



Beatrice Bähler und Iren Bischofberger

Case Management im Akutkrankenhaus – Vom Forschungsprojekt zum Dienstleistungsangebot

Auch wenn die pauschalierte Finanzierung von Krankenhausaufenthalten in der Schweiz erst seit Januar 2012 flächendeckend eingeführt wurde, so haben doch manche stationären Leistungserbringer die Patientenprozesse bereits seit Jahren laufend verbessert. Exemplarisch beschreibt dieser Artikel die Entwicklung von Case Management im Kantonsspital Baden, einem akutstationären Zentrumskrankenhaus. Die Entwicklung reicht vom Forschungsprojekt bis hin zum heutigen Dienstleistungsangebot.

Einführung

Was im Jahr 2009 mit dem Forschungsprojekt „EVA – Entlastung dank Verbesserung des Austrittsmanagements“ auf der Inneren Medizin des Kantonsspitals Baden begann (Lindpaintner, Gasser & Beer, 2009), ist heute ein Dienstleistungsangebot der Allgemein- und Viszeralchirurgie und mehrerer Stationen der Inneren Medizin. Ziel war und ist es, die innerbetrieblichen, transmuralen und postakuten Prozesse aufeinander abzustimmen und dabei insbesondere die Kommunikation zwischen vor- und nachsorgenden Institutionen zu fördern. Im Rahmen des Forschungsprojekts wurden die betrieblichen Kontakte mit den umliegenden häuslichen Pflegediensten sowie einem grossen Ärztenetzwerk systematisch aufgebaut. Insbesondere innerhalb der ersten 24 Stunden wurde der Kontakt mit den ausgetretenen Patient(inn)en gepflegt, um die Austrittsplanung zu sichern. Zudem wurden die vereinbarten Termine während den fünf poststationären Tagen überwacht. Mit der besseren Versorgungskoordination sollte nicht zuletzt auch die Zufriedenheit der Patient(inn)en und Angehörigen gesteigert werden. Für diesen Entwicklungsprozess hat die Krankenhausleitung die Einführung von Case Management seit Beginn gezielt mit budgetären und personellen Massnahmen gefördert sowie in das betriebliche Qualitätsmanagement inte-

griert (Kantonsspital Baden, 2012a). Warum dieses Engagement?

Prämissen und Kennzahlen

Auch im Kantonsspital Baden werden – wie in vielen Krankenhäusern – immer mehr chronisch kranke Patient(inn)en mit therapieintensiven Verläufen während klinischen Krisen hospitalisiert, allerdings bei kürzerer durchschnittlicher Aufenthaltsdauer (exemplarisch Saltman, Durán & Dubois, 2011). Ziel ist nach der Stabilisierung des Gesundheitszustands eine möglichst geringe Zahl von Rehospitalisationen (Strunin, Stone & Jack, 2007). Dazu sind drei Faktoren massgeblich: Erstens werden immer mehr Operationen und Therapien ambulant durchgeführt. Dies erhöht jedoch den Anteil an stationären Patient(inn)-en mit besonders komplexen Versorgungssituationen. Zweitens werden immer mehr Behandlungen bei sehr vulnerablen Personen, u.a. im ganz jungen oder ganz hohen Alter, durchgeführt und machen dazu einen Krankenhausaufenthalt nötig. Dies erfordert jeweils umfangreiche Ein- und Austrittsprozesse. Drittens sind unter heutigen Finanzierungsregimes Rehospitalisationen im Rahmen desselben Falles betriebswirtschaftlich ungünstig und mittels koordinativen, edukativen und klinischen Verbesserungsmaßnahmen zu vermeiden. Diese drei Faktoren bedingen neue und spezifische Fachkenntnisse bei den Mitarbei-

tenden sowie stringenter Prozesse innerhalb des Krankenhauses wie auch mit den vor- und nachgelagerten Institutionen. Um diese Prozesse zu verbessern, wurden im Rahmen eines Forschungsprojekts Grundlagen erarbeitet, die sich an der systematischen und multidimensionalen Austrittsplanung mittels der Case Management Methodik orientieren (Ewers, 2005). Darin wurde die Funktion einer Nurse Case Managerin integriert. Inzwischen sind 3 Care Managerinnen¹ (210 Stellenprozente) mit dieser Funktion betraut.

