

Wann ist Case Management indiziert?

Ein Online-Instrument zur Erhebung des selbsteingeschätzten Hilfebedarfs in verschiedenen Lebensbereichen

Case Management (CM) im Sinne des Organisierens, Koordinierens und Integrierens ist indiziert, wenn sowohl der Hilfebedarf von Patientinnen bzw. Patienten als auch die Versorgungssituation komplex ist. Ein Instrument zur Erhebung des selbsteingeschätzten Hilfebedarfs in verschiedenen Lebensbereichen – kurz OESCHL – wurde entwickelt und in zwei psychiatrischen Kliniken eingesetzt. Ob eine CM-Betreuung notwendig und damit indiziert ist, wird von ärztlichen Fachpersonen und durch das Instrument übereinstimmend und zuverlässig eingeschätzt. Das Instrument kann mittels eines Schwellenwertes eine gute Differenzierung zwischen komplexen und nicht-komplexen Fällen liefern, wie wir nachfolgend aufzeigen werden.

Hintergrund

Gesundheitssysteme werden immer komplexer und die Interaktion zwischen den beteiligten Akteuren zeigt sich als grosse Herausforderung. So sinnvoll, notwendig und qualitätssteigernd zunehmende Spezialisierung ist, desto wichtiger wird es, die unterschiedlichen Mosaiksteinchen wieder zusammenzuführen. Damit Übergänge zwischen verschiedenen Versorgungssettings und allen Beteiligten gut gelingen, müssen nicht nur alle Fachkräfte im Gesundheitssystem konstruktiv zusammenarbeiten, sondern es ist notwendig, speziell dafür ausgebildete Fachpersonen einzusetzen. Kommunikation und Koordination werden als eigenständige und zu vergütende Leistung gesehen und nicht einfach vorausgesetzt. In einem effektiven Gesundheitsmanagement, im Sinne der integrierten Versorgung, bilden die Case Managerinnen und Manager ein zentrales Element (Zander 2019).

Patientinnen und Patienten sind durch die Komplexität des Gesundheits- und Sozialsystems häufig überfordert. Case Managerinnen und Manager können hier wichtige Übersetzungsarbeit leisten und Betroffenen individuell angepasste Angebote koordinieren. Diese Aufgabe wird in der klinischen Alltagsrealität – auch weil sie nicht vergütet wird – zu selten wahrgenommen und bleibt daher ungenutzt (Clarke et al., 2015; Thurber et al., 2019; Warren et al., 2019). Unter Case Management verstehen wir ein individualisiertes, gezieltes Erkennen und Schliessen von Behandlungslücken sowie die Kooperation und Koordination der beteiligten Stakeholder. Daher kommt dem Screening und der Identifikation von Patientinnen und Patienten mit einem Bedarf an CM eine zentrale Bedeutung zu, wobei die Einschätzung der Komplexität des Hilfebedarfs der Patientinnen und Patienten entscheidend ist. Es ist zu beachten, dass die Komplexität und der Betreuungsbedarf sowohl durch klinische Charakteristika als auch mithilfe sozialer

Determinanten von Gesundheit festzulegen sind (Clarke et al., 2015; Thurber et al., 2019; Warren et al., 2019).

Basierend auf dem Diagnosekatalog ICF (International Classification of Functioning) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) existiert ein Instrument zur Beurteilung des Gesundheitszustandes von Patientinnen und Patienten mit chronischer Krankheit: das WHO Disability Assessment Schedule 2.0 (Ustun et al., 2010). Bei der Anwendung dieses Fragebogens stellt sich allerdings die Frage, ob die darin erhobenen Schwierigkeiten bei der Ausübung von Aktivitäten des täglichen Lebens dazu beitragen, den Gesundheitszustand von Patientinnen und Patienten umfassend zu beurteilen und ob das Instrument dem Anspruch der Erfassung von sozialen Determinanten gerecht wird. Spezifischer auf den Hilfe- und Versorgungsbedarf ausgerichtet ist der Camberwell Assessment of Need-European Version (CAN-EU) Fragebogen (Kilian et al., 2001), der eine umfassende Einschätzung von Bedürfnissen von Patientinnen und Patienten in Bezug auf unerfüllte und nicht abgedeckte Unterstützungsbedarfe in verschiedenen Lebensbereichen erfasst. Durch die inhaltliche Breite verspricht der validierte CAN-EU Fragebogen den Grad der Komplexität von Fällen einschätzen zu können und erscheint als Screening-Instrument im Hinblick auf soziale Determinanten von Gesundheit besonders gut geeignet.

