identifiziert Varianzen (Ereignisse im Behandlungsverlauf), die zu einem Abweichen vom geplanten Behandlungspfad führen. Diese Abweichungskriterien können sowohl auf den Patienten, als auch

---

<sup>206</sup> Vgl. Dahlgaard/ Stratmeyer (2007), a.a.O., S: 14f.

<sup>207</sup> Vgl. Thiry, Ludwig/ Pape, Rudolf (2008): Case Management im Krankenhaus, in: Bostelaar, Rene (Hrsg.): Case Management im Krankenhaus. Aufsätze zum Kölner Modell in Theorie und Praxis, Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hanno-ver, S. 27-30, hier S. 30.

auf das soziale Umfeld oder das Krankenhaus bezogen sein.<sup>208</sup> Beispielsweise kann eine Veränderung des Versorgungsbedarfs infolge der Änderung des Krankheitsbildes dazu führen, dass der Behandlungspfad unterbrochen oder verlassen werden muss. Die Ausschlusskriterien für einen Behandlungspfad werden bei seiner Entwicklung formuliert und bieten in der Pfadanwendung Sicherheit. Diese Ausschlusskriterien greifen auch schon im Vorfeld und bestimmen, welche Patienten überhaupt entsprechend dem Behandlungspfad behandelt werden.<sup>209</sup> Behandlungsprozesse von Patienten, die z.B. aufgrund des Diagnose- oder Therapiespektrums nicht entsprechend eines Behandlungspfades strukturiert werden können, benötigen jedoch ebenfalls eine verantwortliche Steuerung. Diese Steuerung des einzelnen Patientenfalls entspricht der Fallebene im Case Management (vgl. Abschnitt 2.3.2.2). Ziel dabei ist es, für Patienten mit einem komplexen Versorgungsbedarf ein umfassendes und langfristig ausgerichtetes Versorgungssystem zu arrangieren<sup>210</sup>, welches insbesondere den Übergang vom stationären in den ambulanten Sektor sicherstellt. Im Gegensatz zum Prozessmanagement greift das Case Management jedoch nicht alle Patientenfälle auf, sondern selektiert nach bestimmten Kriterien<sup>211</sup> oder gesetzlichen Grundlagen, in welchen Fällen ein Case Management eingeleitet wird (vgl. Abschnitt 2.3.2.3). Grundlage für ein Screening im Krankenhaus können z.B. pflegerische Assessments sein.

Prozessmanagement und Case Management wirken in diesen Situationen auf der operativen Ebene. Prozessorganisation und Case Management auf Systemebene gestalten hingegen den Rahmen der Leistungserstellung im Krankenhaus, in dem sie grundlegende Regeln für die Versorgungsprozesse entwickeln und das Prozessgeschehen auf strategischer Ebene in seiner Gesamtheit strukturieren. Prozessmanagement und Case Management auf Fallebene setzen nachgelagert an den einzelnen Versorgungsprozessen an und steuern diese verantwortlich (s. Abb. 7). Wichtig hierbei ist die strukturelle Rückkopplung zwischen operativer

---

<sup>208</sup> Vgl. Kahla-Witzsch/ Geisinger, a.a.O., S. 70-72

<sup>209</sup> Vgl. Kahla-Witzsch/ Geisinger, a.a.O., S. 66f.

<sup>210</sup> Vgl. Ewers, a.a.O., S. 55.

<sup>211</sup> Siehe zu weiteren Ausführungen: Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management e.V. (Hrsg.) (2009): Rahmenempfehlungen zum Handlungskonzept Case Management, Economica, Heidelberg u.a., S. 2f.

und strategischer Ebene (vgl. Abschnitt 2.2.2.4 und 2.3.2.3). Hinsichtlich eines Behandlungspfades ist es sinnvoll, aufgetretene Abweichungen strukturiert zu analysieren. Diese können wichtige Hinweise für eine Verbesserung des Behandlungspfades bzgl. patientenbezogener, medizinischer oder organisatorischer Ergebnisse darstellen. Speziell die auf das Krankenhaus bezogenen Abweichungen können Ansatzpunkte für die Prozessorganisation bzw. für das Case Management auf Systemebene sein. Mittels eines solchen Pfadcontrollings kann nicht nur auf den Einzelfall steuernd und koordinierend eingewirkt werden, sondern auch auf den eigentlichen Pfadablauf und dessen Entwicklung.<sup>212</sup>