Die folgenden Kennzahlen für das Kantonsspital Baden verdeutlichen, dass sich die Prozesse innerhalb der stationären Versorgung verdichten: Die Verweildauer sank seit 2008 von 6,8 Tagen² stetig auf 5,8 Tage in 2012. Die durchschnittliche Bettenbelegung der stationären Patient(inn)en der Kliniken Chirurgie und Innere Medizin liegt heute zwischen 80 und 92 % (Kantonsspital Baden, 2012b, S. 4). Vor diesem Hintergrund war es angezeigt, betriebliche Innovatio-

¹ Im Laufe der Jahre hat sich die Funktion von der Case zur Care Managerin gewandelt. Einerseits sind die Care Managerinnen zunehmend nicht nur entlang der Case Management Methode tätig, sondern durch ihre transmuralen Prozesse auch für Versorgungsverbesserungen aktiv. Andererseits sollte sprachlich „der Fall“ (Case) nicht dominant in Erscheinung treten.

² Berechnungsgrundlage Verweildauer analog SWISS DRG



nen in Form von Case Management einzuführen, die sich an nationalen und internationalen Standards orientieren (Netzwerk Case Management Schweiz, 2006; Case Management Society of America, 2010). Das Case Management wurde dabei der Krankenhausleitung direkt unterstellt, da es so am wirksamsten über alle Abteilungen hinweg in der Organisation positioniert ist.

Case Management Entwicklung

„Durch den Einsatz der Care Managerinnen werden eine Kontinuität der Ansprechpersonen für Patienten und Angehörige, sowie die internen und externen Leistungserbringer gewährleistet. Die Dienstleistungen des Case Managements richten sich in erster Linie an komplexe Patientensituationen mit erhöhtem Betreuungs- und/oder Koordinationsbedarf, welche definierte Einschlusskriterien erfüllen.“ Mit diesem Wortlaut aus dem Qualitätsbericht 2012 (Kantonsspital Baden, 2012a, S. 2) positioniert die Krankenhausleitung Case Ma-

agement als einen der Qualitätsschwerpunkte. Diese Positionierung setzt voraus, dass die Case Management Methodik systematisch in die bestehenden Krankenhausprozesse integriert wurde, insbesondere in Abgrenzung und Ergänzung zum Pflegeprozess und zur ärztlichen und therapeutischen Behandlungsplanung. Dazu wurden zunächst die im Rahmen des EVA-Projekts erarbeiteten Intake Kriterien für die Regelversorgung übernommen (siehe Kasten 1). Die Care Managerinnen nutzen die Kriterien, wenn sie auf den ihnen zugeteilten Abteilungen die Teams besuchen und nach dem Bedarf für Case Management fragen, oder direkt von den Abteilungsteams oder dem behandelnden Arzt Zuweisungen erhalten. Ebenso gehen sie täglich die Bettenbelegung durch, auf der sie den Bedarf anhand des Alters und der ICD-10 Diagnose der Patient/innen erschliessen. Sie ergänzen dann basierend auf bereits vorhandenen Daten im Patientendossier die Assessment Informationen, insbesondere die finanziellen und

sozialen Belange, manchmal vertieft auch die klinischen Informationen. All dies ist für die Austrittsplanung besonders wichtig. Als Folge dieser Prozesse hat sich beispielsweise bei Patient(inn)en mit minimalinvasiver Hüftendoprothese der Krankenhausaufenthalt insofern verändert, dass inzwischen kaum noch eine nachfolgende stationäre Rehabilitation nötig ist. Das aufbauende Mobilitätstraining, das Schmerzmanagement sowie die Patienten- und Angehörigenedukation finden anfänglich im Krankenhaus und danach vor allem zuhause mit ambulanter Physiotherapie statt (Lilikakis, Gillespie & Villar, 2008; Schärli-Purtschert, Hantikainen & Bischofberger, 2013). Die Versorgungsplanung beginnt mit dem Krankhauseintritt, indem die Care Managerin zusammen mit den Oberärzten den angestrebten Austrittstermin möglichst früh festlegt. Der Fokus der Massnahmenplanung und -durchführung liegt darin, die nötigen Informationen für die Zusammenarbeit mit den nachsorgenden Institutionen sowie den Kostenträgern einzuholen, zu bündeln und zu priorisieren, damit der Austritt bis zur medizinischen Entlassungsfähigkeit optimal vorbereitet ist. Dazu sind die Prozesse bereits vor dem Krankhauseintritt standardisiert, indem beispielsweise die Kostengutsprachen für die Rehabilitation frühzeitig eingeholt werden, oder die diagnostischen Vorabklärungen durch den Hausarzt rechtzeitig im Krankenhaus vorliegen (u.a. Laborwerte, Elektrokardiogramm). Durch die engere Zusammenarbeit mit dem Hausarzt kann dieser den Patient(inn)en die ersten Informationen zur geplanten Verweildauer bereits vor dem Krankhauseintritt mitteilen. Dies ist insbesondere für (berufstätige) Angehörige eine wichtige Kommunikationsverbesserung, damit sie ihre Mithilfe beim Austritt oder der Krankenversorgung zuhause planen können. Auch die häuslichen Pflegedienste können

