

Case Management

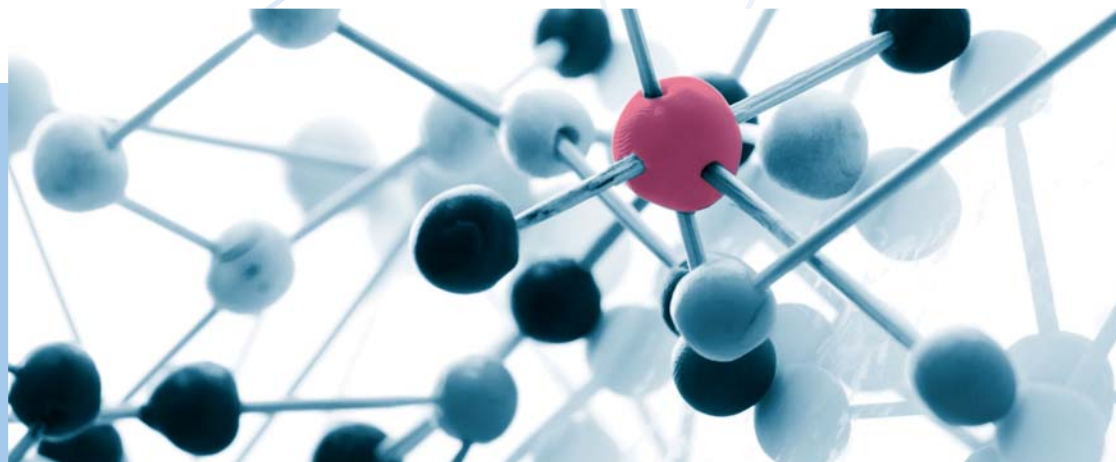
ISSN 1861-0102
D 15419
13. Jahrgang

3|2016

September (S. 105 – 168)

Schwerpunkt „Pflege“

- _ Die Kommunen und die Pflegeberatung
- _ Pflegestützpunkte – Entwicklung & Ausblick
- _ Was macht PflegeberaterInnen zu Case ManagerInnen
- _ „Modellkommunen Pflege“ – Debatten
- _ Pflege, CM und Technik (Walzbachtaler Modell)
- _ CM und schwerstkranke pflegebedürftige Kinder
- _ CM in der Pflege – die vernachlässigte Genderperspektive





Christine Rex, Monique Sailer Schramm, Iren Bischofberger

Case Management in der Spitex – Gesetzliche Verantwortung der Pflege

Die Anforderungen an das Wissen, die Fähigkeiten, Fertigkeiten und entsprechend die Handlungskompetenzen zur Erbringung von Koordinationsleistungen für zuhause lebende Patienten/Patientinnen steigen stetig an. In der Spitex¹-Praxis wird dafür der Begriff Case oder Care Management verwendet, in der Schweizer Gesetzgebung heisst dies Koordination. Seit 2012 haben Spitex-Organisationen die Möglichkeit, die bereits gebotenen Koordinationsleistungen unter bestimmten Bedingungen über die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) abzurechnen. Diese Leistungen werden von der Krankenversicherung vergütet, wenn sie ärztlich verordnet sind. Ein politischer Vorstoss, gewisse Leistungen der Spitex in Eigenverantwortung der Pflege und somit ohne die ärztliche Verordnung zu erbringen und in Rechnung zu stellen, scheiterte im Frühling 2016 im Eidgenössischen Parlament. An der nötigen Professionalität für Koordinationsleistungen ändert sich jedoch nichts.

Ausgangslage

In der Schweiz gilt der Pflegeberuf im Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) als Hilfsberuf. Deshalb muss eine Pflegefachperson alle Massnahmen im Rahmen des Pflegeprozesses vom behandelnden Arzt verordnen lassen, damit die Leistungen mit der Krankenversicherung der Patienten/Patientinnen abrechenbar sind. Im Krankenhaus ist dies weniger spürbar, da die Finanzierung des Aufenthaltes seit 2012 DRG-gestützt erfolgt. In der häuslichen und ambulanten Versorgung aller Medizinal- und Gesundheitsberufe werden in der Schweiz jedoch die meisten Leistungen durch Einzelleistungstarife abgegolten. Daher müssen die Spitex-Organisationen und die freiberuflichen Pflegefachpersonen für alle Patienten/Patientinnen einzeln ärztliche Verordnungen einholen und jeweils nach drei bis sechs Monaten bestätigen lassen. Im Administrativvertrag, der die Aufgaben zwischen den Leistungserbringern und den

Krankenversicherungen definiert, heisst es im Art. 6 deshalb: „Krankenpflegeleistungen setzen eine ärztliche Anordnung voraus“.