Für die vorliegende Studie wurde die deutsche Version des Fragebogens CAN-EU aktualisiert und an den Schweizer Sprachgebrauch angepasst. Um die Praktikabilität des Instrumentes zu optimieren, wurden Fragen zur Selbsteinschätzung des Hilfebedarfs der Betroffenen in verschiedenen Lebensbereichen ausgewählt. In der vorliegenden Pilot-Untersuchung wurde dieses angepasste Online-Instrument zur Erhebung des selbsteingeschätzten Hilfebedarfs in verschiedenen Lebensbereichen (OESCHL) eingesetzt, um

Tab. 1: Beschreibung demographischer und krankheitsbezogener Daten anhand der Häufigkeiten nach medizinischer Indikationsstellung

		CM nicht indiziert		CM indiziert		Gesamt		Chi-Quadrat-Tests nach Pearson		
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Chi-Quadrat	df	Sig.
Geschlecht	Weiblich	11	73,3	26	76,5	37	75,5	0,055	1	n.s.
	Männlich	4	26,7	8	23,5	12	24,5			
	Gesamt	15	100,0	34	100,0	49	100,0			
Nationalität	Europa	3	18,8	7	20,6	10	20,0	0,023	1	n.s.
	Schweiz	13	81,3	27	79,4	40	80,0			
	Gesamt	16	100,0	34	100,0	50	100,0			
Bildungsabschluss										
-	Obligatorische Schule	2	12,5	4	11,8	6	12,0	0,330	1	n.s.
-	Mittelschule, Gymnasium, Berufsmatura	0	0,0	2	5,9	2	4,0			
-	Berufslehre	6	37,5	15	44,1	21	42,0			
-	Höhere Fach- & Berufsausbildung, Höh., Fachschule	1	6,3	4	11,8	5	10,0			
-	Universität/Fachhochschule	6	37,5	8	23,5	14	28,0			
-	kein Abschluss	1	6,3	1	2,9	2	4,0			
-	Gesamt	16	100,0	34	100,0	50	100,0			
Vergleich HF und Universität/FH gegen Rest										
Anzahl ICD-Diagnosen	1	9	52,9	9	26,5	18	35,3	3,477	1	n.s.
	2	4	23,5	11	32,4	15	29,4			
	3	2	11,8	10	29,4	12	23,5			
	4	1	5,9	2	5,9	3	5,9			
	5	0	0,0	2	5,9	2	3,9			
	7	1	5,9	0	0,0	1	2,0			
	Gesamt	17	100,0	34	100,0	51	100,0			
Vergleich 1 Diagnose vs. 2 und mehr										
Hauptdiagnose ICD										
-	Keine	0	0,0	0	0,0	0	0,0	zu geringe Zellbesetzung		
-	Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen	0	0,0	1	2,9	1	2,0			
-	Affektive Störungen	12	70,6	15	44,1	27	52,9			
-	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Stör.	5	29,4	15	44,1	20	39,2			
-	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen	0	0,0	2	5,9	2	3,9			
-	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	0	0,0	1	2,9	1	2,0			
-	Gesamt	17	100,0	34	100,0	51	100,0			
Anzahl bisheriger vollstationärer Behandlungen										
	0	4	25,0	1	2,9	5	10,0	4,188	1	p<0,05
	1	5	31,3	8	23,5	13	26,0			
	2	6	37,5	15	44,1	21	42,0			
	3	1	6,3	10	29,4	11	22,0			
	Gesamt	16	100,0	34	100,0	50	100,0			
Vergleich 0 u. 1 Behandlung vs. 2 u. 3 Beh.										