Intake-Kriterien für CM

Erfahrungs- und literaturgestützt wurden folgende Intake-Kriterien definiert, die den Care Managerinnen entweder bei Zuweisungen von den Stationen oder bei der täglichen Durchsicht der Bettenlisten dienen, um Patient(inn)-en mit Case Management Bedarf zu identifizieren. Von den folgenden Kriterien müssen mindestens zwei für das Intake erfüllt sein:

- Erhöhter Selbstmanagement, Betreuungs- und Koordinationsbedarf
- Unterstützung in den Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL)
- Grosse und/oder invasive Eingriffe (z.B. gastrointestinale Operationen, Y-Graft)
- Aufwändige Wundversorgung
- Alter ≥ 70
- Alleine lebend oder Zuweisung aus Institution
- Kognitive Beeinträchtigung/dementielle Entwicklung/Delir (Minimaler Status ≤ 21)
- Erhöhte Sturzgefährdung
- Antikoagulation bei Austritt
- ≥ 8 Medikamente bei Eintritt
- Rehospitalisation innert 18 Tagen

Kasten 1: Case Management Intake-Kriterien am Kantonsspital Baden



ihre Anschlussangebote präziser auf die Patientenbedürfnisse abstimmen, wenn sie frühzeitig informiert und allenfalls instruiert werden. Die Steuerung und das Monitoring von Massnahmen gehört heute zu den alltäglichen Aufgaben der Care Managerinnen. Sie wirken dabei professions- und institutionsübergreifend und nutzen insbesondere ihre klinischen Kenntnisse und integrativen Kommunikationsfähigkeiten. Diese Fähigkeiten, die zu einer guten Arbeitsbeziehung zwischen Patient(inn)en, Care Managerinnen und Gesundheitsfachleuten führen, werden auch international als wichtige Erfolgsfaktoren der Versorgungskoordination

verstanden (Peikes et al. 2009) (siehe Kasten 2).

Die Fallevaluation, die bis nach dem Austritt in Form von poststationären Telefonanrufen an die Patient(inn)en reicht, zeigt eine steigende Zufriedenheit mit der Versorgungskoordination. Die Verbesserungen sind auch in den standardisierten Outcome-Messungen zum Austrittsmanagement ersichtlich. Insbesondere die engere Zusammenarbeit mit den Hausarztpraxen, den häuslichen Pflegediensten sowie den lokalen Sozialberatungsstellen führte zu diesem positiven Ergebnis. Die Zufriedenheit wiederum fördert die Bindung der lokalen Bevölkerung an das

Krankenhaus, was im Zuge der Ökonomisierung und der Wettbewerbssituation unter den Krankenhäusern zunehmend relevant wird.

