

Case Management für komplexe Erkrankungen

1.	Kurzfassung	2
2.	Warum Case Management notwendig ist	3
2.1	Situation	3
2.2	Kernargument	4
2.3	Wo sollte der Case Manager verortet sein?	5
2.4	Strukturverändernde Wirkung (wichtig für politische Anschlussfähigkeit)	6
2.5	Zusammenfassende Formulierungsoption (kompakt)	6
3.	Vorschlag für einen Beitrag zur Ideensammlung	7
4.	Zweiter Versuch – strategische Formulierung	8
4.1	Pointierte Version	9
4.2	Politische Version	9
4.3	Plakative Version	10
5.	Warum ein Case Manager nicht durch digitale Steuerung ersetzt werden kann	11

Dieser Text wurde von mir als Laien und interaktiv mit ChatGPT-5.3 erstellt und kann natürlich Fehler enthalten. ChatGPT ist kein Experte für unser Gesundheitssystem, sondern nur eine Suchmaschine, die Silben aneinanderreihet. Und ich bin auch kein Experte. Korrekturhinweise und weitere Erklärungen werde ich freudig einarbeiten. Ich erkläre, keine relevanten Interessenkonflikte, aber als Patient und Bürger großes Interesse an einem guten, effizienten und zukunftsfähigen Gesundheitssystem zu haben.

1. Kurzfassung

Für komplexe, systemische Erkrankungen wie z.B. Lupus oder Sarkoidose existieren in Österreich derzeit kaum etablierte fachübergreifende Behandlungseinrichtungen, die den medizinischen Versorgungsbedarf entlang des gesamten Krankheitsverlaufs abdecken. Betroffene sind daher häufig gezwungen, unterschiedliche Fachdisziplinen eigenständig zu koordinieren und Behandlungsentscheidungen über mehrere Versorgungsebenen hinweg selbst zu überblicken.

Diese strukturelle Lücke ist weniger ein individuelles Organisationsproblem als vielmehr ein systemischer Mangel: Das Gesundheitssystem ist stark organspezifisch ausgerichtet, während systemische Erkrankungen per Definition mehrere Organe und Fachbereiche betreffen. Ohne verbindliche interdisziplinäre Strukturen bleibt die Versorgung fragmentiert, selbst wenn einzelne Behandler:innen fachlich exzellent arbeiten.

Ein Ansatz für Evidenz generierende Maßnahmen besteht darin, für komplexe Erkrankungen ohne bestehende fachübergreifende Versorgungsstrukturen ein **medizinisch qualitätsgesichertes Case Management** zu etablieren. Dieses sollte als verbindliches Koordinationsinstrument fungieren, interdisziplinäre Abstimmung ermöglichen und die Kontinuität der Versorgung sicherstellen, ohne ärztliche Entscheidungen zu ersetzen.

Ein solches Case Management könnte als **strukturübergreifende Lösung** dienen, solange keine spezialisierten Zentren oder interdisziplinären Ambulanzen verfügbar sind, und zugleich Erkenntnisse darüber liefern, wo der Bedarf für den Aufbau solcher Einrichtungen besonders hoch ist. Damit würde es nicht nur die Versorgung der einzelnen Patient:innen verbessern, sondern auch eine evidenzbasierte Grundlage für langfristige Strukturentwicklungen im Gesundheitssystem schaffen.

Ziel sollte es sein, systemische Erkrankungen nicht länger ausschließlich innerhalb organspezifischer Zuständigkeiten zu behandeln, sondern Versorgung entlang des tatsächlichen Krankheitsverlaufs zu organisieren.

Digitale Patientensteuerung oder Primärversorgungszentren können Information bereitstellen oder administrative Aufgaben übernehmen – sie ersetzen jedoch **nicht die fachübergreifende, verlaufsorientierte Koordination**, die bei seltenen und komplexen Erkrankungen nötig ist. Ein medizinisch qualitätsgesicherter Case Manager ist die unverzichtbare Brücke zwischen spezialisierten Abteilungen und Patient:innen, um Versorgungslücken systematisch zu schließen.

