

Koordinationsleistungen der Spitex

Koordinierte Versorgung zahl

Die Koordination und Kommunikation durch Care Managerinnen in der Spitex sind zentral, damit Patient/innen und Angehörige trotz komplexer und instabiler Situationen zuhause eine gute Lebensqualität haben. Angehörige und das interprofessionelle Team werden durch Koordinationsleistungen der Spitex bei den vielfältigen Aufgaben und Entscheidungsprozessen unterstützt.

Text: Christine Rex, Anita Guldener Meier, Iren Bischofberger / **Fotos:** Werner Krüper, Martin Glauser

Die «Koordinierte Versorgung» ist ein zentrales Element in der bundesrätlichen Strategie Gesundheit 2020 (BAG, 2015). Ziel ist, die Behandlungskette für Patient/innen sicherzustellen und gleichzeitig mittels Prozessoptimierung unnötige Interventionen und Kosten zu vermeiden. Hier leistet die Spitex mit ihren Koordinationsleistungen einen wichtigen Beitrag (s. Kasten S. 16).

Am folgenden Fallbeispiel zeigen die zwei Erstautorinnen, wie sie als Care Managerinnen bei der Spitex die Koordination entlang des Case Management-Regelkreises und als Ergänzung zum Pflegeprozess leisten¹.

Fallbeispiel von Frau Müller

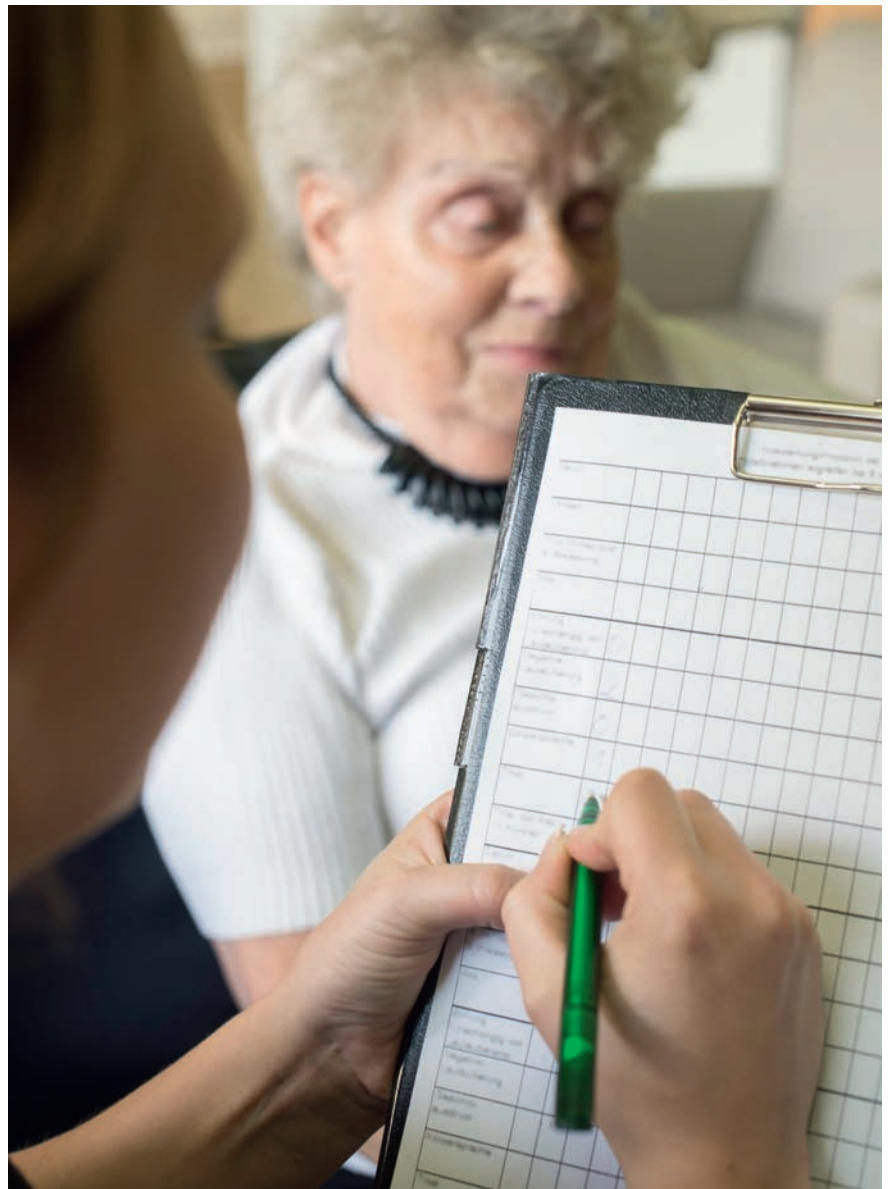
Die Schwiegertochter von Frau Müller (85-jährig, Demenz, alleinstehend) ruft die Spitex an, erläutert den rasch verschlechterten Allgemeinzustand, und