Personalentwicklung

Der starke Fokus auf die klinischen Prozesse und die patientennahe Koordinationsfunktion führte zum Entscheid, Pflegefachpersonen mit dem Case Management zu betrauen und sie gezielt auf ihre Funktion durch Weiterbildungen vorzubereiten. Sie werden befähigt, sowohl auf Fall- als auch auf Systemebene und sowohl gegenüber Patient(inn)en, Angehörigen wie auch Fachleuten im Ge-

Fallbeispiel Frau Fontana (Name anonymisiert)

Am Beispiel von Frau Fontana wird deutlich, worin der Mehrwert der Care Managerin besteht. Die 74-jährige, nur italienisch sprechende Patientin ist zur weiteren Abklärung eines Tumors im Bauchraum und zur Schmerzeinstellung stationär aufgenommen worden. Die Mitarbeiterin des Schmerzdienstes erkennt durch ihr Assessment, dass die Patientin isoliert lebt und die Kommunikation nicht nur aufgrund der sprachlichen Hürden, sondern auch durch eine eingeschränkte Auffassungsgabe erschwert ist. Daher wird die Care Managerin beigezogen. Diese richtet ihr Augenmerk vor allem auf Kontinuität der neuen Schmerzmedikation zuhause. Im Gespräch mit der Patientin – welches im Beisein einer Mitarbeiterin des Dolmetscherdienstes stattfindet – realisiert die Care Managerin, dass die Patientin eine Unterstützung durch den häuslichen Pflegedienst strikt ablehnt. Gleichzeitig erkennt sie, dass die Patientin nicht auf Anrieb versteht, dass sie dank des neuen Dosierungsschemas deutlich weniger Schmerzen hat. Hier wirkt die Care Managerin klärend und erläutert auch, dass die Patientin durch vorbeugende Massnahmen unerwünschte Arzneimittelwirkungen vermeiden kann, welche durch die Schmerzmedikamente auftreten. Um eine lückenlose Weiterversorgung zu Hause zu ermöglichen, kontaktiert die Care Managerin ebenfalls den Hausarzt, einerseits um Anliegen und Kenntnisse zur Patientensituation aus seiner Sichtweise bei der Austrittsplanung mit einzubeziehen, andererseits um mit ihm Möglichkeiten zur Unterstützung durch die

Arztpraxis zu suchen (z.B. Richten eines Tablettendispensers durch die medizinische Praxisassistentin). Ziel der Massnahmen ist, dass die Patientin zukünftig nicht mehr täglich die Hausarztpraxis aufsuchen muss.

Neben diesen Aspekten engagiert sich die Care Managerin für die Koordination, Organisation und den Informationstransfer aller involvierten Berufsgruppen: intern den Stations- und Oberarzt, das Pflegeteam, den Schmerzdienst, die Onkologin und punktuell den Dolmetscherdienst.

Die externen Partnerorganisationen waren neben dem bereits erwähnten Hausarzt und dem letztlich doch nicht akzeptierten häuslichen Pflegedienst auch die Apotheke, welche der Patientin die neu benötigten Medikamente bereitstellte. Es wurde ausgehandelt, dass die Apotheke für die Patientin die verordneten Medikamente in zwei Tagesdosen in individuell hergestellten Blistern zur Verfügung stellt, um die Einnahme zu vereinfachen. Zusätzlich beanspruchte die Patientin den Rotkreuz-Fahrdienst für die Heimkehr nach Hause, welcher durch die Care Managerin organisiert wurde.

Bei der Umsetzung des angestrebten Austrittszeitpunktes kam es, bedingt durch somatische Reaktionen der Patientin, zweimal zu kurzfristigen Verschiebungen, welche eine Kette von Umdisponierungen nötig machten. Dank der Intervention durch die für Frau Fontana mittlerweile vertraut gewordenen Care Managerin konnte ein erneuter Verbleib im Spital über das Wochenende vermieden werden.

Kasten 2



Weiterbildungsmaster in Care Management

Die Kalaidos Fachhochschule Gesundheit in Zürich bietet für die Funktion der Care Managerin einen berufsbegleitenden Weiterbildungsmasterstudiengang an (60 ECTS), in dem die Module (je 5 ECTS) flexibel gewählt und besucht werden können. Neben der Case Management Methode werden auch klinisch relevante Kompetenzen (klinisches Assessment) und systemrelevante Kompetenzen erlernt, etwa zu Family Care oder Sozialversicherungen und Patientenrecht. All dies im multidisziplinären Team erfolgreich auszuhandeln ist ebenso Ziel eines Moduls. Die Studiengangsleiterin arbeitet auch als Pflegeexpertin in der häuslichen Gesundheitsversorgung und gewährleistet so den Transfer von Praxis und Lehre.