### **4.3 Resümee und Ausblick**

Ausgehend von den Darstellungen der beiden vorherigen Abschnitte lässt sich feststellen, dass das Konzept des Prozessmanagements (inklusive Prozessorganisation) und das Konzept des Case Managements mit ihren beschriebenen Charakteristika geeignete Lösungsmöglichkeiten für Krankenhäuser darstellen, um auf die aktuellen Probleme und Herausforderungen in der Leistungserstellung von Kliniken zu reagieren.

In Verbindung können die Konzepte zu einer Zusammenführung der Perspektive des Leistungserbringers (Krankenhaus) und der des Leistungsnehmers (Patient) beitragen. Dies führt in der Konsequenz zu einer Ausrichtung des gesamten Krankenhauses auf eine Kunden- bzw. Patientenorientierung und bezieht damit den zentralen Adressaten der Leistungen eines Krankenhauses mit ein.<sup>213</sup> Die aus den gesundheitspolitischen Entwicklungen resultierende Notwendigkeit zur Optimierung der Leistungserstellung im Krankenhaus führt in der Folge zu einer optimierten Versorgung von einzelnen Patienten oder Patientengruppen.<sup>214</sup>

Prozessmanagement und Case Management können im Anwendungsbezug des Krankenhauses als sich ergänzende Konzepte betrachtet werden, die sowohl auf der strategischen, als auch auf der operativen Ebene als Managementkonzepte wirken. Um optimale Ergebnisse zu erzielen und Synergien zu schaffen, bedarf es

---

<sup>212</sup> Vgl. Kahla-Witzsch/ Geisinger, a.a.O., S. 72.

<sup>213</sup> Vgl. Ament-Rambow, a.a.O., S. 814.

<sup>214</sup> Vgl. Thiry/ Pape, a.a.o., S. 29.

eines parallelen Einsatzes beider Konzepte. Eine an den Prozessen ausgerichtete Aufbau- und Ablauforganisation (=Prozessorganisation) ist eine Voraussetzung für ein erfolgreiches Case Management.<sup>215</sup> Umgekehrt kann Case Management einen wichtigen Beitrag zur Umgestaltung eines Krankenhauses zu einer prozessorientierten Organisation leisten.<sup>216</sup> Im realen Einsatz werden die beiden idealtypischen Konzepte nicht mehr völlig losgelöst voneinander zu betrachten sein. Eine Umsetzung des Prozessmanagement Ansatzes im Krankenhaus beinhaltet in der Konsequenz auch die Anwendung eines Case Managements.<sup>217</sup> Andersherum ist Prozessmanagement auch immer eine Aufgabe im Case Management.<sup>218</sup>

Die einleitend geforderten Hilfsmöglichkeiten, „(...) die zum einen den Patienten sicher durch das Räderwerk der Leistungserbringung begleiten und zum anderen aber darauf achten, dass die Zahnräder der Leistungserbringung gut ineinander greifen (...)“<sup>219</sup>, können über die Kombination von Prozessmanagement (-organisation) und Case Management in der Leistungserstellung eines Krankenhauses realisiert werden.

Vorliegende Arbeit identifiziert ein Managementanfordernis im Krankenhaus und zeigt, dass die Managementkonzepte Prozessmanagement und Case Management geeignet sind, diesem Anfordernis nachzukommen. In der konkreten Anwendung der Konzepte stellt sich in der Folge die Frage, wer – im institutionalen Sinn (vgl. Abschnitt 2.1.2.2) – das Management des Versorgungsprozesses im Krankenhaus übernimmt. Eine umfassende Analyse und Beschreibung des institutionalen Managements, also der Personengruppe im Krankenhaus, die die Managementaufgaben im Behandlungsprozess wahrnehmen, ist in dieser Arbeit nicht erfolgt. Diese ist aber eine Voraussetzung für den Einsatz der Konzepte und muss für eine Implementierung der Konzepte in die Praxis erfolgen.

---

<sup>215</sup> Vgl. Gratias, a.a.O., S. 289.

<sup>216</sup> Vgl. Pape/ Bostelaar, a.a.O., S. 31.