Das Thema ist nicht neu.

[Pro Rare Papers 2019](#) mit umfassender Situationsanalyse

[DGCC-Patientenlotsinnen-Bestimmung und Qualifikation](#) (DGCC, 2022)

[Positionspapier der ACHSE 2025](#)

[Positionspapier von Pro Rare 2025](#)

Es lohnt sich aber, darauf aufbauend den qualitätssichernden und Evidenz generierenden Charakter explizit hervorzuheben und zu verstärken.

2. Warum Case Management notwendig ist

2.1 Situation

a) Systemischer Mismatch

Das österreichische Gesundheitssystem ist:

- **organspezifisch strukturiert**
- **sektoral fragmentiert** (ambulant – stationär – rehabilitativ – sozial)
- **leistungs- und fallorientiert**, nicht verlaufsorientiert

Seltene und komplexe Erkrankungen sind jedoch:

- **multisystemisch**
- **dynamisch im Verlauf**
- **hoch kooperations- und kommunikationsabhängig**

➔ **Der Versorgungsbedarf widerspricht der Systemlogik.**

b) Nachweisbare Nachteile ohne Koordination

Ohne strukturierte Koordination entstehen:

- doppelte Diagnostik
- widersprüchliche Therapieempfehlungen
- Verzögerungen mit prognostischer Relevanz
- erhöhte Inanspruchnahme von Akutversorgung
- vermeidbare Chronifizierung und Invalidisierung

Diese Effekte sind **qualitätsrelevant**, nicht bloß organisatorisch.

c) Patienten können diese Rolle nicht kompensieren

Patient:innen bzw. Angehörige:

- haben keine Weisungsbefugnis
- keinen vollständigen Zugang zu medizinischen Informationen
- keine Möglichkeit zur strukturierten Qualitätssicherung

➔ **Selbstorganisation ersetzt keine professionelle Versorgungskoordination.**

2.2 Kernargument

„Bei seltenen und komplexen Erkrankungen ist die fehlende strukturierte Koordination kein individuelles Organisationsproblem, sondern ein systemischer Qualitätsmangel mit medizinischen, ökonomischen und sozialrechtlichen Folgen.“

Zentrale Forderung

Ein qualitätsgesichertes, fallübergreifendes Case Management, das:

- medizinische Entscheidungen **nicht ersetzt**, aber
- deren **Koordination, Dokumentation und Kommunikation sicherstellt**.

Konkrete Aufgabenbeschreibung (wichtig!)

Ein Case Manager soll:

- Termine, Befunde und Therapieschritte **verlaufsorientiert abstimmen**
- interdisziplinäre Kommunikation **aktiv organisieren**
- widersprüchliche Empfehlungen **transparent machen**
- Versorgungsziele gemeinsam mit Patient:in und Behandlern festhalten
- Schnittstellen zu Reha, Pflege, Sozialleistungen **frühzeitig einbinden**

 **Es geht nicht um Service, sondern um Versorgungsqualität.**

Gute Abgrenzung

Formulierungen, die positiv zur Intention beitragen:

- „qualitätsgesicherte Versorgungskoordination“
- „kontinuierliche Fallverantwortung“
- „interdisziplinäre Steuerung entlang des Krankheitsverlaufs“

Formulierungen, die in Bereiche führen, wo man eigentlich nicht hinwill:

- „Begleitung“
- „Unterstützung im Alltag“
- „Ansprechpartner für organisatorische Fragen“

(letztere drängen die Rolle in den Sozialbereich)

2.3 Wo sollte der Case Manager verortet sein?

Kurzantwort:

👉 Primär im medizinisch-qualitätsgesicherten Bereich, mit formaler Anbindung an das Sozial- und Rehabilitationssystem.

Warum nicht ausschließlich im Sozialbereich?

Sozialbereichs-Case Management:

- ist **nachgelagert**
- reagiert auf bestehende Defizite
- hat **keine Steuerungswirkung** auf medizinische Abläufe
- wird oft erst bei Behinderung oder Pflegebedürftigkeit aktiv

➡ Das wäre **zu spät** und **nicht strukturbildend**.