Kasten 3

sundheits- und Sozialwesen wirksam zu sein. Seit 2009 arbeiten drei Care Managerinnen in den neuen Funktionen. Ihre Stellenprozente wurden einerseits aus Pflegestellen umgewandelt, andererseits neu geschaffen. Aus der Sicht der Krankenhausleitung hat sich die bisherige Situation bewährt, so dass die nächsten Jahre geplant werden können (s. Kasten 3).

Gefragt – gesagt: Yvonne Biri, Pflegedirektorin und Mitglied der Spitalleitung Kantonsspital Baden AG

Welche strategischen Ziele verfolgt das KSB mit dem Case Management?

Im Rahmen der integrierten Versorgung der Region Aargau Ost engagiert sich das KSB zusammen mit Hausärzten und den häuslichen Pflegediensten der Region, dass eine Prozessoptimierung und gute Überleitung der Patienten in die ambulante Nachversorgung und Betreuung stattfindet. Zudem sollen ungeplante Wiedereintritte in das Krankenhaus reduziert oder ganz vermieden werden, indem keine Versorgungsunterbrüche entstehen.

Exogene Faktoren wie das neue Finanzierungssystem nach SwissDRG, haben uns gezwungen sicherzustellen, dass im Krankenhaus ein guter Überblick zur Aufenthaltsdauer

besteht, und dass wir ganz gezielt bei komplexen Patientensituationen von Beginn an steuern müssen. Bei sämtlichen am Patientenbehandlungsprozess beteiligten Berufsgruppen muss diesbezüglich ein Umdenken stattfinden. Dazu brauchen wir speziell qualifizierte Fachexpertinnen, die diese Vorreiterrolle übernehmen und dem Behandlungsteam aufzeigen, dass der Austritt bereits am Eintrittstag, bzw. bereits davor, ins Auge gefasst und geplant werden muss. Der Einsatz der Care Managerinnen erfolgt gezielt bei den hochkomplexen Patientensituationen. Zugleich findet eine Veränderung bei der prozessoptimierten Behandlung und Betreuung sämtlicher Patienten statt. Die Zunahme chronisch erkrankter Patienten im stationären Aufenthalt verlangt zudem eine gezielte Patientenschulung für den Umgang mit der chronischen Erkrankung nach der Krankenhausentlassung, beispielsweise bei Patienten mit Herzinsuffizienz oder Diabetes. Durch eine frühzeitige Organisation und Koordination der entsprechenden Fachspezialisten durch die Care Managerin können noch im Krankenhaus die Schulungsprogramme beginnen und in der ambulanten Betreuung sicher gestellt und weitergeführt werden.

Wie argumentieren Sie die Kosten für das betriebliche Case Manage-

ment und für die nötigen Weiterbildungsmaßnahmen der Care Managerinnen in der Spitalleitung in Zeiten der DRG?

Meine Erfahrung ist, dass Qualitätsverbesserungen und Optimierungsmaßnahmen vordergründig Mehrkosten verursachen. Über einen längeren Zeitraum gesehen machen sich solche Mehrkosten jedoch bezahlt und reduzieren die Kosten. Zudem wird sich ein Patient, der sich gut versorgt und betreut fühlt, auch dementsprechend positiv über seinen Aufenthalt in unserem Krankenhaus äussern.

Wie ist der zukünftige Bedarf für Care Managerinnen im KSB, und wie schätzen Sie das Interesse dafür bei den Pflege-Mitarbeitenden ein?

Durch die demographische Entwicklung wird ein zusätzlicher Bedarf an Care Managerinnen entstehen. Das wichtigste ist jedoch, dass innerhalb unserer Organisation das Verständnis für die Prozessoptimierung wächst. Hier nimmt die Care Managerin eine Schlüsselfunktion ein. Klinische Expertise, Fähigkeit zum vernetzten Denken, koordinative und kommunikative Kompetenzen sind zentrale Erfolgsfaktoren bei der Begleitung von anspruchsvollen Patientensituationen, die sich Pflegefachpersonen durch Berufserfahrung und kontinuierliche Weiterbildung aneignen können. Mit Einschluss in das Case Management werden Patienten während des gesamten Spitalaufenthalts – vom Eintritt bis nach dem Austritt – durch eine Care Managerin begleitet. Das ist für Pflegefachpersonen ein sehr interessantes Arbeitsfeld.

