

# Schnittstellenmanagement aus klinischer Perspektive

Wer an Krebs erkrankt, braucht vor allem in den Phasen der Diagnose und später am Lebensende eine gute Versorgungskoordination und -kontinuität.<sup>1</sup> Zahlreiche Akteure und Institutionen greifen in diesen Phasen ins Versorgungsgeschehen besonders aktiv ein. In einer föderalen und hochspezialisierten Gesundheitsversorgung wie in der Schweiz oder in Deutschland geschieht dies jedoch selten koordiniert. Hier setzt das klinische Schnittstellenmanagement an.



I. Bischofberger, Zürich

## Schnittstellenmanagement als klinische Notwendigkeit

Klinisches Schnittstellenmanagement wird oft als „nice to have“ verstanden, während pharmazeutische, radiologische oder chirurgische Höchstleistungen als „need to have“ gelten. Diese Gewichtung wird dem Bedarf von onkologisch erkrankten Personen nicht gerecht, denn Versorgungskoordination stellt eine Voraussetzung dafür dar, dass die diagnostischen und therapeutischen Höchstleistungen ihre volle Wirkung entfalten können. Dies zeigt das folgende Beispiel aus der Praxis des Zweitautors:

Herr Keller (alle Namen anonymisiert), 72 Jahre, leidet an einem nicht kleinzelligen Bronchuskarzinom; er wird nach der stationären Ersttherapie an einem Freitag nach Hause entlassen. Der Patient ist verwitwet und lebt alleine in einer Dreizimmerwohnung. Aufgrund der Therapiestrategie ist ein weiterführendes orales Medikationsschema erforderlich. Er hat im Krankenhaus von der Pflegefachperson das Rezept erhalten, mit dem Hinweis, dieses noch am selben Tag einzulösen. Am Wochenende tritt starke Übelkeit ein. Er ist unsicher, wie er die Medikamente einnehmen soll, aber er weiss nicht, an wen er sich am Wochenende wenden kann. Die Übelkeit verstärkt sich weiter, er trinkt und isst nicht mehr und muss am Montag vom Hausarzt wieder hospitalisiert

werden. Dieses Beispiel zeigt, dass die onkologische Therapie – wenn ihre Durchführung unkoordiniert erfolgt – mehr schadet als nützt.

## Versorgungskoordination braucht Qualifikation

Klinisches Schnittstellenmanagement – oft auch als Versorgungskoordination oder Care Management bezeichnet – wirkt quer zu den siloartigen und oft monoprofessionellen Behandlungsprozessen in Institutionen. Das heisst, Care Manager – so die Terminologie der Schweizer Krebsstrategie<sup>2</sup> – integrieren und koordinieren die Angebote in enger Absprache mit Leistungserbringern. In Akutkrankenhäusern<sup>3, 4</sup> oder im Rahmen von häuslichen Pflegediensten<sup>5</sup> bewähren sich diese Funktionen, sie sind jedoch weder flächendeckend eingeführt noch bestehen einheitliche Empfehlungen für die nachberufliche Qualifikation der Care Manager. Insofern können sich die Erwartungen sowohl der Betriebe als auch der Nutzer kaum an Eckpunkten orientieren. Deshalb integriert die Kallidos Fachhochschule Care Management in mehrere Aus- und Weiterbildungsstudiengänge.