1. zu prüfen, ob sich damit komplexe Fälle von nicht-komplexen Fällen unterscheiden lassen und
2. zu definieren, ab welchem Schwellenwert die Komplexität so hoch ist, dass das CM zum Einsatz kommen sollte.

Methodisches Vorgehen

Die Studie fand in Zusammenarbeit mit den psychiatrischen Kliniken Clenia Littenheid und Privatklinik Hohenegg statt¹. An beiden Kliniken bietet die Auftraggeberin dieser Studie, die Krankenversicherung SWICA, ein CM an. Zudem wurden die Patientinnen und Patienten ausführlich über die Studie informiert und alle unterzeichneten eine Einverständniserklärung.

Die Patientinnen und Patienten beantworteten die Fragen am Bildschirm anhand der Umfragesoftware „EFS-Survey“ von Unipark (<https://www.unipark.com/>) oder auf Papier in der Regel selbstständig. Neben krankheitsbezogenen und soziodemographischen Variablen wurden zur Erhebung des selbsteingeschätzten Hilfebedarfs in verschiedenen

Lebensbereichen folgende Antwortmöglichkeiten vorgegeben:

1. „Ich habe kein Problem in diesem Bereich und brauche keine Hilfe“,
2. „Ich habe Probleme in diesem Bereich, brauche aber keine weitere Hilfe, da ich zurechtkomme oder bereits Hilfe erhalte“,
3. „Ich habe Probleme in diesem Bereich und brauche Hilfe“,
4. „Ich weiss nicht“ und
5. „Ich möchte diese Frage nicht beantworten.“

Die behandelnden Ärztinnen und Ärzte wurden parallel um ihr medizinisches Urteil hinsichtlich der Indikation eines CM gebeten. Die jeweiligen Einschätzungen wurden über einen pseudonymisierten Code zusammengeführt. Die Daten wurden mit dem Statistikprogramm „SPSS Version 25“ ausgewertet.

Ergebnisse

51 Personen nahmen an der Studie teil. Die Probanden waren im Mittel 46 Jahre alt (Median 44 Jahre, Minimum 18 Jahre, Maximum 97 Jahre). Von den 37 Frauen und zwölf Männern – von zwei Personen fehlten Angaben zum

1. Die Studie wurde zuvor der Ethikkommission Nordwest- und Zentralschweiz [EKNZ] zur Beurteilung vorgelegt. Die Kommission bestätigte, dass die Studie nicht unter das Humanforschungsgesetz HFG Art. 51 fällt und deshalb keine Bewilligung braucht.

Tabelle 2: Beschreibung demographischer und krankheitsbezogener Daten zur Indikation eines Case Managements bei nicht-indizierten (n=17) und bei indizierten (n=34) Personen

CM	Anzahl	Mittelwert	Stand.abw.	t-Test T	df	Sig.
Alter in Jahren						
- Nicht indiziert	17	51.1	17.8	1.45	49	n.s.
- Indiziert	34	43.9	16.4			
Gesamt	51	46.3	17.1			
Ersterkrankungsalter in Jahren						
- Nicht indiziert	17	36.0	16.0	1.325	47	n.s.
- Indiziert	34	31.0	12.0			
Gesamt	51	33.0	14.0			
Gesamtzeit stationär verbrachte Zeit in Monaten bezogen auf die Lebenszeit						
- Nicht indiziert	17	3.5	4.0	-1.32	37	n.s.
- Indiziert	34	5.5	5.0			
Gesamt	51	4.8	4.7			
Mittlerer Summenwert Hilfebedarf OESCHL						
- Nicht indiziert	17	1.38	0.36	-2.411	48	p<0.05
- Indiziert	34	1.59	0.26			
Gesamt	51	1.52	0.31			

Geschlecht – waren 40 Schweizer und zehn europäischer Nationalität. Fast die Hälfte, 21 Personen (42 Prozent), haben eine Berufslehre, 14 Probanden (28 Prozent) haben einen universitären Abschluss und sechs Personen (12 Prozent) geben die obligatorische Schule als höchsten Bildungsabschluss an (vgl. Tab. 1).