Vorteile einer medizinischen Verortung

Ein medizinisch verankerter Case Manager:

- kann auf Behandlungsverläufe Einfluss nehmen
- ist Teil von Qualitätszirkeln
- kann Versorgungsdefizite **systematisch rückmelden**
- ist anschlussfähig an:
 - Zentren für seltene Erkrankungen
 - Qualitätsindikatoren
 - Versorgungsforschung

Wichtig:

👉 **Keine ärztliche Tätigkeit**, sondern qualitäts- und prozessverantwortlich (z. B. Pflege, Public Health, Health Management).

Ideales Modell (realistisch für Österreich)

Ein **hybrides Modell**:

- **fachlich** im medizinischen Qualitätsmanagement verortet
- **organisatorisch** angebunden an:
 - Zentren für seltene Erkrankungen
 - oder Landesgesundheitsfonds
- **mit klarer Schnittstelle** zu:
 - Sozialversicherung
 - Reha- und Pflegeleistungen
 - Behindertenhilfe

So entsteht:

- individuelle Entlastung **und**
- systemisches Lernen

2.4 Strukturverändernde Wirkung (wichtig für politische Anschlussfähigkeit)

Ein solches Case Management:

- macht Versorgungsbrüche sichtbar
- erzeugt dokumentierbare Daten
- erlaubt Evaluation (Outcome, Kosten, Qualität)
- schafft Grundlagen für:
 - neue Versorgungsmodelle
 - Zentrenbildung
 - verbindliche Kooperationsstrukturen

 Das ist kein Mehraufwand, sondern Qualitäts- und Effizienzgewinn.

2.5 Zusammenfassende Formulierungsoption (kompakt)

„Für Patient:innen mit seltenen und komplexen Erkrankungen ist ein medizinisch qualitätsgesichertes Case Management notwendig, da die organspezifische Struktur des Gesundheitssystems systembedingt zu Koordinationsdefiziten führt. Diese Defizite sind medizinisch relevant, verursachen vermeidbare Kosten und beeinträchtigen Behandlungsergebnisse. Ein im medizinischen Qualitätsbereich verorteter Case Manager mit verbindlicher Schnittstelle zu sozialen Leistungen ist erforderlich, um kontinuierliche, verlaufsorientierte und interdisziplinäre Versorgung sicherzustellen und nachhaltige Strukturverbesserungen zu ermöglichen.“

3. Vorschlag für einen Beitrag zur Ideensammlung

Versuche eine Formulierung, die als Bürgerbeteiligung durch einen Patientenvertreter in eine Ideensammlung für Verbesserung der Versorgung eingebracht werden kann.

ChatGPT:

Gerne. Unten findest du eine **sachlich gehaltene, anschlussfähige Formulierung**, wie sie gut in eine **Ideensammlung im Rahmen von Bürgerbeteiligung** passt: nicht konfrontativ, aber klar systemisch begründet, ohne Fachjargon zu verlieren.

Vorschlag für einen Beitrag zur Ideensammlung (Bürgerbeteiligung)

Thema: Einführung eines qualitätsgesicherten Case Managements für Menschen mit seltenen und komplexen Erkrankungen

Menschen mit seltenen oder komplexen Erkrankungen sind im österreichischen Gesundheitssystem häufig auf hohe Eigeninitiative angewiesen, um eine medizinisch notwendige, ganzheitliche Versorgung zu erhalten. Das bestehende, stark organspezifisch organisierte Versorgungssystem bietet dafür nur begrenzte strukturelle Unterstützung.

In der Praxis führt dies oft zu fehlender Terminkoordination, unzureichender Abstimmung zwischen Fachdisziplinen und mangelnder Kommunikation zwischen ambulanten und stationären Bereichen. Diese Versorgungsbrüche sind nicht nur organisatorisch belastend, sondern können sich auch negativ auf den Krankheitsverlauf, die Behandlungsqualität und die Lebensqualität der Betroffenen auswirken.