<sup>217</sup> Vgl. Gratias, a.a.O., S. 289.

<sup>218</sup> Vgl. Huber, Peter/ Siegmund, Thorsten/ Müller, Lydia/ Schumm-Draeger, Petra-Maria (2005): Qualität, Wirtschaftlichkeit und Humanität vereinigen, in *Pflegezeitschrift*, 8/2005, S. 513-515, hier S. 514.

<sup>219</sup> Köpfer, a.a.O., S.20.

Für die reelle Umsetzung gilt es zu klären, welche Profession sich als Prozessmanager bzw. Case Manager für die Steuerung und Koordination der Versorgungsprozesse verantwortlich zeigt. Für das Krankenhaus kämen sowohl der ärztliche Dienst als auch der Pflegedienst oder der Sozialdienst in Betracht. Eine Entscheidung sollte vor dem Hintergrund der prozessualen Anforderungen getroffen werden. Als Kriterien können z.B. Handlungsanteile am Prozess oder der Anteil an bisherigen Managementaufgaben verwendet werden. Ebenfalls ist bei der Anwendung der Konzepte die organisationale Verankerung der Manager in den Krankenhausstrukturen festzulegen. Fraglich ist, ob die Managementaufgaben als separate Funktionen in der Krankenhausorganisation etabliert oder in den Versorgungsprozess integriert werden. Weiterhin ist in der Folge auch eine Überprüfung der rechtlichen Rahmenbedingungen, welche sich u.a. aus den Sozialgesetzgebung und dem Berufsrecht der jeweiligen Professionen ergeben, sowie eine eventuelle Anpassung dieser hinsichtlich neuer Aufgabenverteilungen notwendig.

Verschiedenen Veröffentlichungen beschreiben Organisationsmodelle, die wertvolle Hinweise für die Anwendung der Managementkonzepte liefern. Hier sei auf die Ansätze des Kooperativen Prozessmanagements<sup>220</sup> oder des Primary Nursings<sup>221</sup> verwiesen. Diese Ansätze fokussieren bestimmte Teilaspekte wie die Kooperation der Professionen im Krankenhaus oder die pflegerische Versorgung und bieten eine gute Grundlage für die Beschreibung und Festlegung des institutionalen Managements. Die Tragfähigkeit der Konzepte Prozessmanagement und Case Management in der Praxis steht in einem engen Zusammenhang mit der Klärung der Managerrolle Krankenhaus. Aus diesem Grund ist es notwendig, sich über die Inhalte dieser Arbeit hinaus mit der Rolle und den Personen des Managements sowie den Rahmenbedingungen zur Erfüllung der Rolle zu beschäftigen und diese für die Krankenhausstruktur festzulegen.

---

<sup>220</sup> Siehe zu weiteren Ausführungen: Dahlgaard, Knut/ Stratmeyer, Peter (2006): Kooperatives Prozessmanagement im Krankenhaus, Themenband 1 –Das Konzept, Luchterhand, Neuwied

<sup>221</sup> Siehe zu weiteren Ausführungen: Mischo-Kelling, Maria/ Schütz-Pazzini, Petra (Hrsg.) (2007): Primäre Pflege in Theorie und Praxis. Herausforderungen und Chancen, Verlag Hans Huber, Bern