Das Ersterkrankungsalter lag im Mittel bei 33 Jahren und die mittlere Gesamtzeit stationär verbrachter Zeit, bezogen auf die Lebenszeit, lag bei 4.8 Monaten, wobei ein Unterschied zwischen nicht-indizierten und indizierten Personen nicht nachgewiesen werden konnte (nicht signifikant n.s.) (vgl. Tab. 2). 18 Personen hatten eine einzelne Diagnose und 33 Personen wiesen mehrere Diagnosen auf. Depressive Störungen, Anpassungsstörungen und neurotische Belastungs- sowie somatoforme Störungen waren die häufigsten Krankheitsbilder.

Berechnungen zur Beurteilung der internen Konsistenz des OESCHL, d.h., ob Personen über die 22 Fragen hinweg konsistent geantwortet haben, ergaben einen guten Wert (Cronbachs Alpha von .86). Daher kann von einem reliablen Messinstrument gesprochen werden, das die Bildung eines mittleren Summenwerts mit einer Verteilung von 1 bis 2.4 (auf einer möglichen Skala von 1 bis 3) erlaubt:

Werte 1 bis 1.4 > geringe Problembelastung > 20 Personen
Werte 1.4 bis 2 > mittlere Problembelastung > 24 Personen
Werte 2 bis 2.4 > hohe Problembelastung > 6 Personen

Anmerkung: bei einer Person konnte der Summenwert aufgrund fehlender Angaben nicht berechnet werden.

Bei 34 Personen ergab sich eine medizinische Indikation für das CM, d. h. die behandelnden Ärztinnen und Ärzte sahen die Notwendigkeit eines Case Managements für gegeben (vgl. Tab. 2). Bei diesen Fällen ergab auch der mittlere Summenwert des Hilfebedarfs nach OESCHL einen signifikant höheren Wert als bei den 17 Personen ohne medizinische Indikation zum CM (t-Test= -2.411; df=48; p<0.05). Ob das Screening-Instrument OESCHL valide ist, d. h., ob ein Zusammenhang zum Kriterium der Indikation des CM aus medizinischer Sicht besteht, wurde anhand einer einfachen logistischen Regression geprüft. Es ergab sich ein signifikanter „Odds Ratio“ von 15.13; df=1; p<0.05. Mit der Erhöhung einer Einheit auf dem Test erhöhte sich die Wahrscheinlichkeit, in die Gruppe der Indikation des CM zu fallen um mehr als das 15-Fache und 78 Prozent der Personen (39/50) konnten korrekt klassifiziert werden. Zur Bestimmung des Schwellenwerts, bei welchem die Komplexität so hoch ist, dass das Case Management zum Einsatz kommen sollte, wurde die Sensitivität und Spezifität des Instruments anhand einer „Receiver Operator Characteristic“ (ROC) Kurve geprüft (vgl. Schmid, 1992). Die ROC-Kurve erlaubt die Suche des Optimums zwischen Sensitivität und Spezifität bei verschiedenen Cut-off-Werten. Bei einem Cut-off Wert von 1.48 ergab sich eine Sensitivität von .68. Das bedeutet, dass bei 68 Prozent der Personen mit einem Testwert gleich oder höher als dem Cut-Off-Wert (1.48) das CM auch medizinisch indiziert ist (richtig Positive). 1-Spezifität bedeutet, dass man bei einem Testwert grösser oder gleich 1.48 bei 25 Prozent der Personen bestimmt, dass das Case Management indiziert ist, obwohl es eigentlich nicht indiziert wäre (falsch Positive).



Abb. 1: Anzahl Personen mit Hilfebedarf in den Lebensbereichen nach OESCHL Testwert < 1,48 (helle Balken) und Testwert ≥ 1,48 (dunkle Balken)