Fazit

Der mittlerweile bald fünfjährige Prozess der Erforschung, Erprobung und Etablierung von Case Management



im Kantonsspital Baden zeigt, dass der Übergang vom Forschungsprojekt zur Regelversorgung insgesamt gut gelungen ist. Zukünftig ist anzustreben, dass die Case Management Bemühungen in der stationären Versorgung noch stärker von der gemeindenahen Gesundheitsversorgung aufgegriffen werden und so Case Management zu einer griffigen Methode in der Verzahnung von stationärer, ambulanter und häuslicher Versorgung wird. Dazu ist das Engagement des Managements und dessen Leadership Funktion zugunsten von Case Management gefragt (O'Hearn Ulch & Schmidt, 2013). Wenn sich – wie im Kantonsspital Baden – darüber hinaus die Fach- und Führungskräfte gemeinsam für Case Management engagieren, ist dies ein wichtiger Erfolgsfaktor.

Literatur

- Case Management Society of America (CMSA) (2010). Standards of Practice in Case Management. Little Rock: CMSA.
- Ewers, M. (2005). Das anglo-amerikanische Case Management: Konzeptionelle und methodische Grundlagen (pp. 53-90). In: Ewers, M. & Schaeffer, D. (Hrsg). Case Management in Theorie und Praxis. Bern: Hans Huber.
- Kantonsspital Baden AG (2012a). Jahresbericht. Baden: KSB. (www.ksb.ch/jahresbericht, Zugriff am 14.7.2013).
- Kantonsspital Baden AG (2012b). Qualitätsbericht. Baden: KSB.
- Lilikakis, A.; Gillespie, B.; Villar, R. (2008). The benefit of modified rehabilitation and minimally invasive technique. *Annals of the Royal College of Surgeons of England*, 90, 406-11.
- Lindpaintner, L.; Gasser, J. & Beer, J. (2009). Optimierte Spitalentlassung: Richtungsweisende Pilotstudie: EVA – Entlastung dank Verbesserung des Austrittsmanagements. *Care Management* 2(5), 25-29.
- Netzwerk Case Management Schweiz (2006). Definition Case Management – Standards Case Management. Netzwerk Case Management Schweiz. (www.netzwerk-cm.ch, Zugriff am 13.6.2013)
- O'Hearn Ulch, P.A. & Schmidt, M.M. (2013). Clinical nurse specialist as community-based nurse case manager: Integral to achieving the Triple Aim of Healthcare. *Nurse Leader*, 11(3), 32-35.
- Peikes, D.; Chen, A.; Schore, J. & Brown, R. (2009). Effects of care coordination on hospitalization, quality of care, and health care expenditures among Medicare beneficiaries – 15 randomized trials. *Journal of the American Medical Association*, 301(6), 603-618.
- Schärli, M.; Hantikainen, V. & Bischofberger, I. (2013). Austrittsvorbereitung: Selbstpflegekompetenz fördern bei Patient(inn)en nach minimalinvasiver Hüftendoprothetik. *Pflege*, 26(5), 303 – 310.
- Saltman, R.B.; Durán, A. & Dubois, H.F.W. (Eds.)(2011). *Governing public hospitals: Reform strategies and the movement towards institutional autonomy*. Copenhagen: World Health Organization Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- Strunin, L.; Stone, M. & Jack, B. (2007). Understanding rehospitalization risk: can hospital discharge be modified to reduce recurrent hospitalization? *Journal of Hospital Medicine*, 2,297-304.

Beatrice Bähler

Pflegeexpertin und Leiterin des Case Management am Kantonsspital Baden. Sie schliesst zurzeit den Weiterbildungsmasterstudiengang MAS in Care Management an der Kalaidos Fachhochschule Gesundheit in Zürich ab.
beatrice.baebler@ksb.ch,
www.ksb.ch



Prof. Dr. Iren Bischofberger

Prorektorin der Kalaidos Fachhochschule Gesundheit, Zürich, Professorin für Pflegewissenschaft und Versorgungsforschung, Studiengangleitung MSc in Nursing by Applied Research
iren.bischofberger@kalaidos-fh.ch