## 5 Literaturverzeichnis

- Ament-Rambow, Christina* (1998): Prozeßmanagement -Schlüssel zur Kostensenkung im Krankenhaus, in: Krankenhaus-Umschau, 11/1998, S. 810-819
- Bleicher, Knut* (2004): Das Konzept Integriertes Management. Visionen-Missionen- Programme, 7. Aufl., Campus Verlag, Frankfurt u.a.
- Bleicher, Knut/ Meyer, Erik* (1976): Führung in der Unternehmung. Formen und Modelle, Rowohlt Taschenbuch Verlag, Reinbek/Hamburg
- Brandenburg, Hermann/ Dorschner, Stephan* (2008): Pflegewissenschaft 1. Lehr- und Arbeitsbuch zur Einführung in das wissenschaftliche Denken in der Pflege, 2. Aufl., Verlag Hans Huber, Bern
- Breu, Marcus* (2001): Fallorientiertes Prozeßmanagement im Krankenhaus. Ein konzeptioneller Gestaltungsansatz im Spannungsfeld zwischen Wirtschaftlichkeit und Qualität, Verlag P.C.O, Bayreuth
- Case Management Society of America (CMSA)*: What is a Case Manager; entnommen aus den Internetinformationen der CMSA: <http://www.cmsa.org/Home/CMSA/WhatisaCaseManager/tabid/224/Default.aspx>, abgerufen am 10.02.2011
- Dahlgaard, Knut/ Stratmeyer, Peter* (2006): Kooperatives Prozessmanagement im Krankenhaus, Themenband 2 –Prozessorganisation, Luchterhand, Neuwied
- Dahlgaard, Knut/ Stratmeyer, Peter* (2007): Kooperatives Prozessmanagement im Krankenhaus, Themenband 4 –Prozessmanagement, Luchterhand, Neuwied
- Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management e.V.* (Hrsg.) (2009): Rahmenempfehlungen zum Handlungskonzept Case Management, Economica, Heidelberg u.a.
- Deutsches Netzwerk Evidenzbasierter Medizin e.V.(DNEbM)*: EbM –Glossar, entnommen aus den Internetinformationen der DNEbM: <http://www.ebm-netzwerk.de/grundlagen/glossar#refer> ; abgerufen am 12.02.2011
- Deutsches Institut für Normung e.V. (DIN)* (2000): Qualitätsmanagementsysteme. Grundlagen und Begriffe (ISO 9000:2000), Beuth Verlag, Berlin

- Dörpinghaus, Sabine/ Grützmaker, Sabine/ Werbke, Sebastian/ Weidner, Frank* (2004): Case Management, in: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (Hrsg.): Überleitung und Case Management in der Pflege, Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover, S. 100-190
- Ewers, Michael* (2005): Das angloamerikanische Case Management: Konzeptionelle und methodische Grundlagen, in: Ewers, Michael/ Schaeffer, Doris (Hrsg.): Case Management in Theorie und Praxis, 2. Aufl., Verlag Hans Huber, Bern, S. 53-90
- Ewers, Michael/ Schaeffer, Doris* (2005): Einleitung: Case Management als Innovation im bundesdeutschen Sozial- und Gesundheitswesen, in: Ewers, Michael/ Schaeffer, Doris (Hrsg.): Case Management in Theorie und Praxis, 2. Aufl., Verlag Hans Huber, Bern, S. 7-27
- Füermann, Timo/ Dammasch, Carsten* (2002): Prozessmanagement. Anleitung zur Steigerung der Wertschöpfung, 2. Aufl., Hanser Verlag, München u.a.
- Fischermanns, Guido* (2006): Praxishandbuch Prozessmanagement, ibo Schriftenreihe Organisation Band 9, 6. Aufl., Verlag Dr. Götz Schmidt, Gießen
- Fries, Hubertus* (2002): Case Management als Gesundheitsleistung, in: Löcherbach, Peter/ Klug, Wolfgang/ Rimmel-Faßbender, Ruth/ Wendt, Wolf-Rainer (Hrsg.): Case Management. Fall- und Systemsteuerung in Theorie und Praxis, Luchterhand, Neuwied u.a., S. 101-117
- Gaitanides Michael* (2007): Prozessorganisation. Entwicklung, Ansätze und Programme des Managements von Geschäftsprozessen, 2. Aufl., Verlag Franz Vahlen, München
- Gaitanides, Michael/ Scholz, Rainer/ Vrohlings, Alwin/ Raster, Max* (1994): Prozeßmanagement. Konzepte, Umsetzungen und Erfahrungen des Reengineering, Carl Hanser Verlag, München u.a.
- Gratias, Ralf* (2004): Den Patient zielgerichtet durch den Leistungsprozess führen. Ziele, Funktionen und Aufgaben eines pflegerisch gestützten Case-Managements, in: Die Schwester Der Pfleger, 4/04, 43, Jahrgang, S. 288-292