Neben der Frage der Indikation gibt das Instrument auch für die Einzelfalldiagnostik Hinweise darauf, welche Lebensbereiche betroffen sind und wo organisiert, koordiniert und integriert werden muss. Die meisten Befragten geben einen Hilfebedarf durch Probleme mit der seelischen Belastung an (18 Personen). Diese Frage erlaubt es kaum, zwischen den Personen mit einem hohen und einem niedrigen Summenwert des Hilfebedarfs nach OESCHL zu unterscheiden (elf mit Testwert ≥ 1,48; sieben mit Testwert < 1,48) (vgl. Abb. 1). Der Hilfebedarf durch Probleme, täglichen Aktivitäten nachgehen zu können, trennt beide Gruppen besser. Elf Personen haben auch in anderen Lebensbereichen einen hohen Hilfebedarf mit Testwert ≥ 1,48), während nur eine Person einen niedrigen Summenwert ausweist (Testwert < 1,48). Weitere gut trennende Lebensbereiche sind der Hilfebedarf durch Probleme mit dem Sexualleben (zehn mit Testwert ≥ 1,48), durch Probleme in der Partnerschaft (neun mit Testwert ≥ 1,48; zwei mit Testwert < 1,48), durch Probleme mit der Versorgung des eigenen Haushalts (sieben mit Testwert ≥ 1,48), durch Probleme, klare Gedanken zu fassen (sieben mit Testwert ≥ 1,48) und durch Probleme mit dem Einteilen des eigenen Geldes (sieben mit Testwert ≥ 1,48).

Diskussion

In der vorliegenden Studie haben wir aufgezeigt, dass das Online-Instrument zur Erhebung des selbsteingeschätzten

Hilfebedarfs in verschiedenen Lebensbereichen (OESCHL) geeignet ist, komplexe Fälle von nicht-komplexen Fällen zu unterscheiden. Anhand einer Sensitivitäts- und Spezifitätsanalyse konnte zudem ein Schwellenwert bestimmt werden, ab welchem das CM zum Einsatz kommen sollte. Anhand der internen Konsistenz konnten wir demonstrieren, dass sich bei Personen mit hohen Belastungen deren Hilfebedarf nicht nur in einem, sondern in mehreren Bereichen niederschlägt.

„Care Coordination“ beabsichtigt im Grundsatz, die Patientin bzw. den Patienten in der vollumfänglichen Komplexität zu erfassen und den Prozess von Gesundheitsleistungen in vereinfachter Form zu adressieren (McDonald et al., 2007). Die Komplexität eines jeden Patienten bzw. jeder Patientin wird durch kumulative, konkurrierende klinische, psychosoziale und umweltbezogene Auswirkungen und nicht nur durch die Intensität eines jeden Faktors bestimmt (Shippee et al., 2012). Mit dem Instrument OESCHL erfassen wir die verschiedenen Lebensbereiche und

können angeben, ob in den jeweiligen Bereichen ein Hilfebedarf besteht. Basierend darauf kann die Case Managerin bzw. der Case Manager ihrer bzw. seiner Arbeit nachgehen und entsprechende Zielsetzungen definieren. Bei der Ziel- und Handlungsplanung im CM-Prozess kann das Instrument wichtige Hinweise liefern und schliesslich in einer Evaluation Zielwerte für den Erfolg der Massnahme liefern.

Da nur die subjektive Beurteilung des Hilfebedarfs der Betroffenen erfasst wurde, bildet dies nur teilweise die Komplexität der Fallarbeit sowie der Versorgungssystemarbeit ab. Zur Einschätzung der Komplexität des Versorgungssystems bräuchte es ein weiteres Diagnosesystem, so dass die Koordination der auf den Bedarf zugeschnittenen Angebote besser gelingt.

Die Generalisierbarkeit dieser Ergebnisse ist aufgrund der anfallenden Stichprobe und der geringen Anzahl von teilnehmenden Patientinnen und Patienten zu hinterfragen. In der Anwendung des Fragebogens bei der täglichen Arbeit wird die Auftraggeberin der Studie (Krankenversicherung SWICA) das Instrument zukünftig in einer grösseren und heterogeneren Stichprobe untersuchen. Dabei sind noch bessere Ergebnisse zu erwarten, da mehr Varianz in den mittleren Gesamtsummenwerten eine noch bessere Unterscheidung zwischen CM-Fällen und -Nichtfällen erlauben sollte.