Autorinnen

Christine Rex, Pflegeexpertin MScN, RegioSpitex Limmattal und Studiengangleiterin MAS in Care Management und MAS in Chronic Care, Kalaidos FH Gesundheit, christine.rex@regiospitex.ch

Anita Guldener Meier, Pflegefachfrau HF, Care Managerin MAS (cand.), RegioSpitex Limmattal, anita.guldener@regiospitex.ch

Iren Bischofberger, Prorektorin Kalaidos Fachhochschule Gesundheit, Studiengangleiterin MSc in Nursing, Programmleiterin Careum Forschung, iren.bischofberger@kalaidos-fh.ch



Die genaue Bedarfsabklärung durch die Care Managerin bei der Patientin zuhause ist Ausgangspunkt für die weiteren Schritte und Absprachen.

t sich aus

dass die Familie die Situation nicht mehr alleine meistern könne.

1. Intake und Assessment

- Innert 24 Std. (ist Standard gemäss betrieblichen Kriterien bei voraussichtlich komplexen und instabilen Situationen) Bedarfsabklärung bei Frau Müller zuhause durch Care Managerin in Anwesenheit der Schwiegertochter.
- Körperuntersuchung und Systemstatus: Totale Inkontinenz (ausgeprägter Uringeruch in der Wohnung), inkl. ungenügende Inkontinenzmaterialversorgung und -entsorgung, Unfähigkeit der selbständigen Körperhygiene, auffälliger Hautstatus, jedoch intakter Mundstatus, Untergewicht sowie Angaben der Schwiegertochter zum Essverhalten weisen auf Malnutrition hin; Mobilität mit Gangunsicherheit in nicht fest sitzenden Schuhen mit anamnestischen Sturzereignissen. Ansonsten anamnestisch unauffälliger Gesundheitszustand, keine medizinischen Diagnosen, keine pharmazeutische Behandlung.
- Mentalzustand: zeitlich, örtlich und personenbezogen desorientiert, gemäss der Schwiegertochter in der letzten Woche akut verschlechtert.
- Soziales & Bedürfnisse der Familie: kleines familiales Helfernetz (gemäss Geno-/Ökogramm); Wohnsituation mit wenigen, aber funktionellen Möbeln, Küchenherd aus Sicherheitsgründen vom Strom abgeschaltet; keine Patientenverfügung für Zukunft und Fragen

nach dem Tod, aber Absprache zwischen Frau Müller, ihrer Familie und Hausärztin für Verzicht auf lebensverlängernde Massnahmen.

- Finanziell: Grösserer Informations- und Beratungsbedarf der Angehörigen, u.a. keine Hilflosenentschädigung beantragt.
- Symptomfokussiertes Assessment zum Ernährungs- und Hautstatus von Frau Müller:
 - Reduzierter Appetit.
 - Bedarf für wiederholte Aufforderungen zum Essen und zur Flüssigkeitsaufnahme.
 - Mini Nutritional Assessment (MNA®) mit objektiviertem Verdacht auf Mangelernährung.
 - Trockene, schuppige Haut und Pruritus v.a. im Schulter- und Brustbereich, Abdomen, Kratzspuren an beiden Armen.
 - Körperpflegeprodukt ohne passende Zusammensetzung für den Hauttyp.

2. Ziele

- Prioritär (für die nächsten 3–4 Tage):
- Stabilisierte Flüssigkeits- und Ernährungssituation unter Berücksichtigung der kognitiven Fähigkeiten.
 - Verbesserte Hygienesituation, inkl. Inkontinenzmaterialversorgung.
 - Verbessertes Hautstatus
- Sekundär:
- Alle Beteiligten sind für allfällige Notfall-situationen (Sturz) sensibilisiert und vorbereitet.
 - Helfernetz und Hausarztpraxis ist engmaschig informiert.