## Koordination aus Sicht der Nutzer

Aus der Sicht der Patienten oder pflegenden Angehörigen sollte das klini-

sche Schnittstellenmanagement vor allem dort wirken, wo am meisten Zeit verbracht und die Krankheit bewältigt wird: Das ist der Privathaushalt. Hier spitzt sich die kleinteilige und desintegrierte Gesundheitsversorgung am meisten zu: Unzählige Leistungserbringer – u.a. Haus- und Spezialarztpraxen, Apotheke, Sozialdienst, Haushaltshilfe, Freiwilligendienste, Mahlzeitenservices, palliative Teams, um nur einige zu nennen – sind ebenso präsent wie die Kostenträger mit ihren unterschiedlichen Antrags- oder Vergütungsprozessen. Es gilt Fristen oder Abläufe zu berücksichtigen, u.a. fristgerechte Anträge oder Zahlungen, Abläufe von Kranken- oder Invalidenversicherungen, Kostengutsprachen oder Finanzierungen von Rehabilitationsaufenthalten etc. Da in Institutionen wenig systematische und systemübergreifende Koordinationshilfe vorhanden ist, helfen sich viele Patienten oder Angehörige notgedrungen selber (siehe u.a. Aubin et al 2012<sup>1</sup>; Bischofberger et al 2014<sup>6</sup>). Dabei erweitern sie ihre Kenntnisse und Kompetenzen stetig – oft verbunden mit zeitaufwendigen „Learning by doing“-Strategien und über Jahre oder Jahrzehnte. Diese Kontinuität über Zeit, Institutionen und Professionen hinweg sollte vermehrt als Koproduktion von Versorgungsprozessen zwischen Nutzern und Gesundheitsfachleuten verstanden werden.

## Erfolgsfaktoren bei komplexem Versorgungsbedarf

Vor diesem Hintergrund gilt es die Primärversorgung – und damit auch den Gesundheitsstandort Privathaushalt – bei komplexen Versorgungsverläufen besonders zu fördern. Dazu gehören die folgenden Faktoren:<sup>7</sup>

1. Homogene Patientenauswahl
2. Persönliche Begegnung und Kommunikation
3. Hausbesuche
4. Spezifisch geschulte Care Manager mit niedriger Fallzahl
5. Interprofessionelle Teams
6. Anwesenheit von pflegenden Angehörigen
7. Coaching

Das folgende Beispiel aus der häuslichen Versorgungspraxis des Zweitautors zeigt, wie das Ehepaar Müller von einem durchdachten und gut kommunizierten Care Management Nutzen ziehen konnte, indem die Lebensqualität der erkrankten Person als Leitlinie der Versorgung galt.

Frau Müller, 45 Jahre, Kolonkarzinompatientin im Palliativstadium, verheiratet, zwei minderjährige Kinder, wird aufgrund ihrer fortschreitenden Erkrankung parenteral ernährt und benötigt zusätzlich eine intravenöse Antibiotikatherapie über das implantierte Kathetersystem. Beide Therapien wurden im Krankenhaus eingeleitet. Frau Müller möchte möglichst lange zu Hause bei der Familie bleiben. Zur Unterstützung wurde während des stationären Aufenthaltes die kantonale Onko-Spitex mit spezialisierten Pflegefachpersonen miteinbezogen, um den Ehemann in der Handhabung von beiden Therapien anzuleiten und zu beraten. Da der Ehemann berufstätig ist, wurden die Termine bei der Familie zu Hause ausserhalb seiner Arbeitszeit vereinbart. Ziel sollte es sein, dass er möglichst schnell die Therapien selber verabreichen kann und so terminlich freier ist. Da der Verlauf stetig komplexer wird, besucht die Pflegefachperson in ihrer Rolle als Care Managerin die Familie jede Woche und kann so bei neu auftretenden Symptomen anhand der Anamnese und Körperuntersuchung mit dem Hausarzt das wei-

## Care Management in mehreren Aus- und Weiterbildungsstudiengängen an der Kalaidos Fachhochschule Gesundheit

Im Weiterbildungsstudiengang Master of Advanced Studies (MAS) in Care Management und im MAS in Oncological Care wird die Methode des Case Management gelernt und eingeübt. Im MAS in Chronic Care trainieren angehende Pflegespezialistinnen durch ein ärztliches Mentorat die Befundtechniken, damit sie klinische Symptome zeitnah erkennen und angehen können. Im Master of Science (MSc) in Nursing erwerben die zukünftigen Pflegeexpertinnen darüber hinaus die daten- und forschungsgestützte Argumentation für häufige klinische Fehler und entwickeln nachhaltige Verbesserungen. Insgesamt kommunizieren sie mit der Ärzteschaft präziser und fundierter, um die Behandlung zu Hause, im Pflegeheim oder im Krankenhaus engmaschig und interprofessionell zu begleiten.