Das medizinische Urteil zur Indikation für ein CM, welches im Rahmen der Studie als Kriterium verwendet wurde,

bildet den Standpunkt aus ärztlicher Sicht ab. Auch wenn die medizinische Sicht nicht immer die Gesamtsicht der psychosozialen Bedarfslage des Patienten bzw. der Patientin erfasst, ist in unserem Fall das Ergebnis des Zusammenhangs des Instruments mit dem Kriterium umso höher zu bewerten, da der Zusammenhang im Sinne der Konstruktvalidität nur dann hoch sein kann, wenn sowohl das Instrument wie auch das medizinische Urteil reliabel erfasst wurden. Beim Instrument konnte dies bestätigt werden. Beim medizinischen Urteil fand keine Prüfung der Reliabilität (z.B. anhand einer Interraterreliabilität, also Übereinstimmung von Bewertungen zwischen verschiedenen Beurteilenden) statt, da es schon recht herausfordernd war, das Urteil von einer medizinischen Fachperson erheben zu lassen.

Fazit und Ausblick

In vielen Modellen wird die Komplexität der Patientin bzw. des Patienten z.B. mit der Anzahl von Diagnosen beschrieben, und in der Beurteilung von Komplexität werden selten Faktoren der „Care Coordination“ berücksichtigt (Boult et al., 2011; Huntley et al., 2012). Andere Modelle fokussieren auf die Hochkostenfälle in den Spitälern (LaPointe, 2017), beschränken sich auf eine Diagnose wie bspw. Diabetes

oder legen keinen Wert auf die sozialen Determinanten (Woltmann et al., 2012). Miller und Kollegen legen ein Modell zur Beurteilung von Komplexität vor, welches medizinische und soziale Indikatoren kombiniert. In ihrer Studie zeigen sie, dass diese Kombination die Bedarfslage von Patientinnen und Patienten gut charakterisiert und ein traditionelles Screening Menschen mit komplexen Bedürfnissen verpassen kann, obwohl ein Bedarf an „Care Coordination“ vorhanden wäre (Miller et al., 2019). Anhand ihres Modells ist es möglich, Komplexität zu beurteilen, Ressourcen effizient zuzuordnen und „Care Coordination“ zu integrieren. Das vorliegende Instrument zur Erhebung des selbst eingeschätzten Hilfebedarfs in verschiedenen Lebensbereichen (OESCHL) erlaubt, unter Einbezug der medizinischen sowie sozialen Determinanten, die Komplexität valide und reliabel zu erfassen. Es wird in Zukunft durch die Auftraggeberin der Studie in der Praxis des CM angewendet werden.

Literatur

- Boult, C., Reider, L., Leff, B., Frick, K.D., Boyd, C.M., Wolff, J.L., Frey, K., Karm, L., Wegener, S.T. & Mroz, T. (2011): The effect of guided care teams on the use of health services: results from a cluster-randomized controlled trial. *Archives of internal medicine* 171, 460–466.
- Clarke, R., Bharmal, N., Di Capua, P., Tseng, C.-H., Mangione, C.M., Mittman, B. & Skootsky, S.A. (2015): Innovative approach to patient-centered care

Wie gelingt die Anpassung von Physiotherapie an neue Herausforderungen in unserer sich wandelnden Gesellschaft?

Heidi Höppner/Petra Kühnast/
Claudia Winkelmann (Hrsg.)

Potenziale der Physiotherapie erkennen und nutzen

Von der Kompetenz zur Performanz in der Gesundheitsversorgung

Unbewusst mitondrin
Unerhört gut
Unbemerkte wirksam

Gesundheitswesen in der Praxis

medhochzwei

Potenziale der Physiotherapie erkennen und nutzen
2020 | 278 Seiten | Softcover | € 49,99 | ISBN 978-3-86216-581-0