Diese Leistungen sind in der sogenannten Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) in drei Kategorien unterteilt (Art. 7): a) Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination (letzteres seit 2012 abrechenbar), b) Massnahmen der Untersuchung und Behandlung, und c) Massnahmen der Grundpflege. Pflegefachpersonen in der Spitex erheben bei ihrem Erstbesuch bei Patienten/Patientinnen den Bedarf in allen drei Kategorien. Basierend darauf schätzen sie den Aufwand der Pflege ein und lassen dies die zuständige Ärzteschaft anhand von Formularen unterschreiben. Mit diesem Akt des Unterschreibens ist weder die Qualitäts- noch die Mengenkontrolle möglich und verkommt zu einem administrativen Mehraufwand. Um den Pflegefachpersonen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung mehr Verantwortung für die von ihnen erbrachte Fachlichkeit zuzugestehen und um den administrativen Mehraufwand zu reduzieren, wurde im Jahr 2011 im Eidgenössischen Parlament eine parlamentarische Initiative eingereicht

(auch als „Motion Joder“ bezeichnet wegen des Namensgebers Altnationalrat Rudolf Joder).

Initiative zur gesetzlichen Anerkennung der Verantwortung der Pflege

Diese Initiative zur „Gesetzlichen Anerkennung der Verantwortung der Pflege“ verlangte eine Änderung im Krankenversicherungsgesetz, damit Spitex-Organisationen oder freischaffende Pflegefachpersonen die Leistungen der Kategorien a) und c), namentlich Abklärung, Beratung und Koordination sowie Grundpflege ohne ärztliche Anordnung erbringen und abrechnen können. Diese Initiative war im Frühling 2016 im Eidgenössischen Parlament jedoch nicht mehrheitsfähig.

Das Hauptargument für die Ablehnung von Bundesrat und Parlament war die Sorge der Mengenausweitung pflegerischer Leistungen. Diese sind in der Tat in den letzten Jahren stetig gestiegen, aber nicht unkontrolliert und ungewollt, sondern analog der gesundheitspolitischen Prämisse „ambulant vor stationär“. Interessanterweise werden vom Bund auch nur die vermuteten Mehrkosten im Falle einer

¹ Spitex steht in diesem Artikel für alle Organisationsformen von spitalexterner Pflege im häuslichen Setting (Anstellung, Freiberuflichkeit).



Gesetzesänderung aufgeführt, die sich auf Berechnungen eines einzelnen Krankenversicherungsverbandes abstützen. Nicht berechnet wurden hingegen die Einsparungen der Arztleistungen (Tätigkeit in Abwesenheit des Patienten, je nach Taxpunktwert 15.00 CHF pro 5 Min. oder Verordnung) durch die wegfallenden, viertel- oder halbjährlich einzuholenden ärztlichen Verordnungen. Diese werden von der anordnenden Ärzteschaft als Einzelleistung der Krankenversicherung verrechnet.

Koordination bleibt eine professionelle Leistung

Auch wenn die geplante Gesetzesänderung scheiterte, bleibt Koordination als gesetzliche Leistung eine zentrale Aufgabe für die Spitex. Die drei Begriffe „Abklärung, Beratung und Koordination“ sind in der KLV nicht weiter umschrieben. Entsprechend können Pflegefachpersonen aus ihrem evidenzgestützten Fundus schöpfen und die Konkretisierung sprachlich und sachlich in die Wege leiten (Rex & Bischofberger, 2013). Diese Koordinationsleistungen wurden per 1.1.2012 in der KLV integriert, weil das Bundesamt für Gesundheit eine Lücke in der palliativen kontinuierlichen Versorgung am Lebensende identifizierte. Die neu eingeführten Koordinationsleistungen in der KLV sind aber explizit nicht nur für palliative Situationen vorgesehen, wie dies anfänglich fälschlicherweise bei manchen Spitex-Organisationen verstanden wurde, sondern für alle „komplexen und instabilen“ Patientensituationen.

Damit Spitex-Organisationen und Krankenversicherungen die Koordinationsleistungen bei der Abrechnung klarer kommunizieren können, hat eine Arbeitsgruppe aus Vertreter/innen von Spitex und Krankenversicherungen den Begriff literatur- und evidenzgestützt genauer definiert (Boult, Karm & Groves, 2008; Copley & Sanders, 2013; Johansson & Harkney, 2014; McDonald et al., 2007).