Ich rege daher an, für diese Patientengruppe ein **qualitätsgesichertes, verlaufsorientiertes Case Management** vorzusehen. Dieses sollte die Koordination medizinischer Maßnahmen unterstützen, die interdisziplinäre Zusammenarbeit fördern und als verbindliche Schnittstelle zwischen behandelnden Einrichtungen fungieren, ohne in medizinische Entscheidungen einzugreifen.

Wichtig erscheint mir, dieses Case Management **im medizinischen Qualitäts- und Versorgungsbereich zu verankern**, mit klar definierten Schnittstellen zu sozialen, rehabilitativen und pflegerischen Leistungen. So könnte nicht nur die individuelle Versorgung verbessert, sondern auch systematisch sichtbar gemacht werden, wo strukturelle Hindernisse bestehen und wie diese nachhaltig reduziert werden können.

Ein solches Modell würde Patient:innen entlasten, die Versorgungsqualität erhöhen und langfristig zu einer effizienteren Nutzung der vorhandenen Ressourcen beitragen.

4. Zweiter Versuch – strategische Formulierung

Versuche, auch die für gute Versorgung verantwortlichen Stellen entsprechend dem Stand der medizinischen Versorgung (der eine interdisziplinäre Versorgung fordert) in die Handlungspflicht zu nehmen.

ChatGPT:

Hier ist eine **strategisch klarere Formulierung**, die den **aktuellen Stand der medizinischen Versorgung** (interdisziplinärer Anspruch bei systemischen Erkrankungen) explizit aufgreift und daraus eine **Handlungsverantwortung der zuständigen Stellen** ableitet – ohne juristisch anzugreifen, aber deutlich genug für eine Ideensammlung mit Wirkung.

Strategischer Beitrag zur Ideensammlung

Thema: Verantwortung für interdisziplinäre Versorgung bei komplexen Systemerkrankungen wahrnehmen

Der aktuelle Stand der medizinischen Versorgung bei komplexen, systemischen Erkrankungen wie Lupus oder Sarkoidose erfordert eine interdisziplinäre, verlaufsorientierte Betreuung. Diese Notwendigkeit ist fachlich unbestritten und findet sich in Leitlinien, Versorgungsstandards und Empfehlungen nationaler wie internationaler Fachgesellschaften wieder.

In der bestehenden Versorgungsrealität in Österreich fehlt jedoch häufig eine dafür geeignete Struktur. Fachübergreifende Behandlungseinrichtungen sind für diese Erkrankungen bislang kaum etabliert, sodass die Verantwortung für Koordination und Abstimmung faktisch auf die Patient:innen übertragen wird. Dies steht in einem Spannungsverhältnis zu dem medizinischen Anspruch auf qualitätsgesicherte, koordinierte Versorgung.

Vor diesem Hintergrund erscheint es notwendig, dass jene Stellen, die für die Sicherstellung einer zeitgemäßen medizinischen Versorgung verantwortlich sind – insbesondere **Sozialversicherungsträger, Spitalsträger und Gesundheitsplanung auf Landes- und Bundesebene** – diese strukturelle Lücke aktiv adressieren. Eine Versorgung, die dem Stand der Medizin entspricht, kann bei systemischen Erkrankungen nicht ausschließlich innerhalb organspezifischer Zuständigkeiten organisiert werden.

Ich rege daher an, als kurzfristig umsetzbare Maßnahme ein **medizinisch qualitätsgesichertes Case Management** für komplexe Erkrankungen ohne bestehende interdisziplinäre Strukturen einzuführen. Dieses sollte verbindlich in die Versorgungsorganisation eingebunden sein und die interdisziplinäre Abstimmung zwischen Behandler:innen sicherstellen.

Gleichzeitig könnte ein solches Case Management dazu beitragen, Versorgungsdefizite systematisch zu erfassen und den zuständigen Stellen eine **belastbare Grundlage** für

weiterführende Maßnahmen zu liefern – etwa für den Aufbau fachübergreifender Ambulanzen, spezialisierter Netzwerke oder Zentren. Damit würde die Verantwortung für gute Versorgung wieder dort verankert, wo sie systemisch verortet ist, und nicht länger primär bei den Betroffenen selbst liegen.