Jahrestagung

Netzwerk Case Management

Case Management ist eine Methode, um individuelle sowie besonders komplexe und instabile Patientensituationen koordiniert zu begleiten. Dazu bietet das Netzwerk Case Management Fachwissen, u.a. mit der Zeitschrift «Case Management» und dem Jahreskongress, dieses Jahr am 23. September 2015 im KKL in Luzern. Das Thema ist «Freiwilligkeit und Wahlfreiheit im Case Management aus Anbieter- und Nutzersicht».

Für nähere Informationen
www.netzwerk-cm.ch > Veranstaltungen

- Pflegeheimenritt ist hinausgezögert oder nicht nötig (Anmeldung ist erfolgt).

3. Massnahmen & Monitoring

- Komplikationsrisiken durch Care Managerinnen monitorisieren.
- Selbstmanagementförderung der Angehörigen durch Information von Verschlechterungsanzeichen.
- Beratung der Angehörigen für vereinfachte Beschaffung von Materialien (Inkontinenzprodukte, Schuhwerk, Hautpflegeprodukt, Nahrungsergänzung auf Eiweissbasis) sowie über Kostengutsprache gesuch bei der Krankenkasse.
- Ausbau der personellen Pflege- und Betreuungssituation durch örtliche Spitex, zusammen mit Betreuungsanbieter, Koordination mit familialem Helfernetz.
- Prüfung der finanziellen Möglichkeiten der Familie.
- Erreichbarkeit der Care Managerinnen und anderer professionellen Dienste kommunizieren.

4. Evaluation

- Hygienesituation und Ernährungszustand, inkl. Ausscheidung nach wenigen Tagen besser (Gewichtszunahme, kein Uringeruch).
- Hautbild innert zwei Wochen verbessert.
- Keine Hausbesuche der Hausärztin nötig.

¹ Der Schreibstil der Fallbeschreibung ist bewusst stichwortartig gehalten, um die Sprache des Praxisalltags zu illustrieren.

Definition

Koordinationsleistungen – ein Dachbegriff

Seit Anfang 2012 gehören Koordinationsleistungen in komplexen und instabilen Situationen in der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV Art. 7) zu den Pflichtleistungen (Rex, Giaquinta & Bischofberger, 2013). Koordinationsleistungen sind ein Dachbegriff für folgende Kom-

ponenten: Bedarf an Koordination erheben und beurteilen, Koordinationsrolle absprechen und festlegen, Versorgungsverlauf planen, Kommunikations- und Informationsfluss monitorisieren sowie das Koordinationsergebnis beurteilen (McDonald et al., 2014).



Der Informationsfluss mit der Hausarztpraxis, der Krankenkasse und weiteren Beteiligten garantiert eine qualitativ gute Versorgung.

Marianne Pfister

«Überblick über Behandlungskette»

«Koordinationsleistungen sind ein eindrückliches Beispiel für patientenzentriertes Arbeiten. Mit durchdachter Koordination und Kommunikation können wir die Eigenständigkeit und Lebensqualität unserer Klientinnen und Klienten steigern und ihre Angehörigen in ihrer wertvollen Arbeit unterstützen. Ihnen allen ist wichtig, dass jemand den Überblick über die gesamte Behandlungskette hat. Dank der koordinierten Betreuung ist dies auch möglich. Die Akteure im Gesundheitswesen haben die Relevanz von Koordinationsleistungen erkannt, letztlich können dadurch auch Kosten gespart werden. Für eine optimale Koordination braucht es aber entsprechende Rahmenbedingungen. Gefragt sind Fördermassnahmen wie z.B. elektronisches Patientendossier, finanzielle Anreize, Weiterbildung usw. Es ist eine wichtige und dringende Aufgabe des Spitex Verbandes Schweiz, bei der Ausgestaltung dieser Massnahmen mitzureden und diese vorwärts zu bringen. Dafür setze ich mich ein.»

Marianne Pfister ist Geschäftsführerin des Spitex Verbandes Schweiz.

- Kognitiver und emotionaler Status innerhalb von 3 Monaten kontinuierlich verschlechtert (Angehörige ziehen Heimaufenthalt in Betracht).
- Sturzereignis drei Monate nach der Erstanamnese mit notfallmässiger Hospitalisation und anschliessendem Übertritt ins Pflegeheim.