Daraus entstand folgende Formulierung für Koordinationsleitungen:

- Identifikation und Beurteilung von komplexen und instabilen Situationen
- Identifizieren und Festlegen der Koordinationsrolle mit definierter Zielsetzung
- Gezielte Koordination mit mehreren Beteiligten ausserhalb der eigenen Organisation zur Optimierung von Pflege und Behandlung
- Dokumentation der daraus resultierenden festgelegten Massnahmen (Bsp. Beschlussprotokoll)
- Versorgungsplanung und Umsetzung der Massnahmen zur Verhinderung von Komplikationen
- Koordinations-Monitoring.

Demnach fallen unter Koordination die vernetzenden Tätigkeiten zwischen den verschiedensten Dienstleistungsanbietern rund um den Patienten/die Patientin und deren Familie (McDonald, 2007). Das Konzept der Instabilität und Komplexität lässt sich für die Spitex gemäss nationalen und internationalen Entwicklungen der häuslichen Gesundheitsversorgung v. a. anhand der Multimorbidität und Hochaltrigkeit fassen, und wie mit Funktionseinschränkungen dennoch ein Leben zuhause möglich ist. Klinische und koordinative Kompetenzen ermöglichen Menschen mit einer hohen Fragilität ein Sicherheitsnetz bis hin zum Konzept „Hospital at Home“ (Leff, 2009). Das wichtigste Ziel ist immer, Spitalaufenthalte soweit möglich zu vermeiden, denn für die hochaltrige Bevölkerung und bei dauerhaften Gesundheitszuständen ist ein Spitalaufenthalt auch mit Risiken verbunden (Infektionen, Delirium, Medikamentenänderungen etc.) (Lund et al., 2015; Camenzind & Bonassi, 2015). Deshalb ist Koordination bei spezifischen Personengruppen besonders wichtig, um komplexitätsstei-

gernde Aspekte vertieft abzuklären, die Beratung der Angehörigen zu übernehmen, und die anschliessende Koordination dort zu gewährleisten, wo die Patienten/Patientinnen leben.

Dazu gehören z. B.:

- Selbstvernachlässigung und steigende Gesundheitsrisiken (Sturz, Mangelernährung, Hautirritationen etc.) z. B. von an Demenz erkrankten Menschen
- Alleine lebende Personen (häufig sind es Frauen)
- Komplexes Medikamentenmanagement
- Fragen zur Finanzierung und zur Versicherung bei steigendem Zeitaufwand der Hilfe und Pflege
- Gefahr der Rollenüberbelastung von Angehörigen
- Hoher Hilfsmittelbedarf.

Das wichtigste Ziel ist immer, Spitalaufenthalte soweit möglich zu vermeiden

Die Koordinationsleistungen werden von Pflegefachpersonen in der Spitex im Rahmen der Verantwortung und Steuerung für den individuellen Pflegeprozess übernommen. Das Intake als Spezifikum für den Case Management-Prozess erfolgt, indem der Koordinationsbedarf identifiziert wird. Dies geschieht im Rahmen des Assessments in der Regel mit dem „Resident Assessment Instrument – Home Care, RAI-HC“ und dem sich anschliessenden pflegediagnostischen Prozess. Die Koordinationsleistungen sind im Pflegeprozess als Intervention ersichtlich. Die entsprechenden Softwareanpassungen werden in den Organisationen im Verlaufe des Jahres 2016 vollzogen. Somit ist Koordination als Leistung der Spitex nun operativ vollständig umsetzbar und messbar.

Koordination als Element des Case Managements

Im Unterschied zu Koordination ist Case Management ein Begriff, der den Verantwortlichen für das Con-



trolling bei Kranken- oder Unfallversicherungen vertraut ist. Verbunden mit den Termini des Case Management-Regelkreises, d. h. vom Intake bis zur Evaluation, können die Kostenträger den Prozess der pflegerisch-koordinativen Interventionen sprachlich gut nachvollziehen und die Abrechnung überprüfen. Je präziser die Leistung sprachlich dokumentiert ist, desto einfacher wird der

Allerdings ist eine spezifische Qualifikation förderlich, damit die Case Management-Kompetenzen rasch und gezielt erworben werden.