4.1 Pointierte Version

[Eine kurze, pointierte Version bitte.](#)

ChatGPT:

Gerne – hier eine **kurze, pointierte Version**, gut geeignet für ein knappes Beteiligungsformat:

Vorschlag zur Verbesserung der Versorgung bei komplexen Systemerkrankungen

Der Stand der medizinischen Versorgung bei komplexen Erkrankungen wie Lupus oder Sarkoidose erfordert eine interdisziplinäre, verlaufsorientierte Betreuung. In Österreich fehlen dafür jedoch weitgehend etablierte fachübergreifende Versorgungsstrukturen. Die notwendige Koordination zwischen Fachdisziplinen wird dadurch faktisch auf die Patient:innen verlagert.

Dies steht im Widerspruch zum Anspruch einer qualitätsgesicherten Versorgung und macht eine aktive Reaktion jener Stellen erforderlich, die für Versorgungsqualität und -planung verantwortlich sind. Gute medizinische Versorgung kann bei systemischen Erkrankungen nicht allein innerhalb organspezifischer Zuständigkeiten organisiert werden.

Als kurzfristig umsetzbare Maßnahme schlage ich die Einführung eines medizinisch qualitätsgesicherten Case Managements vor. Dieses könnte interdisziplinäre Abstimmung sicherstellen, Patient:innen entlasten und zugleich eine Grundlage für den Aufbau nachhaltiger fachübergreifender Versorgungsstrukturen schaffen.

Wenn du möchtest, kann ich die Version noch **formeller**, **niederschwelliger** oder **politischer** zuschneiden.

[Versuche eine politische Version.](#)

4.2 Politische Version

ChatGPT:

Hier ist eine **politisch zugespitzte Version**, die kurz, prägnant und handlungsorientiert formuliert ist. Sie adressiert klar die Verantwortung der Entscheidungsträger:innen und macht den systemischen Handlungsbedarf sichtbar:

Vorschlag zur Verbesserung der Versorgung bei komplexen Systemerkrankungen

Menschen mit seltenen und komplexen Erkrankungen wie Lupus oder Sarkoidose haben Anspruch auf eine medizinische Versorgung, die dem aktuellen Stand der Wissenschaft entspricht – das bedeutet interdisziplinäre, verlaufsorientierte Betreuung. In Österreich existieren dafür jedoch kaum fachübergreifende Strukturen. Die Verantwortung für Koordination und Abstimmung liegt aktuell oft bei den Patient:innen selbst.

Dies ist ein systemischer Defizitpunkt, der von den zuständigen Entscheidungsträger:innen – Spitalträgern, Sozialversicherungsträgern und Gesundheitsplanung auf Landes- und Bundesebene – aktiv adressiert werden muss.

Ich fordere daher die Einführung eines **medizinisch qualitätsgesicherten Case Managements** für komplexe Erkrankungen ohne etablierte interdisziplinäre Versorgung. Dieses Instrument kann kurzfristig die Versorgung verbessern, Patient:innen entlasten und zugleich die Grundlage für nachhaltige, fachübergreifende Versorgungsstrukturen schaffen.

Die Politik hat die Chance, hier nicht nur individuelle Versorgungslücken zu schließen, sondern langfristig das österreichische Gesundheitssystem für komplexe Erkrankungen zukunftsfähig zu gestalten.

Wenn du willst, kann ich noch eine **ultraknappe, plakative Version** formulieren, die sich z. B. in Bürgerbeteiligungen oder als Einzeiler in Stellungnahmen gut eignet. Willst du, dass ich das mache?

Ja, bitte.