- Greiling, Michael/ Buddendick, Hubert/ Wolter, Sabine* (2004): Klinische Pfade in der Praxis. Workflow-Management von Krankenhaus-Prozessen, Baumann Fachverlage, Kulmbach
- Gutenberg, Erich* (1990): Einführung in die Betriebswirtschaftslehre, Nachdruck, Betriebswirtschaftlicher Verlag Dr. Th. Gabler, Wiesbaden
- Haller, Sabine* (2010): Dienstleistungsmanagement. Grundlagen – Konzepte - Instrumente, 4. Aufl., Gabler Verlag, Wiesbaden
- Huber, Peter/ Siegmund, Thorsten/ Müller, Lydia/ Schumm-Draeger, Petra-Maria* (2005): Qualität, Wirtschaftlichkeit und Humanität vereinigen, in *Pflegezeitschrift*, 8/2005, S. 513-515
- Kahla-Witzsch, Heike Anette/ Geisinger, Thomas* (2004): Clinical Pathways in der Krankenhauspraxis. Ein Leitfaden, Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart
- Köpfer, T* (2004): Case Management –Chance für das Krankenhaus im Wandel, in: Hellmann, Wolfgang (Hrsg): *Handbuch Integrierte Versorgung*, Ecomed Medizin Verlag, Abschnitt 10.1.1; S. 1-26
- Klug, Wolfgang* (2002). Case Management im US-amerikanischen Kontext: Anmerkungen zur Bilanz und Folgerung für die deutsche Sozialarbeit, in: Löcherbach, Peter/ Klug, Wolfgang/ Remmel-Faßbender, Ruth/ Wendt, Wolf-Rainer (Hrsg.): *Case Management. Fall- und Systemsteuerung in Theorie und Praxis*, Luchterhand, Neuwied u.a., S. 37-62
- Kron, Friedrich* (1999): *Wissenschaftstheorie für Pädagogen*, Ernst Reinhardt Verlag, München u.a.
- Löcherbach, Peter* (2003): Einsatz der Methode Case Management in Deutschland: Übersicht zur Praxis im Sozial- und Gesundheitswesen, Vortrag Augsburger Nachsorgesymposium am 24.05.2003, S.1, entnommen aus Internetinformation: [http://www.pantucek.com/seminare/cm\\_materialien/CM\\_Praxis.pdf](http://www.pantucek.com/seminare/cm_materialien/CM_Praxis.pdf), abgerufen am 10.02.2011
- Malik, Fredmund* (1981): *Management-Systeme*, in: *Die Orientierung*, Nr.78, Bern, S.6-9
- Olfert, Klaus* (2006): *Organisation*, 14. Aufl., Friedrich Kiehl Verlag, Ludwigshafen

- Ostgathe, Christoph/ Düsterdiek, Anne* (2008): Case Management in der Palliativmedizin, in: Bostelaar, Rene (Hrsg.): Case Management im Krankenhaus. Aufsätze zum Kölner Modell in Theorie und Praxis, Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover, S. 68-76
- Pape, Rudolf* (2008): Einleitung, in: Bostelaar, Rene (Hrsg.): Case Management im Krankenhaus. Aufsätze zum Kölner Modell in Theorie und Praxis, Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover, S. 17-20
- Pape, Rudolf/ Bostelaar, Rene* (2008): Case Management als Strategie und die Umsetzung in die Praxis aus Sicht des Managements, in: Bostelaar, Rene (Hrsg.): Case Management im Krankenhaus. Aufsätze zum Kölner Modell in Theorie und Praxis, Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover, S. 31-36
- Pieper, Rüdiger* (Hrsg.) (1992): Lexikon Management, Gabler Verlag, Wiesbaden
- Remer, Andreas/ Hucke, Philip* (2007): Grundlagen der Organisation, Kohlhammer Verlag, Stuttgart
- Rommel-Fassbender, Ruth* (2002): Case Management – eine Methode der Sozialen Arbeit: Erfahrungen und Perspektiven, in: Löcherbach, Peter/ Klug, Wolfgang/ Rommel-Faßbender, Ruth/ Wendt, Wolf-Rainer (Hrsg.): Case Management. Fall- und Systemsteuerung in Theorie und Praxis, Luchterhand, Neuwied u.a., S. 63-80
- Ritter, Joachim/ Gründer, Karlfried* (Hrsg.) (1976): Historisches Wörterbuch der Philosophie. Band 4: I-K, Schwabe & Co AG Verlag; Basel u.a
- Ritter, Joachim/ Gründer, Karlfried* (Hrsg.) (1980): Historisches Wörterbuch der Philosophie. Band 5: L-Mn, Schwabe & Co AG Verlag; Basel u.a.
- Ritter, Joachim/ Gründer Karlfried/ Gabriel, Gottfried* (Hrsg.) (2001): Historisches Wörterbuch der Philosophie. Band 11: U-V, Schwabe & Co.AG Verlag, Basel
- Roland, Claudia* (2008): Das Konzept und seine Umsetzung, in: Bostelaar, Rene (Hrsg.): Case Management im Krankenhaus. Aufsätze zum Kölner Modell in Theorie und Praxis, Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover; S. 52-81
- Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SfKAG)* (2003): Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität; Band I: Finanzierung und Nutzerorientierung, Bonn, Gutachten 2003