Abrechnungsprozess. Die Versorgungsleistungen müssen zudem – wie alle KVG-Leistungen – den Kriterien der Wirtschaftlichkeit, Zweckmässigkeit und Wirksamkeit entsprechen. Pflegefachpersonen, die Koordinationsleistungen erbringen, benötigen deshalb fundiertes Wissen aus der klinischen Pflegewissenschaft sowie, je nach Patientensituation, aus Pflegespezialgebieten (z. B. Onkologie, Geriatrie). Zudem benötigen sie überfachliches Wissen aus der Gesundheitsversorgung und dem Sozialversicherungsrecht. Zusätzlich zu diesen Kenntnissen müssen sie sich mündlich und schriftlich gewandt ausdrücken können. Entsprechend tragen die Beschäftigten mit einschlägigen Gesetzestexten und die Erläuterung der erbrachten Pflegeleistungen für Krankenversicherungen auch zu einer korrekt gewählten und prägnanten Fachsprache bei. Mit diesem Bündel an Kompetenzen werden die Absprachen bezüglich Leistungen und Kostenübernahmen zunehmend effizienter.

Klinische Koordinationskompetenz der Case und Care Manager/innen

Die KLV gibt vor, dass die Koordinationsleistung von Pflegefachpersonen erbracht werden, die „eine zweijährige praktische Tätigkeit in interdisziplinärer

Zusammenarbeit und im Patientenmanagement in Netzwerken nachweisen müssen“ (Art. 7, Absatz 2bis). Diese Anforderung können sie anhand ihres Lebenslaufs aufzeigen (BAG, 2012). Es braucht nicht zwingend eine formale Weiterbildung. Allerdings ist eine spezifische Qualifikation förderlich, damit die Case Management-Kompetenzen rasch und gezielt erworben werden. Dadurch wird das Fach- mit dem

Erfahrungswissen gekoppelt. Zudem fördert das klinische Assessment, das in der Schweiz auf Bachelorstufe sowie in zahlreichen pflegerischen Weiterbildungsstudiengängen Standard ist, die Verknüpfung von klinischen und koordinativen Kompetenzen. Beides zusammen fördert die umsichtige und vorausschauende Beurteilung einer Patientensituation durch kritisches und vernetztes Denken. Dies ist eine zentrale Fähigkeit für die evidenzbasierte Versorgungspraxis. Die so geforderte und geförderte klinische Koordinationskompetenz von Care oder Case Manager/innen mit entsprechender Erfahrung in der Netzwerkarbeit macht Pflegefachpersonen zu Schlüsselpersonen für die national und international angemahnte, integrierte oder koordinierte Versorgung (Cropley & Sanders, 2013).

Patientenbeispiel

Das folgende Patientenbeispiel zeigt, welche Rolle ein/e Care oder Case Manager/in in der Spitex in Bezug auf Koordinationsleistungen hat:

Ein Patient (89 Jahre) wird der Spitex als Eintritt vom Spital angemeldet. Dort wurde die Sturzgefahr erkannt, noch ist aber nicht klar, wie zu Hause das Sturzrisiko minimiert werden soll. Die klinische Case Managerin² der

² Die Bezeichnung der Funktionen kann variieren. Es können auch klinische Pflegeexpertinnen BScN oder MScN sein, die die Case Management-Funktion fallweise übernehmen.

Spitex führt die Bedarfsabklärung noch während des Spitalaufenthalts durch und nimmt am Rundtischgespräch des behandelnden Teams teil. Dazu eingeladen werden auch der Patient und seine Angehörigen. Im Gespräch wird der Schwerpunkt der verminderten Sturzgefahr gemeinsam festgelegt. Dazu holt die Case Managerin Hinweise von der Physiotherapeutin ein, wie mobilitätsfördernde Übungen während der täglichen Körperpflege zuhause integriert werden können und instruiert dazu in der Spitex die Fachfrau Gesundheit. Aufgabe des Arztes ist es, die medikamentöse Behandlung so zu gestalten, dass der Knochenabbau gestoppt und der Muskelaufbau möglich wird. Gleichzeitig gilt es, die Gefahr der Substanzinteraktionen wegen der Polypharmazie möglichst gering zu halten. Die klinische Case Managerin übernimmt die sichere Medikamentenverabreichung beim gehbehinderten Patienten und schult die Angehörigen in diesem Bereich. Zusammen mit der Ergotherapeutin macht sie eine Wohnungsbesichtigung, um Sturzgefahren, die von der Möblierung ausgehen, soweit möglich aus dem Weg zu räumen. Mit der Ernährungsberaterin stimmt die Case Managerin die Eiweiss- und Kalziumaufnahme ab, und mit dem Hausarzt das Rezept für Vitamin D. Sie informiert auch die Angehörigen, wo eiweissreiche Nahrungsmittel günstig erhältlich sind. Im Zusammenhang mit vermehrt anfallenden Krankheits- und Behinderungskosten erfasst die Case Managerin die finanzielle Situation der Familie, informiert über grundlegende gesetzliche Ansprüche, z. B. die sogenannte Hilflosenentschädigung oder Ergänzungsleistungen zu Renten. Auf Wunsch der Betroffenen organisiert sie einen Termin bei der geeigneten Sozialberatungsstelle, damit die spezifische Beratung weitergeführt wird. Die Case Managerin legt anschliessend weitere Kontakte mit den Betroffenen und dem Behandlungsteam individu-