4.3 Plakative Version

ChatGPT:

Perfekt – hier ist eine **ultraknappe, plakative Version**, die politisch wirkt und sich gut für Beteiligungsformulare oder kurze Einreichungen eignet:

Für seltene und komplexe Erkrankungen wie Lupus oder Sarkoidose fehlen in Österreich fachübergreifende Versorgungsstrukturen. Die Verantwortung für Koordination darf nicht bei den Patient:innen liegen – die Politik, Spitalträger und Sozialversicherungsträger müssen handeln. Ein medizinisch qualitätsgesichertes Case Management kann kurzfristig Versorgung sichern und langfristig fachübergreifende Strukturen aufbauen.

5. Warum ein Case Manager nicht durch digitale Steuerung ersetzt werden kann

Die Forderung nach einem Case Manager für seltene und komplexe Erkrankungen steht aktuell in medialer Konkurrenz zu Initiativen zur digitalen Patientensteuerung. Argumentiere, warum die Funktion dieses Case Managers für Spezialisierung erfordernde Abteilungen nicht durch Telefonberatung oder Primärversorgungszentren ersetzt werden können.

ChatGPT:

Perfekt, das ist ein zentraler Punkt, um **die politische und medizinische Relevanz eines Case Managers** klar abzugrenzen. Ich formuliere eine präzise, strategische Argumentation:

Argumentation: Warum ein Case Manager für seltene und komplexe Erkrankungen nicht durch digitale Steuerung oder Primärversorgung ersetzt werden kann

- 1. Komplexität der Erkrankungen erfordert fachübergreifende Expertise**
 - Erkrankungen wie Lupus oder Sarkoidose betreffen mehrere Organsysteme gleichzeitig.
 - Die optimale Versorgung erfordert **laufende Abstimmung zwischen spezialisierten Abteilungen** (Rheumatologie, Nephrologie, Pulmologie, Dermatologie etc.).
 - Telefonberatung oder Primärversorgungszentren können **keine qualitätsgesicherte interdisziplinäre Koordination** leisten, da sie nicht in die Fachprozesse eingebunden sind.
- 2. Kontinuität und Verlaufskontrolle sind entscheidend**
 - Patienten durchlaufen oft wechselnde Akut- und Reha-Phasen, benötigen Anpassungen der Therapie und engmaschige Überwachung von Laborwerten und Organfunktionen.
 - Digitale Tools oder allgemeine Primärversorgung bieten **keine aktive, verlaufsorientierte Steuerung** – sie können höchstens einzelne Informationen bereitstellen.
- 3. Verbindliche Schnittstellen zwischen Abteilungen fehlen**
 - Case Manager haben die Aufgabe, **Termine, Befunde, Therapieanpassungen und Empfehlungen fachübergreifend abzustimmen**.
 - Telefonische Beratung oder digitale Steuerung bieten **keine formelle Durchsetzungsbefugnis** in spezialisierten Abteilungen und können daher Versorgungslücken nicht schließen.
- 4. Qualitätssicherung und systemisches Lernen**
 - Ein Case Manager dokumentiert Versorgungsbrüche und Optimierungspotenzial und liefert **belastbare Daten für Strukturentwicklung**.

- Digitale Plattformen oder Primärversorgungszentren können zwar Daten erfassen, **aber nicht aktiv auf die Einhaltung interdisziplinärer Qualitätsstandards einwirken.**
5. **Patient:innenentlastung als strukturelle Aufgabe**
- Komplexe Erkrankungen erfordern häufig, dass Patient:innen medizinische Entscheidungen koordinieren.
 - Case Manager nehmen diese Verantwortung **professionell und verbindlich ab**, was digitale Tools oder Primärversorgung nur ergänzend leisten können.
-

Kernaussage für Bürgerbeteiligung oder politische Argumentation:

„Digitale Patientensteuerung oder Primärversorgungszentren können Information bereitstellen oder administrative Aufgaben übernehmen – sie ersetzen jedoch **nicht die fachübergreifende, verlaufsorientierte Koordination**, die bei seltenen und komplexen Erkrankungen nötig ist. Ein medizinisch qualitätsgesicherter Case Manager ist die unverzichtbare Brücke zwischen spezialisierten Abteilungen und Patient:innen, um Versorgungslücken systematisch zu schließen.“
