

Einleitung: Zu diesem Band

Dieser Band nähert sich dem komplexen Thema »Fallsteuerung im Krankenhaus« aus drei verschiedenen Perspektiven:

- einer krankenhaushauspolitisch-fachlichen im ►Kap. 1,
- einer manageriell-theoretischen in ►Kap. 2 und
- einer organisatorisch-praktischen in ►Kap. 3.

Alle Perspektiven zusammen sollen zu einem abgerundeten Bild dieses komplexen Themas beitragen. Im Folgenden werden die drei Perspektiven und die jeweiligen Hintergründe beschrieben, um den Lesern eine bessere Orientierung zu geben.

Fallsteuerung stellt sich als ein Verfahren für die Organisation der Krankenhausbehandlungsprozesse dar, das von immer mehr Krankenhäusern in seiner Vorteilhaftigkeit erkannt und in unterschiedliche Organisationsmodelle gekleidet wird. Das ►Kap. 1 klärt zunächst die Motive und Hintergründe für die Einführung der Fallsteuerung im Krankenhaus:

- Dazu werden zum einen Merkmale bestimmt, die zu einer Bedarfsgerechtigkeit der Versorgung gehören – ein wesentlicher Ausgangspunkt für die Fallsteuerung.
- Zum anderen wird untersucht, welche ökonomischen Gründe es für eine Fallsteuerung im Krankenhaus gibt und wie diese sich zu einer fachlich-professionellen Sichtweise verhalten.
- Schließlich wird abgeleitet, welche Anforderungen eine Fallsteuerung im Krankenhaus zu erfüllen hat.

Eine Fallsteuerung ordnet den Behandlungsprozess neu und weist den Akteuren veränderte Aufgaben und Rollen zu. Das ►**Kap.2** setzt sich ausführlich mit zwei Konzepten auseinander, die in den letzten zehn Jahren zu einer theoretischen Fundierung der Fallsteuerung beigetragen haben:

- mit *Prozessmanagement und Prozessorganisation*, die sich – ausgehend von den Prozessen »normaler« Produktions- und Dienstleistungsunternehmen – um eine schnittstellenärmere Kooperation zur Erhöhung von Qualität und Effizienz bemühen, und
- mit dem Konzept des *Case Managements*, das in Sozial- und Gesundheitsorganisationen aus einer Klientenperspektive heraus zu einer bedarfsgerechten Koordination von Leistungen eingesetzt wird.

Diese beiden unterschiedlichen Konzepte werden im ►**Kap.2** zunächst einzeln charakterisiert und dann miteinander verglichen. Die Darstellung ist im besten Sinne des Wortes *theorieorientiert*, denn nichts ist bekanntlich so praktisch wie eine gute Theorie. Schließlich sollen die Leserinnen dieses Kapitels die theoretischen Konzepte für die Fallsteuerung erfassen, um dann die im ►**Kap.3** vorhandenen Praxiskonzepte beurteilen zu können.

Die Darstellung soll auch dazu dienen, dass die Leser mit Hilfe dieses Kapitels eigene Ansätze zur Fallsteuerung aus diesen beiden Konzepten entwickeln können. Wer mit der – trotz der eleganten Darstellung – etwas sperrigen Nomenklatur Schwierigkeiten hat, lese vielleicht erst das ►**Kap.3**; manchmal stellen sich die Dinge einfacher dar, wenn zunächst der Anwendungsbezug geklärt ist.

Das ►**Kap.3** präsentiert fünf unterschiedliche Praxiskonzepte und Organisationslösungen für eine Fallsteuerung im Krankenhaus, die jedoch eine Gemeinsamkeit aufweisen: Alle Ansätze beruhen auf einem erweiterten Aufgaben- und Handlungsspielraum von Pflegenden im Bereich der Fallsteuerung. Die Modellansätze sind

- das *Primary-Nursing-Modell*, das eine dezentrale Fallsteuerung beinhaltet,

- das *Case-Management-Modell*, das von einer eher zentral ausgeführten Fallsteuerung ausgeht, und
- das zwischen diesen beiden Ansätzen sich befindliche *semizentrale Modell*.

Diese drei Modellansätze sind auf einer Expertentagung des KoPM®-Zentrums der HAW Hamburg am 24.6.2011 vorgestellt und diskutiert worden. Ziel dieser Expertentagung war es,

- anhand von Impulsreferaten und Materialien aus Referenzkrankenhäusern die unterschiedlichen Modellansätze zu verdeutlichen,
- bei der Darstellung der Modelle durch eine Beschreibung mittels eines einheitlichen Kriterienrasters die spezifischen Eigenheiten der jeweiligen Ansätze nachvollziehbar zu machen und
- zu einer ersten vorläufigen Einschätzung der Bedeutung, Funktionalität und Eignung der Modelle zu kommen.

An dieser Stelle sei den Berichterstatte(r)innen und Berichterstatte(r)n des jeweiligen Krankenhauses für ihre Mitwirkung an dieser Expertentagung herzlich gedankt. Ohne ihre Mitwirkung und ihre Bereitschaft zur Informationsweitergabe wäre die Expertentagung nicht so ein Erfolg und dieser Teil der Veröffentlichung nicht realisierbar gewesen. Unser Dank geht an

- Dr. Tobias Bergler, Universitätsklinikum Regensburg,
- Ingeborg Buhmann, Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf,
- Christian de la Chaux, FEK Friedrich-Ebert-Krankenhaus Neumünster,
- Axel Düsenberg, DRK-Krankenhaus Clementinenhaus Hannover,
- Dr. Oskar Freudenthaler, DRK-Krankenhaus Clementinenhaus Hannover,
- PD Dr. Werner Hofmann, FEK Friedrich-Ebert-Krankenhaus Neumünster,
- PD Dr. Kai Hübel, Universitätsklinikum Köln (AöR),
- Manuela Krüger, DRK-Krankenhaus Clementinenhaus Hannover,
- Jana Lahann, FEK Friedrich-Ebert-Krankenhaus Neumünster,
- Vera Lux, Universitätsklinikum Köln (AöR),
- Alexander Straube, Universitätsklinikum Regensburg.

Um die Lesbarkeit des Textes zu verbessern, haben wir auf eine durchgehende gendergerechte Ausdrucksweise verzichtet. Vielmehr haben wir an einigen Stellen die weibliche Form, an anderen Stellen die männliche Form verwendet; die jeweils andere Gruppe möge sich bitte mit angesprochen fühlen.

Hamburg, im Herbst 2013

Prof. Dr. Knut Dahlgaard

Prof. Dr. Peter Stratmeyer