ell fest. Sie behält Themen zu möglichen Komplikationen in Bezug auf die Sturzgefahr (z. B. Licht, Sturzfällen am Boden) im Auge, indem sie die Risiken proaktiv mit den Betroffenen bespricht und systematisch die Veränderungsbereitschaft erfasst. Die weitere Prozessgestaltung ist geprägt von der professionellen, vertrauenswürdigen Arbeitsbeziehung und orientiert sich an den individuellen Zielen, welche regelmässig mit den Betroffenen evaluiert werden. Ein spezifisches Ziel in diesem Patientenbeispiel ist, dass keine Hospitalisation innerhalb der DRG-relevanten 18 poststationären Tage erfolgt, und darüber hinaus während 24 Monaten. Denn die Sturzrate nach Hospitalisationen ist ein häufiger Rehospitalisationsgrund. Dies muss zugunsten der Lebensqualität der betroffenen Personen und auch bzgl. der Gesundheitskosten mit allen Mitteln vermieden werden.

Dieses Beispiel zeigt, dass der/die Case oder Care Manager/in prospektiv handelt und daher anfänglich den Koordinationsaufwand erhöht, um das wichtige Ziel der vermeidbaren Rehospitalisation zu erreichen. Dazu muss er/sie kommunikativ geschult sein, um im ersten Schritt am Rundtischgespräch allparteilich zugunsten einer hohen Lebensqualität zu Hause zu verhandeln. Er/sie braucht pathophysiologisches und pharmakologisches Wissen rund um die Sturzprävention, muss aber auch die Möglichkeiten und Grenzen – vor allem der Tarifbestimmungen – des ambulanten Systems der Leistungserbringer und der Kostenträger kennen. Der/Die Case oder Care Manager/in in der Spitex übernimmt also bei komplexen Situationen, d. h. mit mehreren Akteuren und bei Therapieintensität rund um das Leben im Privathaushalt, die umsichtige und proaktive Koordination und antizipiert und vermeidet dabei auch mögliche Komplikationen. Dabei bezieht sie das Kompetenzniveau aller Mitarbei-

tenden der Spitex ein und bildet zusammen mit weiteren Berufsgruppen ein Sicherheitsnetz für die stabile häusliche Gesundheitsversorgung am sogenannten „Gesundheitsstandort Privathaushalt“.

Bedarf an Koordinationsleistungen

Dieses Beispiel ist paradigmatisch für die gesundheitspolitische Prämisse „ambulant vor stationär“, d. h. dass für das Leben zuhause erhöhte Anstrengungen nötig sind, um Sicherheit und Kontinuität zu gewährleisten. Denn rund um den Gesundheitsstandort Privathaushalt agieren zahlreiche Leistungserbringer, die als eigenständige Organisationseinheiten tätig sind. Im System der Einzelleistungsfinanzierung arbeiten diese Leistungserbringer, einschliesslich der Spitex-Mitarbeitenden, nicht unter demselben betrieblichen und budgetären Dach. Diese organisatorische Fragmentierung begünstigt Interessenkonflikte zwischen Betrieben und Professionen und erschwert die Versorgungskontinuität. Dies beeinträchtigt auch die Kostenübernahme bei der Koordinationsleistung, die zwischen zwei Institutionen erbracht wird. Ein/Eine Case oder Care Manager/in der Spitex nimmt beispielsweise im Rahmen der Austrittsplanung bei einer komplexen Situation an Rundtischgesprächen im Spital teil, um die Kontinuität der Patientenversorgung sicherzustellen. Wer übernimmt hier die Kosten? Eine Vergütung von stationären und ambulanten Leistungen am selben Datum erweist sich in der Abrechnung häufig als problematisch. Der/ Die Case oder Care Manager/in muss daher seine/ihre Abklärungs- und Koordinationsleistungen den Kostenträgern gegenüber inhaltlich präzise dokumentieren und mit dem nötigen Verhandlungsgeschick argumentie-