Zusammen mit Hausarztpraxis

Direkt nach der Bedarfsabklärung kontaktierte die Care Managerin Frau Müllers Hausarztpraxis. Die Medizinische Praxisassistentin (MPA) übernahm die Triagefunktion zur Hausärztin, insbesondere für die nötigen ärztlichen Verordnungen. Die zeitnahe Kommunikation zu Interventionen und Hilfsmitteln sowie klinischen Verlaufsparemtern (u.a. Anzeichen für ein Delir) verlief in gegenseitiger Absprache per Mail und wenn nötig telefonisch. Diagnostische Massnahmen wurden keine durchgeführt, jedoch das Monitoring und die Dokumentation der eingeleiteten Massnahmen verstärkt. So wurde die aktuelle Situation am «Gesundheitsstandort Privathaushalt» auf Wunsch von Frau Müller und ihrer Familie mit Ausbau der Versorgungsleistungen und Anpassung des Ernährungsplanes möglich.

Kosten im Auge behalten

Die Krankenversicherung übernahm die Kosten für die Interventionen nach Überprüfung des Assessments, der Pflegeplanung und dem persönlichen Kontakt mit der Care Managerin der Spitex. Beide Care Managerinnen übernahmen die Spitex-Einsätze im Sinne eines Monitorings, um den regelmässigen Informationsfluss mit der Hausarztpraxis, dem weiteren Betreuungsanbieter und den Angehörigen proaktiv zu sichern sowie Veränderungen in der Hilfe- und Pflegeplanung zeitnah und situativ anzupassen und somit auch die Kosten im Auge zu behalten.

Fazit

Koordinierte Versorgung – so zeigt das Beispiel – wird durch die Funktion der Care Managerin sowohl für Patient/innen und Angehörige als auch für die Hausarztpraxis gebündelt und betriebsintern- und extern sichtbar. Die Schwiegertochter, die in der Familie und für die Care Managerinnen bis zum Heimeintritt die

zentrale Ansprechperson blieb, fühlte sich bei den Entscheidungen während der hohen Verlaufsdyamik und dem klinisch-koordinativen Handeln der Care Managerinnen unterstützt (Bischofberger & Rex, 2013). Mit der Hausarztpraxis und den Krankenversicherungen ist die interprofessionelle und interinstitutionelle Handlungsmaxime zentral (Genet et al., 2011).

Ob der Sturz und die Hospitalisation hätten vermieden werden können, bleibt eine offene Frage. Sowohl die Spitex, die Hausarztpraxen als auch die Einwohner/innen einer Gemeinde müssen hier noch wirksamere Wege finden, um frühzeitig, proaktiv und gemeinsam die Risi-

«Koordinierte Versorgung ist ein stetes Ringen um «gute Praxis» in der Spitex und am «Gesundheitsstandort Privathaushalt».»

ken und Komplikationen (z.B. Stürze, Delir) anzugehen. Die rasche Koordination der Spitex und die Kommunikation mit der Hausarztpraxis konnten die Situation auf jeden Fall für eine gewisse Zeit massgeblich beruhigen, bis eine nächste Krise den Wunsch nach dem Leben zuhause unmöglich machte. Koordinierte Versorgung ist demnach ein stetes Ringen um «gute Praxis» in der Spitex und am «Gesundheitsstandort Privathaushalt». ■

Literatur

Bischofberger I. & Rex C. (2013). Case Management in der Spitex – klinische und koordinative Aufgaben aus einer Hand. *Case Management*, 10(3), 127–131.

Bundesamt für Gesundheit (BAG) (2015). *Gesundheit 2020*. Nationale Konferenz. Zugriff am 04.04.2015. Verfügbar unter <http://www.bag.admin.ch/gesundheits2020/14232/15168/index.html?lang=de>

Genet N., Boerma W., Kroneman M., Hutchinson H. & Saltman R.B. (2011). Home care across Europe - current structure and future challenges. *European Observatory on Health Systems and Policies/World Health Organization*. Copenhagen: WHO.

McDonald K.M. et al. (2014). *Care Coordination Atlas* Zugriff am 04.04.2015. Verfügbar unter http://www.ahrq.gov/professionals/prevention-chronic-care/improve/coordination/atlas2014/ccm_atlas.pdf

Rex C., Giaquinta R. & Bischofberger I. (2013). Koordinationsleistungen in der Spitex abrechnen – wie geht das? *Schauplatz Spitex*, 4, 39–41.