tere Prozedere zeitnah und detailliert festlegen. Bei solchen Besuchen finden auch Gespräche zum Thema Sterben zu Hause statt. Aufgrund der zeitumfänglichen telefonischen Erreichbarkeit der Pflegefachperson kann der Ehemann auch jederzeit bei Fragen Rücksprache halten. Bei Bedarf kommt die Care Managerin zu einem Hausbesuch. So wird die Kommunikation mit der Familie und der Ärzteschaft engmaschig gewährleistet, mit dem Ziel, eine Hospitalisierung möglichst zu vermeiden oder zumindest in einem kontrollierten Prozess, d.h. ohne Notfallweisung, zu gewährleisten.

### Fazit

Klinisches Schnittstellenmanagement erfordert vor allem für chronisch kranke und onkologische Patienten interinstitutionelle und interprofessionelle Vorgehensweisen, um eine wirksame und kostengünstige Versorgungskontinuität zu ermöglichen. Ziel dabei ist, eine hohe Lebensqualität trotz degenerativer oder palliativer Krankheitsverläufe zu gewährleisten. ■

### Literatur:

<sup>1</sup> Aubin M et al: *Cochrane Review on "Interventions to improve the continuity of care in the follow-up of patients with cancer"*, 2012, Vol. 7 ([www.thecochranelibrary.com](http://www.thecochranelibrary.com), Zugriff am 5.5.2014)

<sup>2</sup> Bundesamt für Gesundheit & Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren: *Nationale Strategie gegen Krebs 2014–2017, herausgegeben vom Dialog Nationale Gesundheitspolitik*. Bern: BAG/GDK 2014; S. 32 ([www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch), Zugriff am 30.8.2014)

<sup>3</sup> Bähler B, Bischofberger I: *Case Management im Akutkrankenhaus – vom Forschungsprojekt zum Dienstleistungsangebot*. *Case Management* 2014; 11(1): 49-53

<sup>4</sup> Bostelaar RA, Pape R (Hrsg.): *Case Management im Krankenhaus. Das Kölner CM-Modell in Theorie und Praxis. Aufsätze zum Kölner Modell in Theorie und Praxis*. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft 2008

<sup>5</sup> Bischofberger I, Rex C: *Case Management in der Spitex – klinische und koordinative Aufgaben aus einer Hand*. *Case Management* 2013; 10(3): 127-131

<sup>6</sup> Bischofberger I et al: *Case Management und Sozialversicherungen – und die Versicherten?* *Case Management* 2014; 11(2): 60-63

<sup>7</sup> Bodenheimer T et al: *Care management of patients with complex healthcare needs. The Robert Wood Johnson Foundation 2009, Research Synthesis Report No. 19* ([www.rwjf.org](http://www.rwjf.org), Zugriff am 10.5.2014)

Dieser Artikel basiert auf einem Vortrag der Erstautorin am 1. Schweizer Krebskongress am Paul-Klee-Zentrum, Bern, 4. September 2014.

Autorinnen:

Prof. Dr. RN Iren Bischofberger  
Studiengangsleitung MSc in Nursing  
Kalaidos Fachhochschule,  
Departement Gesundheit  
Programmleiterin bei Careum Forschung,  
dem Forschungsinstitut der  
Kalaidos FH Gesundheit, Zürich  
E-Mail: [iren.bischofberger@kalaidos-fh.ch](mailto:iren.bischofberger@kalaidos-fh.ch)

MSc Adv. Practice Cancer Care RN Patrick Jermann  
Studiengangsleiter Master of  
Advanced Studies in Oncological Care  
Kalaidos Fachhochschule,  
Departement Gesundheit, Zürich  
E-Mail: [patrick.jermann@kalaidos-fh.ch](mailto:patrick.jermann@kalaidos-fh.ch)