ren. Dabei ist beispielsweise die Verhinderung von Komplikationen eine plausible Begründung (Naylor, 2002). Typische Risiken bei Übergängen vom Spital nach Hause sind auch fehlendes oder falsch bestelltes Material, z. B. bei Verbänden. Ebenfalls überprüfen Care Manager/innen die prä- und poststationären Medikamente, indem sie die Medikamentenlisten aktualisieren und alte, nicht mehr gültige Listen entsorgen und die Aufbewahrung der bisherigen und neuen Medikamente mit den Patienten/Patientinnen und Angehörigen besprechen, damit es nicht zu einer Vermengung und Verwechslung kommt.

Koordinationsleistungen zugunsten des Selbstmanagements

Im Zusammenhang mit chronischer Krankheit kommt auch dem Selbstmanagement von Patienten/Patientinnen und Angehörigen eine grosse Bedeutung zu, denn die allermeisten Aufgaben im Versorgungsverlauf

Im Zusammenhang mit chronischer Krankheit kommt auch dem Selbstmanagement von Patienten/Patientinnen und Angehörigen eine grosse Bedeutung zu.

übernehmen die Betroffenen selber und oft alleine ohne fachliche Absprache während 365 Tagen. Sie tragen deshalb Verantwortung für das Erkennen und Behandeln von Symptomen und generell von Folgen der Krankheit(en). Professionelle Unterstützung z. B. in der Apotheke, im Spitexzentrum oder in der Hausarztpraxis findet entlang des Versorgungsverlaufs nur punktuell statt. Wenn an diesen Stellen Behandlungsänderungen vorgenommen werden, liegt die Umsetzungsverantwortung erneut meist bei den Betroffenen selber. Je mehr Krankheitsrisiken und -zeichen, Behandlungsformen und Versorgungsakteure involviert sind, umso relevanter wird die professio-

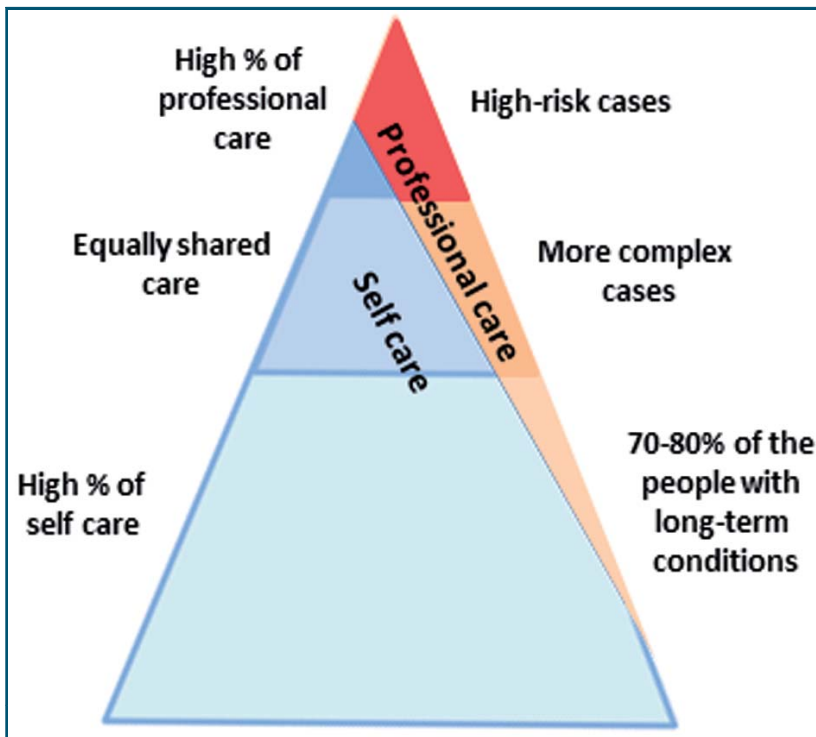


Abb. 1: Kaisers Triangel (Quelle: <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2015/01/2015-01-20-CFRS-v0.14-FINAL.pdf>)

nelle, koordinative Unterstützung im häuslichen Umfeld, damit alle eingeleiteten Massnahmen auf dasselbe Ziel ausgerichtet sind – einen stabilen Krankheitsverlauf und eine hohe Lebensqualität. Abbildung 1 zeigt den Übergang und Zusammenhang dieser Arbeitsteilung auf.