www.medhochzwei-verlag.de

- coordination in primary care practices. *American Journal of Managed Care* 21, 623–630.
- Conway, S.J., & Berkowitz, S.A. (2019): Population Health and Academic Medical Centers: High Cost Meets High Efficiency. *Primary Care: Clinics in Office Practice, Population Health* 46, 631–640. <https://doi.org/10.1016/j.pop.2019.07.010>
- Hudon, C., Chouinard, M.-C., Pluye, P., El Sherif, R., Bush, P.L., Rihoux, B., Poitras, M.-E., Lambert, M., Zomahoun, H.T.V. & Légaré, F. (2019): Characteristics of Case Management in Primary Care Associated With Positive Outcomes for Frequent Users of Health Care: A Systematic Review. *Ann Fam Med* 17, 448–458. <https://doi.org/10.1370/afm.2419>
- Huntley, A.L., Johnson, R., Purdy, S., Valderas, J.M. & Salisbury, C. (2012): Measures of multimorbidity and morbidity burden for use in primary care and community settings: a systematic review and guide. *The Annals of Family Medicine* 10, 134–141.
- Kilian, R., Bernert, S., Matschinger, H., Mory, C., Roick, C. & Angermeyer, M. (2001): The standardized assessment of the need for treatment and support in severe mental illness: The development and testing of the german version of the camberwell Assessment of Need-EU. *Psychiatrische Praxis* 28, 79–83.
- LaPointe, J. (2017): Designing Care Models to Treat High-Need, High-Cost Patients [WWW Document]. *RevCycleIntelligence*. <https://revcycleintelligence.com/news/designing-care-models-to-treat-high-need-high-cost-patients> (accessed 5.7.20).
- McDonald, K.M., Sundaram, V., Bravata, D.M., Lewis, R., Lin, N. & Kraft (2007): Closing the Quality Gap: A Critical Analysis of Quality Improvement Strategies, Volume 7–Care Coordination. Agency for Healthcare Research and Quality.
- Miller, A.M., Swartwout, K.D., Schoeny, M.E., Vail, M. & McClenton, R. (2019): Care coordination to target patient complexity and reduce disparities in primary care. *Public Health Nursing* 36, 451–460. <https://doi.org/10.1111/phn.12606>
- Schmid, H. (1992): *Psychologische Tests: Theorie und Konstruktion*. Verlag Hans Huber, Bern, Cöttingen, Totonto, Seattle.
- Shippee, N.D., Shah, N.D., May, C.R., Mair, F.S., Montori, V.M. (2012): Cumulative complexity: a functional, patient-centered model of patient complexity can improve research and practice. *Journal of clinical epidemiology* 65, 1041–1051.
- Thurber, E.G., Boyd, C., Leff, B., Wolff, J. & Anderson, G. (2019): The Common Attributes of Successful Care Manager Programs for High-Need, High-Cost Persons: A Cross-Case Analysis. *The Journal of ambulatory care management* 42, 230–241.
- Ustun, T.B., Kostanjsek, N., Chatterji, S. & Rehm, J., World Health Organization (2010): *Measuring health and disability: manual for WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0)*. World Health Organization.
- Warren, C., Lemieux, A.A. & Bittner, N.P. (2019): Excellence in population health: A successful community-based care transitions program model. *Professional case management* 24, 39–45.
- Woltmann, E., Grogan-Kaylor, A., Perron, B., Georges, H., Kilbourne, A.M. & Bauer, M.S. (2012): Comparative effectiveness of collaborative chronic care models for mental health conditions across primary, specialty, and behavioral health care settings: systematic review and meta-analysis. *American Journal of Psychiatry* 169, 790–804.
- Zander, K. (2019): Population Health Management: Coming of Age. *Professional case management* 24, 26–38.

Prof. Dr. phil. Holger Schmid

Leiter des Instituts Soziale Arbeit und Gesundheit, Hochschule für Soziale Arbeit, Fachhochschule Nordwestschweiz (FHNW), CH-Olten, holger.schmid@fhnw.ch



Sarah Bühler, MA; Dr. phil. Wim Nieuwenboom; Simon Süsstrunk, MA; Jeremias Amstutz, MA

Hochschule für Soziale Arbeit, Fachhochschule Nordwestschweiz, CH-Olten

Dr. med. Gablu Kilcher, MPH; Erich Scheibli

SWICA Gesundheitsorganisation, Labor für Versorgungsforschung, CH-Winterthur

Dr. med. Elisabeth Möller

Clenia Littenheid AG, Privatklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, CH-Sirnach

Prof. Dr. med. Stefan Büchi

Privatklinik Hohenegg AG, CH-Meilen