- Schmelzer, Hermann* (2005): Wer sind die Akteure im Geschäftsprozessmanagement, in: Zeitschrift Führung + Organisation, 5/ 2005, S. 273-277
- Schulte-Zurhausen, Manfred* (2005): Organisation, 4. Aufl., Verlag Franz Vahlen, München
- Schwaiberger, Maria* (2002): Case-Management im Krankenhaus, Bibliomed-Medizinische Verlagsgesellschaft, Melsungen
- Schwaninger, Markus* (1994): Managementsysteme. St. Galler Management-Konzept Band 4, Campus Verlag, Frankfurt u.a.
- Seelos, Hans-Jürgen* (2010): Management von Medizinbetrieben. Medizinmanagement in Theorie und Praxis, Gabler Verlag, Wiesbaden
- Speck, Josef* (Hrsg.) (1980): Handbuch wissenschaftstheoretischer Begriffe, Band 2: G-Q, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Staehe, Wolfgang* (1992): Funktionen des Managements. Eine Einführung in einzelwirtschaftliche und gesamtgesellschaftliche Probleme der Unternehmensführung, 3. Aufl., Verlag Paul Haupt, Bern u.a.
- Staehe, Wolfgang H.* (1994): Management. Eine verhaltenswissenschaftliche Perspektive, 7. Aufl., Verlag Franz Vahlen, München
- Steinmann, Horst/ Schreyögg, Georg* (2005): Management. Grundlagen der Unternehmensführung. Konzepte- Funktionen- Fallstudien, 6. Aufl., Gabler Verlag, Wiesbaden
- Steyrer, Johannes* (2003): Case- und Prozessmanagement als Option für ein erweitertes Berufsverständnis der Pflege, in: Österreichische Pflegezeitschrift, 11/ 2003, S. 11-15
- Stratmeyer, Peter* (2002): Das patientenorientierte Krankenhaus. Eine Einführung in das System Krankenhaus und die Perspektiven für die Kooperation zwischen Pflege und Medizin, Juventa Verlag, Weinheim u.a.

*Thiry, Ludwig/ Pape, Rudolf* (2008): Case Management im Krankenhaus, in: Bostelaar, Rene (Hrsg.): Case Management im Krankenhaus. Aufsätze zum Kölner Modell in Theorie und Praxis, Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover, S. 27-30

*Vahs, Dietmar* (2009): Organisation. Ein Lehr- und Managementbuch, 7. Aufl., Schäffer- Poeschel Verlag, Stuttgart

*Wendt, Wolf Rainer* (2002): Case Management: Stand und Positionen in der Bundesrepublik, in: Löcherbach, Peter/ Klug, Wolfgang/ Remmel-Faßbender, Ruth/ Wendt, Wolf-Rainer (Hrsg.): Case Management. Fall- und Systemsteuerung in Theorie und Praxis, Luchterhand, Neuwied u.a., S. 13-35

*Wendt, Wolf Rainer* (2010): Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen. Eine Einführung, 5. Aufl., Lambertus-Verlag; Freiburg im Breisgau

*Zander, Karen* (2005): Case Management, klinische Pfade und Care Maps®: Stand der Entwicklung und Diskussion in den USA, in: Ewers, Michael/ Schaeffer, Doris (Hrsg.): Case Management in Theorie und Praxis, 2. Aufl., Verlag Hans Huber, Bern, S. 91-115

## Eidesstaatliche Erklärung

Ich versichere, dass ich vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbstständig verfasst und nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Name