Klinische Koordination ist im oberen roten Bereich besonders zentral und eine wichtige Hilfestellung. Auch das Selbstmanagement im unteren hellblauen Bereich kann über eine längere Dauer wirksam aufrechterhalten werden, wenn frühzeitig erste Abklärungen, z. B. auch durch präventive Hausbesuche, sozusagen als frühzeitige Abklärung mit einem Frühwarnsystem erfolgen.

Koordination bei geteilter Fallverantwortung

Mit den koordinativen Aufgaben übernimmt der/die Case oder Care Manager/in ganz, teilweise oder vorübergehend die Fallführung über kürzere oder längere Zeiträume. An der im April und Juni 2016 durchgeführten

Tagung der Schweizerischen Akademie für Medizinische Wissenschaften (SAMW) zum Thema „Wie gelingt Interprofessionalität?“³ wurden zu den Kategorien „Setting, Verantwortung, Leadership und Kommunikation“ verschiedene, gelingende Beispiele von gelebter interprofessioneller Zusammenarbeit und entsprechender geteilter Verantwortung vorgestellt und diskutiert. Hier wurde deutlich, dass die traditionell professionsbezogene Fallverantwortung eines Arztes in den Hintergrund rückt, wenn die interprofessionelle Zusammenarbeit anhand konkreter Patientenprozesse als geteilte Verantwortung und somit als Gewinn für alle Akteure angesehen und praktiziert wird.

Heute liegt die Fallverantwortung gesetzlich zwar beim behandelnden Arzt. Aber die Fallführung wird zunehmend von derjenigen Person übernommen, die über die nötige Kompetenz zur Führung der Gesamt-

³ Siehe http://www.samw.ch/de/Projekte/Interprofessionalitaet/Tagungen_Interprof.html

situation verfügt und auch am meisten zeitliche Ressourcen hat. Diese Case Management-Funktion kann deshalb von Fall zu Fall variieren und von unterschiedlichen Berufspersonen übernommen werden. Die auf Hochschulstufe ausgebildete Case Managerin mit klinischem Know-how ist prädestiniert für diese Aufgabe in der häuslichen Grundversorgung.

Schlussfolgerungen

In der Schweiz werden die Stimmen für eine koordinierte bzw. integrierte Versorgung lauter. Hier sind Koordinationsleistungen durch Care oder Case Manager/innen in einer Spitex-Organisation ein wichtiger Lösungsansatz, um Fraktionierung, unzureichende Kontinuität, Zugangsschwierigkeiten und die nötige Sicherheit in der Gesundheitsversorgung anzugehen (Boult et al., 2008). Neben der weiteren Entwicklung und Etablierung der Koordinationsaufgaben bzw. des Case und Care Management-Profiles in der Spitex werden zukünftig neue Finanzierungsmodelle immer wichtiger und dringlicher, damit Case Management nicht als weitere Einzelleistung erbracht werden muss, sondern als Prozessfunktion für die verschiedenen Leistungen der integrierten Versorgung dient. Vor diesem Hintergrund besteht für Case Management in der Spitex noch viel Innovationspotenzial, das bis zum nächsten Anlauf für die gesetzliche Neuordnung ausgeschöpft werden kann.

Literatur

Bundesamt für Gesundheit (BAG) (2012). Stellungnahme zur Umsetzung des KLV Art. 7. Zugriff am 17.05.2013, auf <http://upload.sitesystem.ch/131D5358A8/4BFEA0B204/FFC0689463.pdf>

Boult, C., Karm, L. & Groves, C. (2008). Improving chronic care: The „Guided Care“ Model., The permanent Journal, 12(1), 50–54.



Camenzind, P. & Bonassi, T. (2015). Verbesserungspotenzial bei Qualität und Koordination in der Gesundheitsversorgung älterer Menschen. Neuchâtel: Obsan.

Cropley, S. & Sanders, E.D. (2013). Care coordination and the essential role of the nurse. *Creative Nursing*, 19(4), 189–194.

Johansson, B. & Harkey, J. (2014). Care coordination in long-term home- and community-based care. *Home Healthcare Nurse*, 32(8), 470–475.

Leff, B. (2009). Defining and disseminating the hospital-at-home model. *Canadian Medical Association Journal*, 180(2), 156–157.

Lund, B.C, Schroeder, M.C., Middendorff, G. & Brooks, J.M. (2015). Effect of hospitalization on inappropriate prescribing in elderly Medicare beneficiaries. *Journal of the American Geriatrics Society (JAGS)*, 63(4):699–707.

McDonald, K.M. et al. (2007). Definitions of Care Coordination and Related Terms – Closing the Quality Gap: A Critical Analysis of Quality Improvement Strategies (Vol. 7: Care Coordination). AHRQ Publikation No. 04(07). Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.

Naylor M.D. (2002). Transitional care of older adults. *Annual Review of Nursing Research* 20:127–147.

Rex, C., Giaquinta, R. & Bischofberger, I. (2013). Koordination abrechnen. *Schauplatz Spitex*, 4, 39–41.

Christine Rex

RN, MScN, Pflegeexpertin APN,
Spitex Stadt Luzern
CH-Luzern
christine.rex@spitex-luzern.ch



Monique Sailer Schramm

RN, MScN, ANP Palliative Care,
Geschäftsführerin Palliative Pflege
Expertise GmbH
CH-Brünisried
mss@palliative-pflege-expertise.ch



Prof. Dr. Iren Bischofberger

RN, Prorektorin Kalaidos FH Gesundheit
CH-8032 Zürich
iren.bischofberger@kalaidos-fh.ch



Case Management

Die Fachzeitschrift für Theorie und Praxis von Care und Case Management

Sie berichtet viermal jährlich über aktuelle Entwicklungen des Einsatzes von Case Management

- im Gesundheits- und Sozialwesen
- in der Pflege
- in der Beschäftigungsförderung
- und im Versicherungswesen

Behandelt werden rechtliche, politische, wirtschaftliche, organisatorische und personelle Probleme und Fragen im Zusammenhang mit der Implementierung des Verfahrens und mit seiner Funktion im System und in den Strukturen humandienstlicher Versorgung.

Die Zeitschrift widmet sich berufsübergreifend und interdisziplinär der Wissenschaft und Forschung und der Aus- und Weiterbildung auf dem Gebiet von Case Management. Sie ist Fachorgan der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management (DGCC).

Jahresabonnement*: € 97,- (Inland), € 104,- (Ausland)

Vorzugspreis für Studenten*: € 74,- (Inland), € 81,- (Ausland)

Jahresabonnement online*: € 75,- (regulär), € 55,- (Studenten)

Einzelheft/Sonderheft: € 24,95 zzgl. Versandkosten

*alle Preise inkl. Mehrwertsteuer, Zugang zum Online-Archiv mit allen Beiträgen seit 2005 und Versandkosten



Jetzt neu für Abonnenten:
Case Management in der App
„medhochzwei Bibliothek“



BESTELLCOUPON

Firma

Abteilung

Name, Vorname

Straße, Nr.

PLZ, Ort

E-Mail (bitte bei Online-Abonnement angeben)

Tel., Fax*

* freiwillige Angaben

medhochzwei Verlag GmbH
Alte Eppelheimer Str. 42/1
69115 Heidelberg

Sie haben das Recht, diese Bestellung innerhalb von 14 Tagen nach Lieferung ohne Angabe von Gründen zu widerrufen. Der Widerruf erfolgt schriftlich an medhochzwei Verlag GmbH, Alte Eppelheimer Str. 42/1, 69115 Heidelberg. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs oder der Ware (Datum des Poststempels). * Ihre freiwilligen Angaben werden von uns genutzt, um Sie über unsere Produkte und Dienstleistungen zu informieren. Wenn Sie das nicht wünschen, können Sie uns das jederzeit schriftlich an folgende Adresse mitteilen: medhochzwei Verlag GmbH, Alte Eppelheimer Str. 42/1, 69115 Heidelberg.

Fax: 06221/91496-20

E-Mail: aboservice@medhochzwei-verlag.de

Ja, ich möchte Case Management abonnieren:

- Jahresabonnement Print (4 Ausgaben):
€ 97,- (Inland), € 104,- (Ausland) inkl. Versandkosten und Archiv
- Jahresabonnement online € 75,-
- Studenten-Jahresabonnement Print (4 Ausgaben):
€ 74,- (Inland), € 81,- (Ausland) inkl. Versandkosten und Archiv
- Studenten-Jahresabonnement online € 55,-
- Wir sind interessiert an einem Angebot für Mehrfachlizenzen

.....
Datum, Unterschrift

medhochzwei